

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL  
SAN VICENTE DE PAUL-HEREDIA**

**Trabajo final de investigación aplicada sometido a la  
consideración de la Comisión del Programa de Estudios de  
Posgrado en Psicología por optar por al grado de Magister en  
Psicóloga Clínica y de la Salud**

**JACQUELINE ÁVILA ZAMORA**

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica**

**2010**


## *Agradecimiento*

A todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron con el programa, especialmente el departamento de psicología del Hospital San Vicente de Paúl y a los profesionales en salud que estuvieron muy comprometidos en proceso.

A mis profesores asesores: Adriana Cortes, Ligia Chaves y Luis Diego Vega, quienes con todas sus observaciones, consejos y recomendaciones han enriquecido el presente trabajo.


**¡A todos mis más sincero agradecimiento!**

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aprobado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar por el grado de Magister en Psicóloga Clínica y de la Salud”




---

M.A. Dagoberto Solano Marín  
Representante de la Decana  
Sistema de Estudios de Posgrado



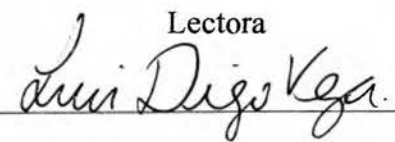
---

M.PSC. Adriana Cortés Ojeda  
Directora



---

MSc. Ligia Chaves Rodríguez  
Lectora



---

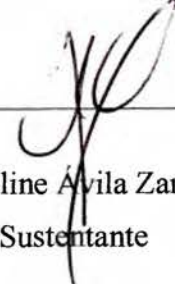
MSc. Luis Diego Vega Araya  
Lector



---

Dr. Jorge Sanabria León

Director del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología



---

Jacqueline Ayila Zamora  
Sustentante

## INDICE

<b>Dedicatoria.....</b>	<b>i</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>ii</b>
<b>Hoja de aprobación.....</b>	<b>iii</b>
<b>Capítulo I: Introducción.....</b>	<b>2</b>
1.1 <i>Introducción.....</i>	3
1.2. <i>Justificación.....</i>	5
1.3. <i>Descripción del Campo de Intervención.....</i>	7
1.5.1.1 <i>Objetivos específicos.....</i>	11
1.6. <i>Beneficios de la práctica.....</i>	12
<b>Capítulo II: Marco de referencia.....</b>	<b>16</b>
2.1. <i>Marco de referencial.....</i>	17
2.1.1. <i>Investigaciones.....</i>	18
2.1.2. <i>Antecedentes Internacionales.....</i>	18
2.1.3. <i>Investigaciones Nacionales.....</i>	22
2.2. <i>Marco Conceptual.....</i>	28
2.2.1. <i>Psicología de la Salud.....</i>	29
2.2.2. <i>Estilos de vida saludable.....</i>	33
2.2.3. <i>Calidad de Vida.....</i>	34
2.2.4. <i>Medicina Conductual o Comportamental.....</i>	35
2.2.5. <i>Descripción de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....</i>	41
2.2.6. <i>Anorexia Nerviosa.....</i>	43
2.2.6.1. <i>Definición y etiología.....</i>	43
2.2.6.2. <i>Criterios Diagnósticos.....</i>	44
2.2.6.3. <i>Factores de riesgo de la anorexia nerviosa.....</i>	47
2.2.6.4. <i>Adquisición del trastorno.....</i>	47
2.2.7. <i>Bulimia Nerviosa.....</i>	50
2.2.7.1. <i>Definición y etiología.....</i>	50
2.2.7.2. <i>Criterios de Diagnóstico.....</i>	52
2.2.7.3. <i>Factores de riesgo de la bulimia nerviosa.....</i>	54
2.2.8. <i>Evaluación de los trastornos alimentarios.....</i>	56
2.2.9. <i>Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.....</i>	59



2.2.10. Tratamiento ambulatorio de la conducta alimentaria.....	59
2.2.11. Fases del tratamiento.....	59
2.2.12. Tratamiento Psicoeducativo.....	59
2.2.13. Educación nutricional.....	59
<b>Capítulo III: Metodología.....</b>	<b>62</b>
3.1. Delimitación de funciones y tareas a realizar regularmente.....	63
3.2. Propuesta del programa específico.....	64
3.3. Investigación aplicada.....	67
3.3.1. Enfoque cualitativo.....	68
3.3.2. Cuasi-experimental.....	70
3.3.3. Sujetos de estudio.....	72
3.3.4. Instrumentos.....	73
3.4. Descripción de las relaciones interdisciplinarias.....	73
3.4.1. Descripción del sistema de supervisión.....	74
3.4.2. Supervisión del profesional institucional.....	74
3.5. Proceso de evaluación de resultados e impacto de la práctica.....	76
<b>Capítulo IV: Resultados.....</b>	<b>77</b>
4.1. Resultados.....	78
4.1.1. Resultados obtenidos de la escala.....	83
4.1.2. Registro de comportamiento alimentario.....	84
4.1.3. El inventario de desórdenes del apetito.....	85
4.1.4. Resultados del tratamiento individual.....	87
4.1.5. Actividades recreativas de las pacientes.....	93
4.1.6. Resultados del grupo de apoyo.....	95
4.1.7. Resultados del grupo de padres.....	118
<b>Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>122</b>
5.1. Discusión teórica.....	123
5.2. Conclusiones.....	135
5.3. Recomendaciones.....	140
<b>Capítulo VI: Bibliografía.....</b>	<b>143</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>144</b>
<b>Capítulo VI: Anexos.....</b>	<b>155</b>

## Resumen

**PALABRAS CLAVES:** Psicología de la Salud- Trastornos Alimentarios- Anorexia-Bulimia-estilos de vida saludables.

La práctica aplicada se orienta desde la Psicología de la Salud relacionada con la intervención cognitivo – conductual – emocional para la prevención secundaria de los trastornos alimentarios: anorexia y/o bulimia nerviosa.

Por lo que se debe actuar en la prevención y promoción para mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Por ser los TCA muticausales y multidimensionales se debe abordar tomando en cuenta todas las áreas afectadas por el mismo.

En el presente trabajo se muestran los resultados logrados en la intervención realizada con adolescentes con diagnóstico de TCA, y sus familias en el hospital San Vicente de Paúl, la intervención terapéutica se realiza tanto, a nivel individual como grupal de forma integral para fortalecer todas las áreas afectadas por TCA, tomando en cuenta un grupo interdisciplinario, como nutricionistas, médico general, ginecólogas y psicólogas con el objetivo de brindar estrategias y herramientas adecuadas para lograr una mejor la calidad de vida de cada una de las consultante y sus familias.

Lo primero que se realiza es la implementación de nuevos los hábitos alimenticios, con horarios establecidos, fortalecer la autoestima, e involucrarlas en actividades recreativas y cotidianas para que vuelvan a incorporarse a la sociedad de manera saludable.

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Especialidades con las que cuenta el hospital San Vicente de Paúl.....	9
<b>Tabla 2.</b> Criterios diagnóstico según DSM-IV y CIE-10 de la anorexia nerviosa.....	45
<b>Tabla3.</b> Criterios diagnóstico según DSM-IV y CIE-10 de la bulimia nerviosa.....	52
<b>Tabla 4.</b> Criterios de inclusión.....	72
<b>Tabla 5.</b> Escala de Satisfacción de Áreas Corporales.....	83
<b>Tabla 6.</b> El inventario de desórdenes del apetito.....	85
<b>Tabla 7.</b> Taller para fortalecer la autoestima.....	98
<b>Tabla 8.</b> Taller buscando ayuda.....	101
<b>Tabla 9.</b> Taller lo que nos hace sentir vivos.....	104
<b>Tabla10.</b> Taller sobre la importancia de los buenos hábitos alimentarios.....	110
<b>Tabla11.</b> Resultados finales del diagnóstico.....	114

# **Capítulo I**

**Introducción, justificación y objetivos**

## 1.1 Introducción

La Psicología de la Salud ofrece un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos, rehabilitación, y la posibilidad de adecuar los servicios a las necesidades de la población. Dentro de esta concepción, se realizó la presente Práctica Profesional, requisito básico para finalizar el Programa de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica; la cual tuvo como propósito brindar atención, tanto a nivel individual como grupal, a adolescentes que padecen trastornos alimentarios como la anorexia y/o bulimia en prevención secundaria; en el Hospital San Vicente de Paul, de la provincia de Heredia.

Los tratamientos diseñados para enfrentar los trastornos alimentarios, pretenden cubrir todas y cada de una de las áreas que afectan a los pacientes; por lo tanto, tratan de proporcionar un enfoque interdisciplinario en el que se requiere la ayuda de diversos especialistas, esto debido a la complejidad que presentan los citados trastornos (Moreno y Villar citado en Caballo 2002). Además, este tipo de tratamiento ha dado lugar a una reducción de la mortalidad en las personas que la padecen (Oblitas; 2006).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son de origen multicausal, debido a que se generan de aspectos tales como: culturales, familiares, fisiológicos y psicológicos. Por lo anterior, se hizo necesario abordar esta problemática mediante el fortalecimiento del autoconcepto, cuidado a la vida, la importancia de una buena alimentación, aceptación y la implementación de estilos de vida saludables en sus vidas cotidianas, entre otras; como lo señalan algunos especialistas cuando indican: “Los estilos de vida saludables son patrones colectivos de conducta relacionados con la salud, y basados en elecciones realizadas sobre las opciones de que disponen las personas en función de sus posibilidades en la vida...” (Labiano. M; 2000 Citado en Oblitas, 2000).

En el capítulo de análisis se presenta los resultados de las intervenciones realizadas con el grupo de pacientes y sus familias.

Por último, se expone la discusión de los resultados, así como las principales conclusiones y recomendaciones, que se originan de los resultados obtenidos de la intervención, individual y grupal, con las adolescentes y sus familias que participaron en la presente Práctica Profesional.



## 1.2. Justificación

La incidencia y prevalencia de los TCA, presentan cuadros de gran relevancia social, tanto en países desarrollados como en vías de serlo; especialmente en poblaciones de más alto riesgo como son: las adolescentes jóvenes; en las cuales, se han producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje entre 0,5 y -1% de Anorexia Nerviosa (AN), de 1- a 3% de Bulimia Nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE), según el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek & van Hoeken, 2003). Dichas fuentes establecen una ratio de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres (Pelález; Labrador y Raich 2005).

Sin embargo, para determinar las cifras de prevalencia e incidencia de los TCA pueden ser variables, ya que van a depender de los criterios empleados para puntualizarlos, tales como: definición del caso, puntos de corte en los instrumentos de detección y diagnóstico, características de la población estudiada (edad, clase social y otras condiciones socio-demográficas), método de muestreo u otros. Así por ejemplo, si se utilizan instrumentos de *screening*, se obtienen prevalencias más bajas que si se emplean entrevistas estructuradas, puesto que los objetivos de los estudios son, respectivamente, detectar

posibles casos o establecer algún criterio diagnóstico firme, esto hace que en las estimaciones se presenten a veces datos algo divergentes. Parece claro, sin embargo, que las tasas de prevalencia e incidencia en la población general, o al menos en determinados grupos de ésta, han aumentado en las últimas décadas. El impacto social y la preocupación por estos trastornos también han aumentado (Aguinaga; Fernández y Varo 2000).

Los TCA más comunes son: la anorexia y la bulimia, lo cual es alarmante, debido a que son trastornos que pueden causar la muerte a quien lo padecen. Si bien es cierto que décadas anteriores, este trastorno afectaba a adolescentes mujeres entre 15 y 24 años, en los últimos años se ha venido dando mayor incidencia de estos trastornos y en edades cada vez más tempranas; lo más preocupante es que actualmente ha dejado de ser un problema que ataca solamente a mujeres, debido a que se ha extendido también a los hombres, llegando a ser un problema de salud pública en general (Sierra, Buela y Ambrosio 2001). Según el Departamento de Estadística de egresos Hospitalarios de Anorexia y Bulimia de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) para el periodo 2005 – 2007, la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria se presentaron cada vez en edades más tempranas. El Dr. Alberto Morales, Director de la Clínica del Adolescente de Hospital Nacional de Niños, reporta un aumento en los casos que se atienden en el servicio de psiquiatría de niñas de 8 a 11 años de edad (CCSS, 2007).

### **1.3. Descripción del Campo de Intervención**

Se llevó a cabo el Programa de intervención cognitivo – conductual – emocional para la prevención secundaria de los trastornos alimentarios anorexia y/o bulimia nerviosa, y la calidad de vida en adolescentes, en la Clínica del Adolescente del Hospital San Vicente de Paúl ubicado en la Provincia de Heredia.

Para desarrollar el proyecto final de graduación, se realizó una solicitud a las autoridades correspondientes del centro hospitalario, la cual fue aceptada para dar inicio al proyecto. Los programas anteriores, que se desarrollaron en ese Centro de Salud en la Clínica del Adolescente, nacen a partir de una necesidad del mismo Hospital. Anteriormente, no se había implementado un programa que cubriera las necesidades en esta población, ya que por lo general eran remitidos a otros centros hospitalarios.

Según estadísticas de egresos Hospitalarios de Anorexia y Bulimia para el grupo de edad de 10 a 25 años por Año y Sexo según Provincia, C.C.S.S., 2005 – 2007 indica la incidencia y la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en esos últimos 3 años, los cuales señalan: 3 casos en año 2005 y 2 en el 2006 (CCSS, Departamento de Estadísticas de Salud, 2007), esto aunque no es un número muy alto de atención de pacientes con este tipo de trastorno, es debido a que los pacientes ingresan al centro

hospitalario por otras enfermedades, por lo tanto, no se contabilizan en las estadísticas de la C.C.S.S.

El programa desarrollado propuso cambios en el estilo de vida de los adolescentes, orientados como lo establece Cockerham (2002): “Los estilos de vida saludables son patrones colectivos de conducta relacionadas con la salud y basados en elecciones relacionadas sobre las opciones de que disponen las personas...” (pág 103). Para lo cual se hizo necesario la participación de profesionales en salud que contribuyeron en el mismo proceso tales como nutricionistas, psicólogos, ginecóloga y médico general, este último estuvo muy anuente durante todo el proceso, y por supuesto a las familias como redes de apoyo, esto a su vez permitió tener mayor control de las pacientes para su mejoramiento, por lo cual, la presente propuesta llena una necesidad importante en los servicios que brinda la Clínica del Adolescente a los pacientes y a sus familias.

#### **1.4. Contextualización del lugar de intervención**

En el momento que se realizó la práctica el centro de Salud Hospital San Vicente de Paúl contaba con ciento catorce años de existencia, por lo que su apariencia arquitectónica y planta física no se ajustaba a las necesidades. Sin embargo, todas esas limitaciones no

fueron obstáculo para que los setecientos funcionarios, realicen sus trabajos con mística y esfuerzo haciéndose presentes en la atención de los clientes con rango de calidad.

La gerencia local, en la figura del Director General, con una visión futurista, ha inyectado a la organización una nueva forma de hacer las cosas, amparado por la Ley de Desconcentración y Autonomía Máxima, licencia que obliga a la proyección de nuevos programas para beneficio de la Ciudadanía Herediana. El Hospital contaba con 163 camas en un espacio físico de 7 325,43 m<sup>2</sup> de construcción y un área de parqueo de 3 569,77 m<sup>2</sup> ([www.hospital.heredia.sa.cr](http://www.hospital.heredia.sa.cr)), además de las siguientes especialidades.

**Tabla 1**

**Especialidades del HSVP**

<b>El Hospital cuenta con las siguiente especialidades</b>	
<b>Medicina</b>	Medicina interna, Clínica del Dolor, Cardiología, Control Metabólico Gastroenterología y visita Comunitaria.
<b>Cirugía</b>	Cirugía General, Clínica de Mama, Clínica de Próstata, Ortopedia Otorrinolaringología.
<b>Gineco-obstetricia</b>	Ginecología, Prenatales y Salud

	Reproductiva.
<b>Pediatría</b>	Cirugía Infantil, Pediatría, Neonatología Lactancia Materna.
<b>Psiquiatría</b>	Clínica del Adicto, Psiquiatría, Psicoterapia (Clínica del Adolescente).
<b>Consultas de urgencias</b>	Urgencias y cuidados intensivos
<b>Consultas de especialidades no médicas</b>	Nutrición, Pos Parto y lactancia materna.
<b>Servicios de apoyo</b>	Farmacia, laboratorio clínico, banco de sangre, rayo x, registro médico, trabajo social y nutrición.

Fuente: Hospital de Heredia 2003-2007

## 1.5. Objetivos

### 1.5.1. Objetivos generales

1. Realizar un diagnóstico de los TCA, a las pacientes adolescentes que se seleccionen de servicios de la Clínica del Adolescente del Hospital San Vicente de Paúl.



2. Diseñar e implementar un Programa Cognitivo- Conductual- Emocional para la prevención secundaria con adolescentes con trastornos de de conducta alimentaria Anorexia y /o Bulimia del Hospital San Vicente de Paúl de la provincia de Heredia.

3. Desarrollar un programa de entrenamiento para padres de familia de estos adolescentes con diferentes problemas de conducta alimentaria de la comunidad de Heredia.

#### **1.5.1.1. Objetivos específicos**

1.1 Aplicar los criterios de inclusión de las adolescentes y sus familias, para que conformen un grupo terapéutico para superar la problemática de la TCA.

1.2. Evaluar los factores cognitivos, conductuales, emocionales y ambientales relacionados con los trastornos alimentarios presentes en la población adolescente que visitan este hospital.

1.3. Identificar los factores familiares relacionados con el trastorno alimentario en la población adolescente.

**2.1** Fomentar estilos de vida saludables en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, a través de intervenciones grupales.

**2.2** Brindar a nivel individual estrategias terapéuticas a las adolescentes, con el propósito de superar el TCA.

**3.1.** Elaborar y poner en práctica un programa grupal para padres de familia de adolescentes con diferentes problemas de conducta alimentaria de la comunidad de Heredia.

**3.2** Evaluar los resultados de la implementación del programa desarrollado a las adolescentes y sus familias.

### **1.6. Beneficios de la práctica realizada en clínica del adolescente**

Stone (1991, citado por GIL, 2004), considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el Sistema de Salud, no sólo en lo que se refiere a su atención, sino también en lo referente a salud pública, educación, planeación, financiamiento, la legislación, así como otros componentes de este tipo en todo el sistema.

A partir de lo anterior, es trascendental la incursión del psicólogo de la salud en los centros, con el surgimiento de iniciativas que permitan la elaboración de programas que organicen actividades, recursos e instrumentos puntuales para el alcance de mejores condiciones de la población.

Considerando lo anterior, los programas que se implementaron se realizaron desde la Psicología de la Salud estableciendo un abordaje integral, para la población con la cual se trabajó, orientados a favorecer, tanto a los pacientes como a sus familias; con el objetivo de implementar estrategias que pudieran realizar en su cotidianidad, y así mejorar su calidad de vida, para disminuir cualquier factor de riesgo que imposibilite su estado de salud.

En función de lo anterior, se buscó beneficios a nivel teórico desde la perspectiva de:

- Describir la multicausalidad y los factores que influían en el trastorno de la conducta alimentaria y la sintomatología tanto física como emocional.
- Coadyuvar en la profundización de temas relacionados a la Psicología de la Salud de manera general, y en particular el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria anorexia y / o bulimia.
- Aplicar una visión interdisciplinaria con el propósito de presentar un programa integral con lo que se abordó la problemática.

En cuanto a los aportes prácticos relevantes, se pretende obtener los siguientes:

- Aplicar los conocimientos de la Psicología de la Salud a una población en particular: como son los trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia en los adolescentes en la provincia de Heredia.
- Sistematizar y actualizar la información sobre los resultados obtenidos del programa para facilitar su seguimiento y futuras intervenciones en la institución, relacionados con este tipo de TCA.
- Soporte emocional a los usuarios y sus familias, para contribuir como al fortalecimiento de redes de apoyo, mediante el dispositivo grupal del cual participarán los y las adolescentes del proceso.
- Evaluar la calidad de vida de las pacientes y la oferta de estrategias para su promoción.
- Reafirmar la importancia del trabajo integral e interdisciplinario con los usuarios con trastornos de la conducta alimentaria, en otras áreas de atención hospitalaria y contextos varios de atención en salud en el país, y la incorporación de estrategias de abordaje que facilitan el aprovechamiento de recursos, dados sus efectos positivos.

- Implementar el programa de prevención secundaria en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, debido a que el Hospital carece de un programa de este tipo.

# **Capítulo II**

## **Marco de Referencia**



## 2.1 Marco de referencia

En este capítulo se describen algunas de las principales contribuciones de investigaciones relacionadas con la temática de los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y /o bulimia, tanto a nivel nacional como internacional. A partir de lo anterior, se destacan los estudios enfocados en las siguientes temáticas: Manual Cognitivo Conductual Emocional Familiar en Anorexia Nerviosa dirigido a Terapeutas, realizado por Roldán, J; (2001); asimismo otra propuesta de un Manual Cognitivo Conductual Emocional Familiar, dirigido a terapeutas para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa realizado por Valerio, F (2002). Además, un estudio que se hizo con familias de adolescentes que manifiestan anorexia/o bulimia, para determinar algunas características que las asemejan realizado por Barquero, M (2004).

Algunos de las investigaciones citadas indican condiciones físicas y emocionales difíciles de detectar por su misma naturaleza, por lo tanto, el concepto de salud no puede describirse ni exclusiva ni predominantes en términos negativos, como ausencia de enfermedad. Desde su constitución, la OMS (1982) ha especificado que; "... la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad".

La definición positiva de la salud presentada por la OMS, su estructura y componente multidimensional, obliga a abandonar, en su estudio, una perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico individual, para referirse a ella dentro de un marco multidisciplinar (Becoña, E. Vázquez y Oblitas, 2002).

Según la definición señalada en el párrafo anterior, resulta importante hacer un breve repaso de algunos de los diversos estudios e investigaciones que se han realizado con respecto a los trastornos alimentarios.

### **2.2.1 Antecedentes**

#### **2.2.1.1 Investigaciones Internacionales**

Con respecto a las investigaciones internacionales, Sacker (2000), la unidad de Desórdenes Alimentarios del Centro Médico Universitario de Brokdale en Brooklyn, afirma que en los últimos seis años se ha incrementado sus pacientes masculinos con trastornos de alimentación, por lo que, se hace necesario una intervención inmediata para abordar esta problemática desde la promoción y prevención para la salud.

El Centro de Información y Referencia sobre los Desórdenes de la Alimentación, la Escuela Médica de Harvard (The Harvard Eating Disorders Center), indica que cerca de 10 millones de norteamericanos padecen hoy en día de desórdenes alimentarios, de ellos el 90% son mujeres y el 10% hombres, mientras que el Centro de Trastornos Alimentarios, estima que el total de afectados es aproximadamente de 5 millones. El Instituto Nacional de Salud Mental no tiene cifras exactas, pero confirma que sea cual sea el número total de afectados por desórdenes de la alimentación, entre los afectados por anorexia 1 de 10 muere finalmente por inanición, suicidio o complicaciones médicas tales como fallas en el riñón u otros (Sacker 2000).

Se han establecidos algunos programas que trabajan la promoción y prevención por el Ministerio de Sanidad y Consumo en Barcelona España, entre ellos están: un protocolo de atención a pacientes con trastornos de la alimentación, dirigido a médicos de atención primaria provocado por el incremento de la prevalencia de éstos, por lo tanto, se hace necesario introducir cambios en la actividad diaria para el mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes que viven en Barcelona, España (Cabranes; Gil; y Gómez 2003). El objetivo primordial de este protocolo es la prevención y la detección precoz de los trastornos alimentarios, a pesar que ésta es baja debido diversas causas: la poca información y conocimiento de estos trastornos que generalmente posee el profesional de Atención Primaria (AP); la falta de conciencia de la importancia de estos trastornos; la falta

de tiempo real para realizar actividades preventivas en la consulta; la deserción de los adolescentes a las consultas AP, y su resistencia a reconocer estos problemas (Idem).

Los adolescentes son un grupo muy vulnerable para otras enfermedades, por ello la prevención de las conductas de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario (realización de dietas en adolescentes con sobre peso), ha de integrarse en la prevención conjunta del hábito del tabaquismo, uso y abuso del alcohol y otras drogas y práctica del sexo seguro (Idem).

El segundo aspecto importante en la atención primaria, es el tratamiento, en conjunto que debe de realizarse de manera interdisciplinaria con el especialista en psicología, para la consecución de los distintos objetivos de tratamiento según el diagnóstico y la gravedad en cada caso. Al inicio del tratamiento se puede ayudar al paciente a intentar controlar los episodios de conductas alimentarias anómalas, detectar las situaciones de riesgo por las que es aconsejable una remisión urgente al nivel especializado, y en el seguimiento se detectar de forma precoz las recaídas (Idem).

No obstante, el médico de familia también tiene gran importancia, ya que es probable que sea la primera persona a la que se consulte, ante la sospecha de que algún miembro de ella presente un TCA, y por otra parte, se provoca una desestabilización en el

núcleo familiar, razón por la cual, el papel de ese profesional es relevante para detectar la situación, abordarla y resolver las dudas que tengan sobre la enfermedad (Idem).

Los TCA son un problema creciente de salud pública; si bien su prevalencia actual hace creer que no se trata de una situación de primera línea, el hecho de que hayan aumentado las formas atípicas de presentación más rápidas y graves, debido al uso de conductas purgativas, los convierten en un problema de prioritario, por lo que se debe realizar programas de detección precoz (Idem).

Existe también un programa de Calidad de Vida a nivel preventivo de la Universidad de Puerto Rico, cuyo objetivo es motivar a la comunidad universitaria a unir esfuerzos en pro de un mejor ambiente, se trabaja la prevención, y pronóstico para evitar los TCA; se realizan las siguientes actividades de prevención durante todo el año: cada semana se realiza una feria Institucional de la Calidad de Vida; talleres, conferencias, las cuales fomentan estilos de vida saludable, como el ejercicio físico, y una buena alimentación (Hernández. R, 2003).

Por otro lado, se consultó un estudio sobre la importancia de la Calidad de Vida en Rosales, Culiacán perteneciente al Estado de Sinaloa en México, el cual tuvo como objetivo formular un modelo teórico para caracterizar las condiciones objetivas de vida, las

capacidades y el bienestar subjetivo de la población en estudio teniendo en cuenta las variables que los programas han desarrollado en las últimas décadas (Yasuko, B, 2006). La importancia de enfocar el estudio en ese sentido se dirige al desarrollo de un modelo teórico que pueda ser trabajado e integrado en los postulados de la política social, la cual tiene injerencia en la función sociedad. Por ejemplo, la política social de Culiacán, se ejerce por medio de programas de alimentación, salud, vivienda y educación, que contemplan metas objetivas de apoyo a la población y desarrollo familiar y comunitario.

La investigadora Yasuko, analizó las dimensiones de la calidad de vida, tomando en cuenta: el bienestar subjetivo, la autoevaluación cognitivo afectiva que los sujetos hacen de su vida, su satisfacción y la felicidad sentida; mediante una serie de preguntas relacionadas con la vida personal, y su satisfacción, tales como: diferenciación socioeconómicas, salud física, mental y social, potencialidad para enfrentar la vida, satisfacción y felicidad, la escala es del 1 al 10 siendo el uno de menor rango y 10 mayor rango (Idem).

#### **2.2.1.2. Investigaciones Nacionales**

Es necesario tomar como referencia algunas investigaciones que se relacionan con el abordaje de la temática en estudio. De igual manera se pueden destacar algunos trabajos de graduación en psicología recientes, que dan un aporte importante en los tópicos que se



van a estudiar, tal es el caso de un Manual Cognitivo Conductual Emocional Familiar en Anorexia Nerviosa, dirigido a Terapeutas elaborado por Johanna Roldan (2001). Las principales conclusiones que llegó la autora Roldan son: los factores que predisponen la aparición de la anorexia nerviosa es el condicionamiento social el cual, se debe de entender los medios de comunicación, la familia y el medio social en que se desenvuelven las jóvenes, es decir la influencia de los pares y familia que emiten el uso de una serie de modelos para obtener la aceptación de los demás.

Otro de los aspectos relevantes para la elaboración del manual señalado en el párrafo anterior, es determinar los factores que favorecen el mantenimiento de conductas apropiadas de la anorexia, entre las que cita la autora se encontraban: la admiración de muchos por haber perdido peso, por mantenerse delgada, por lucir diferente, lo cual se vuelve un auto reforzamiento.

La construcción del Manual mencionado anteriormente, es que el tratamiento permite la flexibilidad del modelo cognitivo conductual emocional, para desarrollar programas de tratamiento en diferentes problemáticas, en el caso particular en un problema tan severo como la anorexia (Roldan, 2001).

Por otra parte, la Propuesta de un Manual Cognitivo Conductual Emocional Familiar, dirigido a terapeutas para el tratamiento de la bulimia nerviosa, elaborado por Flory Valerio (2002); llega a la conclusión que éste trastorno es multi-causal porque presenta bases tanto psicológicas, como fisiológicas y culturales, que actúan predisponiendo a la persona a desencadenar el trastorno. También se debe de tomar en cuenta, una serie de factores que se presentan en la aparición del cuadro, tales como: cambios en el estado de ánimo, situaciones estresantes, hambre secundaria a una dieta severa, entre otros.

Además, otro factor importante es favorecer el mantenimiento de la conducta el refuerzo negativo que produce el purgarse, las ideas o creencias irracionales y el refuerzo social. La elaboración del Manual permitió poner de manifiesto la flexibilidad del Modelo Cognitivo Conductual Emocional para el desarrollo de un programa de intervención eficaz.

En el área de Trabajo Social, Barquero (2004) realizó un estudio con seis familias con adolescentes con anorexia y/o bulimia, las cuales fueron estudiadas con detenimiento para lograr algunas características específicas. En el desarrollo de la investigación se logro conocer aspectos concretos de la historia de la vida de las familias involucradas, entre las cuales se destacan, que poseen una característica primordial en común, su condición de familia nuclear, la madre, el padre y los hijos.

Algunas de las conclusiones del citado estudio son: con respecto a los rasgos culturales es importante mencionar que los padres solamente se limitan a satisfacer las necesidades materiales, y la aplicación de castigos cuando alguna regla del hogar no ha sido respetada, son muy rígidos y no permiten la independencia de sus hijos; por esta razón el padre se convierte para las hijas en un integrante periférico de la familia en lo referente al establecimiento de vínculos afectivos y en la comunicación. Por otro lado, la madre se desempeña más como ama de casa, debido a que permanecen más tiempo en el hogar, situación que facilita la comunicación con, los hijos razón por la cual en algunas ocasiones se convierte en el enlace entre hijos y el padre coartando la oportunidad de que los hijos establezcan una relación más estrecha con él. Estas características de los sistemas mencionadas anteriormente, permiten ir comprendiendo el motivo por el cual se va creando una dinámica asfixiante de crecimiento e independencia de los miembros; es en ese momento en el que surge en un integrante de la familia, una problemática que puede interpretarse como alarma para reorientar la dinámica familiar.

El estudio anterior, demostró que la información que tenían los padres con respecto a la anorexia y bulimia, era limitada, lo que le genera un sentimiento de impotencia ante las acciones que realiza la adolescente; y así retrocesos en la recuperación de la paciente. Además, los padres no cuentan con una explicación que les permita comprender el motivo

por el que la adolescente manifiesta anorexia y bulimia, la explicación que se les brindan se limita al deseo de ser delgada.

Barquero (2004) manifiesta, que cada uno de los miembros de la familia desempeñan un papel singular dentro de su núcleo, por lo que una posible intervención debe basarse en ejes comunes, pero tratando aspectos específicos con los padres, hermanos y hermanas y la paciente, además, es necesario un grupo interdisciplinario que trabaje esta situación.

Otra investigación que se publicó en el Acta Pediátrica Costarricense, consistió en la caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de la Clínica de Adolescentes del Hospital de Niños con anorexia y bulimia nerviosa elaborado por: Morales; Ramírez; Ureña; Sevilla; Umaña y Chaves (2002), algunos de los resultados fueron: dinámica familiar disfuncional, en la cual, sobresale conflictos a nivel del subsistema parental, adolescentes con rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, síntomas ansiosos y preocupación por la imagen corporal desde la infancia, como antecedentes pre mórbidos. Se da una asociación significativa de la enfermedad con trastornos afectivos, trastornos ansioso y con conductas de riesgo de los adolescentes

El modelo de intervención planteado, enfatiza sobre el abordaje interdisciplinario y de la necesidad de complementar la intervención con opciones adecuadas para el internamiento.

De igual manera se hizo necesario indagar el servicio a nivel privado, se obtuvo información en el hospital CIMA, por medio de la comunicación verbal con la Directora del Centro Integral Especializado en TCA, Psicóloga Clínica Marlene Koss, quién indica, que actualmente este centro brinda la atención individual a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, cuentan con la ayuda de algunos profesionales en el área de salud, el enfoque que se utiliza en las intervenciones es el Cognitivo Conductual (Koss,2007).

El otro centro privado de Atención y Orientación de trastornos alimentarios es atendido por las psicólogas Olga Marta Grajales y Marilys Fonseca, madre e hija, trabajan desde hace 12 años en la zona de San Pedro, dan tanto terapia individual como grupal, atienden aproximadamente a 25 personas diarias. Ellas son miembros de la Academia de Desórdenes Alimentarios (ADA) de los Estados Unidos de Norte América, los cuales se reúnen una vez al año tanto en ese país, como en otros lugares del mundo (<http://www.salud7.com.mx/anorexia-bulimia2007>).



## 2.2 Marco Conceptual

Para la Psicología de la Salud, es importante que el individuo tome control de su propia vida, concientizándolo de la necesidad de cambiar estilos de vida para mejorar su calidad. Sin embargo, la sociedad ha otorgado más énfasis al concepto enfermedad (influido por un modelo medico-biológico individual), y ha prestado más atención a la curación que a la idea de prevención o promoción. Desde este marco conceptual la salud es definida como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo y, por consiguiente, las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente. Por lo que, el diagnóstico y tratamiento, se orientan solo a los aspectos físicos o biológicos, descuidando los aspectos psicosociales que se dan de forma inevitable en cualquier problema de salud (León Rubio J.M.2004).

Partiendo de lo anterior, surgen disciplinas como la demografía, la sociología y la psicología que pueden proporcionar elementos importantes, para fomentar la salud. De manera particular, se va referir a la psicología de la salud concerniente a los estilos de vida a asociados a la aparición de la enfermedad o el examen de mediadores que incluyen variables cognitivas y sociales, factores ambientales y estado del sistema inmunológico asociado a variables psicológicas (Moreno y Ximénez, 1996).

A continuación se esbozan algunas variables y conceptos claves a considerar, como parte del abordaje que se propone.

### **2.2.1 Psicología de la Salud**

Matarazzo (1980), describe la Psicología de la Salud, como: el conjunto de contribuciones específicas educativa, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionada (p.67).

Por otra parte, Rodin y Stone (1987) entendieron la psicología de la salud; "...como una subdivisión de la psicología concerniente al estudio e intervención en la salud, estructurándola en una rama clínica y otra no clínica" (p.67).

Hasta finales de la década de los setenta, no hubo un movimiento dentro de la psicología al que se le pudiese denominar Psicología de la Salud (Matarazzo, 1980). Sin embargo, surgen disciplinas tales como: la clínica, social, experimental y fisiológica, entre otras, con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, por lo tanto, en 1978 se forma la división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association

(APA), surgiendo así formal, institucional y profesionalmente la Psicología con enfoque en ésta área.

Según León Rubio. J.M (2004), la Psicología de la Salud surge por diferentes razones, entre las cuales están:

- **Razones teóricas:** la evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que intenta integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial y, por lo tanto, la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinaria para resolver los problemas de salud.
- **Razones epidemiológicas:** el cambio radical de las tasas de mortalidad y morbilidad surge en el siglo XX en los países desarrollados, en la actualidad, las enfermedades más relevantes por su incidencia y mortalidad asociadas son las de tipo crónico en contraste con las enfermedades agudas e infecciosas.

Por su parte, en el origen de las enfermedades crónicas, se encuentran factores de carácter social y psicológico, el estrés de la vida cotidiana y los comportamientos que expresan su estilo de vida. Es decir, la salud ya no depende solo de la condición del sujeto



(en el sentido substrato biológico), sino también de forma fundamental de cómo la persona interpreta, siente y responde a las distintas demandas de la vida, por lo que los seres humanos, juegan un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan a su salud.

- **Razones prácticas:** el alto costo que supone los servicios de salud y su escasa efectividad para resolver sus demandas. Hoy en día las enfermedades crónicas y terminales, obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación, lo que lleva a tener un creciente interés por temas tan psicológicos como: 1) el cambio de actitudes para la adopción de comportamientos saludables; 2) el análisis de la relación personal de salud-paciente, con el objetivo de lograr la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la cronicidad de la enfermedad; 3) el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación del comportamiento de riesgo. (León Rubio. J.M 2004).

En fin, se da un reconocimiento de los servicios sanitarios a la potencialidad de las técnicas psicológicas, que comenzaban aplicarse con cierto éxito a distintos problemas de salud, al tiempo que se identificaban algunos mecanismos por los que los factores psicológicos afectan la salud (Idem).

Por lo tanto, se puede determinar que la psicología de la salud nace como una respuesta al reto que supone una crisis profunda en los servicios de salud, que pone de manifiesto el agotamiento del modelo biomédico y la necesidad de una nueva concepción de la salud más acorde con los datos epidemiológicos y los avances de las ciencias sociales y del comportamiento, según los cuales, el estilo de vida prevalente en un contexto sociocultural determinado juega un papel fundamental en la determinación del continuo salud-enfermedad (Idem).

De esa manera se destaca que la Psicología de la Salud, se centra en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria, (por ejemplo a través de programas de salud) las intervenciones están dirigidas a:

- Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
- Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
- Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
- Mejorar el sistema de salud a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas (Labiano, M 2000).

A partir del surgimiento de esta nueva psicología teórico-práctico, se ha producido un desarrollo y crecimiento notable, la psicología actual se focaliza cada vez más en

potencializar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología individual.

### **2.2.2 Estilos de vida saludable**

Oblitas (2006), citando a Gil Roales (1998), define estilos de vida en primer lugar, de una manera genérica, en la que se conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad éste y la administración pública, según el ámbito cultural.

En el punto de vista genérico se engloba el trabajo de la OMS, cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables, esto es una forma de vivir, que faciliten, tanto a nivel individual como colectivamente y de forma cotidiana, una mejora de la calidad de vida.

Desde dicha perspectiva se propone un nuevo paradigma de salud pública dominante en el mundo industrializado, que promueve la prevención de enfermedades a través de los cambios de los estilos de vida. Sin embargo, existe un peligro respecto a esta perspectiva, su excesiva concentración sobre la responsabilidad individual, y la falta de

sensibilidad sobre circunstancias supra individuales que pueden estar manteniendo estilos de vida insalubres (Labiano, M 2000).

Para establecer los estilos de vida saludables se podría mencionar algunos hábitos que favorecen el desarrollo de los mismos, tales como:

- Respeto a las normas de tránsito.
- Higiene personal.
- Utilización racional del agua y de los recursos energéticos.
- Hábitos alimentarios saludables.
- Potenciar redes de apoyo social.
- Hábitos culturales y del empleo del ocio/ tiempo libre.
- Tener prácticas sexuales responsables (Labiano, M 2000).

### **2.2.3 Calidad de Vida**

La calidad de vida se puede definir como; la evaluación que hace un individuo de su experiencia vital general en determinado momento, surgiendo el término “calidad de vida relacionada con la salud”, (Morris, Bennett 2008); para determinarla se debe tomar en cuenta las evaluaciones de las experiencias vitales y, cómo se ven perturbadas por la

enfermedad, los accidentes o los tratamientos. Además, se relaciona con la salud, tiene que ver con “niveles óptimos de funcionamiento mental, físico, social” tomando en cuenta su papel, incluye las relaciones, las percepciones de la salud, la buena condición física, la satisfacción vital y el bienestar (Morris, Bennett 2008).

El concepto de calidad de vida es multidimensional por su origen, por su organización y por las rutas de desarrollo que abre. El objetivo de la calidad de vida no puede ser otro sino el incremento en la longevidad y el aumento de la calidad de los individuos, el desarrollo y generalización de una “vida de calidad”. Para lograr el objetivo es la importante la experiencia del propio individuo, la participación del sujeto en el control de su propia vida, estado de salud y los procesos de enfermar (Moreno, Ximénez 1996).

#### **2.2.4 Medicina Conductual o Comportamental**

A continuación se perfila el concepto de la Medicina conductual o comportamental y su inserción en el campo de la salud; esta surge a mediados de los años setenta, de igual manera que la Psicología de la Salud; hoy en día la delimitación disciplinaria y conceptual entre ambas es un hecho.

En 1974 se desarrollan dos programas pioneros en Medicina del Comportamiento: uno orientado a la clínica y otro a la investigación básica. El primero de ellos, vinculado a la creación de la Universidad de Pennsylvania, *del Center for Behavioral Medicine*, por John Paul Brady y Ovide F (Pomerleau, 1982). El segundo, se desarrollaría en el recién creado Laboratory for the study of Behavioral Medicine, en la Universidad de Stanford, por (Agras, 1982).

En sus inicios, la concepción de la medicina del comportamiento era restrictiva enfatizando su origen en el moderno conductismo, y argumentando que si bien otras disciplinas contribuyeron a su desarrollo, éstas fueron condicionadas necesarias pero no lo suficiente, hasta que a juicio de Pomerleau, se da por el descubrimiento de procedimientos eficaces para cambiar la conducta de forma útil, desde el punto de vista clínico, lo que fue posible al aplicar el análisis experimental del comportamiento a problemas clínicos. Por lo tanto, se puede definir la Medicina Comportamental como;

“...el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental del comportamiento, terapia del comportamiento y modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas, y la investigación comportamental dirigida al análisis funcional y

comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y problemas de salud...”  
Pomerleau, y Brady (1979).

Se debe de tomar en cuenta la importancia del análisis experimental del comportamiento, como fundamento de la Medicina del Comportamiento, sin embargo, se puede decir que ésta lo supera en dos puntos básicos, que por lo demás constituyen dos de los ejes centrales del desarrollo de la Psicología contemporánea:

- El énfasis puesto por la Medicina del Comportamiento, no solo en la forma como el sujeto responde a su medio, sino también en cómo la percibe.
- La importancia concebida en este ámbito de estudio a los aspectos interactivos y sociales del binomio salud—enfermedad, de manera que forma y la magnitud de los problemas de salud son consideradas producto de la experiencia y definiciones sociales (León Rubio. J. M 2004).

Tal como lo indica Roth (1990), la Medicina del Comportamiento tiene una dimensión social, en cuanto que no es posible desconocer, ni menos aún negar, las vinculaciones de la salud con los factores socioeconómicos, culturales y políticos, y por lo

tanto, tampoco es posible desdeñar las influencias que pueden ejercer sobre el proceso de aplicación de una tecnología como la conducta o sobre los resultados de su implementación.

Asimismo, el riesgo de enfermar y morir depende en gran medida del tipo y calidad de los bienes de consumo a los que se tiene acceso, lo que está muy vinculado al proceso de trabajo y a las pautas culturales propias del grupo. Por otro lado, resulta también evidente que el grado de participación política de la sociedad organizadas incide, a su vez, sobre el proceso salud-enfermedad. Los logros políticos y sociales que determinan mejores condiciones de vida afectan a la salud en términos favorables (León Rubio. J. M 2004).

Schwartz y Weiss (1978), determinan que la naturaleza de la Medicina Conductual, es la interdisciplinariedad dedicado al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, al conocimiento de técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física, la aplicación de estas técnicas y este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La integración del conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad supone el reconocimiento explícito de la multifactorial de las mismas. Por ser la Medicina Conductual multi causal, es que dirige la atención en las enfermedades crónicas, tales



como: cáncer, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, entre otros; y además, hacia los cambios de conducta en el tratamiento y prevención de las enfermedades.

Además, la Medicina del Comportamiento puede actuar en la promoción general de la salud, mediante la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud, y a mantenerlo vía la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, conjuntamente actúa también en la línea de prevención de la enfermedad (Godoy 1991).

Por lo tanto, la Medicina Conductual se dirige a aquellas variables, externas o internas, antecedentes o consecuencias, relevantes relacionadas con el problema, tomando en cuenta el ambiente físico y social, del estado biológico y del comportamiento del sujeto, así como las diferencias cognitivas, motoras y fisiológicas (Idem).

Como lo mencionan anteriormente Schwartz y Weiss, (1978), la Medicina Comportamental, utiliza técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física, cabe destacar algunas de ellas:

- **Técnicas de relajación y respiración**, son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación, a través de la modificación directa de las condiciones

fisiológicas, sin ayuda de recursos externos. Es una de las terapias más utilizadas en modificación de conducta como parte integrante de otras.

- **Técnicas de autocontrol**, se derivan de la combinación del análisis experimental de la conducta con los resultados generados de la investigación en el ámbito de la psicología social y clínica. Esto contribuye con un efecto positivo, que podía tener el cambio de conducta de un sujeto el que éste pudiera atribuirse a sí mismo, sobre el contexto en el que interactúa y gozara de cierta autonomía a la hora de tomar decisiones (ejemplo, cambios en el estilo de vida).
  
- **Técnicas de reestructuración cognitivas**, tiene como objetivo primordial, el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta, ya que el individuo emite determinadas respuestas ante determinados estímulos discriminativos: las percepciones, las creencias, las expectativas, las atribuciones y los esquemas cognitivos se entienden como responsables, en gran medida, de los problemas del cliente desarrollándose por ello, técnicas específicas

para modificar dichos componentes cognitivos (Olivares, J y Méndez, C 2001).

### **2.2.5. Descripción de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

En la actualidad está aumentando la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria; específicamente la prevalencia de la anorexia y la bulimia, que pueden incluso propiciar la muerte de quien lo padece, aproximadamente un 9 % de los casos. Si bien antes afectaban a los adolescentes y jóvenes entre los 15 y 24 años, el intervalo se aumenta progresivamente a edades, tanto más tempranas como avanzadas (Sierra, Buela y Ambrosio 2001).

Aunque mayoritariamente estos trastornos presentan una incidencia en las mujeres, un 95 por 100 en contra posición con el 5 a 100 varones y mujeres, esta situación esta cambiando, puesto que lo sufren cada vez más hombres; además, se están afectando los niveles socioculturales más populares y se calcula que esta “epidemia social” seguirá extendiéndose. Se sabe que los trastornos alimentarios tienen su razón de ser en multiplicidad de factores de diversa índole, pero sin duda los socioculturales están en la raíz de todos ello (Idem).

La sociedad impone unas normas estéticas bien definidas dentro de un canon, que es precisamente lo contrario de la norma, es decir, la opulencia, y con la mayor abundancia presente en la actualidad, la delgadez. Este canon estético elegido y bien delimitado es creado, y a su vez sustentado, por los medios de comunicación de masas; en ellos aparece lo que la sociedad ve como deseable, y desde ellos algo se puede hacer deseable, por lo que de esta forma se perpetúa un círculo vicioso y, por ende, un constante bombardeo indiscriminado con este tipo de mensajes (Idem).

Por otro lado, a las mujeres se le inculca implícita y explícitamente que ser delgada es sinónimo de ser triunfadoras, tener control sobre una misma, de cumplir las metas autoimpuestas, etc., y todo lo contrario de no serlo es sinónimo de fracaso. Además, lo que más al cuerpo femenino se da más importancia que al masculino (Idem).

De todo lo anterior, se hace eco las mujeres, y en especial las adolescentes, más vulnerables a esta gran presión, de influencias, corriendo el grave riesgo de convertirse en esclavas de su propio cuerpo cuando paradójicamente intentan controlarlo (Idem).

## **2.2.6 Anorexia Nerviosa**

### **2.2.6.1 Definición y etiología**

De acuerdo con Moreno y Villar (2002), la anorexia nerviosa se caracteriza, a grandes rasgos, por un rechazo al mantenimiento del peso normal de acuerdo con la edad y la altura, miedo intenso a engordar, a pesar de existir un peso por debajo del ideal, existencia de una distorsión perceptiva de la imagen corporal, negación total o parcial de la enfermedad y, en el caso de las mujeres, la existencia de la amenorrea primaria o secundaria.

Moreno y Villar (2002) proponen que, por un lado, se encuentra la anorexia nerviosa primaria de tipo restrictivo o abstinentes, hiperactiva, rígida y perfeccionista y, por el otro, un subgrupo de pacientes de anorexia-bulimia, vomitadora y /o abusadora de purgantes.

Seguidamente se hace mención en la descripción de algunas características clínicas de la anorexia nerviosa tomando en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV (2002) y el CIE-10.

### **2.2.6.2 Criterios diagnósticos**

Los criterios más empleados en el ámbito clínico son los recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) y la Organización Mundial de la Salud, 1998 (CIE-10). En el primero aparecen los trastornos de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y TCA no especificada, mientras que en el CIE-10 se incluyen los dos primeros.

La siguiente tabla describen los criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa:

**Tabla 2**  
**Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR (2002) y el CIE-10**  
**de la anorexia nerviosa**

DSM-IV	CIE-10
<p>A. Rechazo a mantener un peso corporal igual o superior del valor mínimo esperado para edad y talla (pérdida de peso inferior al 85% del esperado).</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la autoevaluación o negación del peligro que comparta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.</p> <p>-Subtipos: restrictivo (no hay episodios de</p>	<p>- Pérdida de peso igual o superior al 17,5 por 100 o de la masa corporal inicial.</p> <p>-Esta pérdida se debe a evitación de “alimentos prohibidos”; vómitos provocados, deliberadas purgas intestinales, ejercicio excesivo o consumo de diuréticos, laxantes, anorexígenos.</p> <p>-Distorsión de la imagen corporal por miedo intenso a la obesidad, que trae una autoimposición de permanecer bajo cierto peso corporal.</p> <p>-Amenorrea en la mujer y en el varón pérdida de interés y ejecución sexual.</p> <p>-Deficiencia hormonal.</p> <p>_Si se produce, antes de la pubertad, se</p>

sobreingesta ni conductas purgativas- vómitos provocados, laxantes, diuréticos, enemas...)	retrasa sus manifestaciones, que se inician tras la recuperación.  -Tipos: anorexia nerviosa típica (se dan todas las características anteriores) y anorexia nerviosa atípica (no cumple con todos estos criterios o bien se presentan todos con intensidad leve).
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR (2002) y el CIE-10 de la anorexia nerviosa

La investigación sobre la etiología de la anorexia nerviosa se ha centrado también en el desarrollo del trastorno por (Caballo, 2002 citando Attie y Brooks-Gunn), quienes proponen que los problemas de la alimentación relacionados con la anorexia, pueden surgir en respuesta a los retos psicológicos del desarrollo adolescente, especialmente en las mujeres. Estos retos evolutivos incluyen los cambios físicos y biológicos de la tendencia de la pubertad, el desarrollo de las relaciones sexuales, la tendencia a una mayor autonomía, la adquisición de una educación y de un trabajo. Estos sucesos de la vida adolescente, a veces estresante, pueden provocar la aparición de la anorexia nerviosa.



### 2.2.6.3 Factores de riesgo de la anorexia nerviosa

Desde la Psicología comportamental, la anorexia nerviosa se caracteriza básicamente por un conjunto de comportamientos habituales, observables cuyo objetivo, es la pérdida de peso. Tanto en el proceso de la adquisición de estos comportamientos habituales por parte del paciente, como el de su consolidación y mantenimiento en el repertorio de éste, son probablemente, el resultados de una interacción entre factores que contribuyen a una elevada vulnerabilidad, mecanismos operantes y cogniciones diversas y favorecedoras (Buceta, 2000).

### 2.2.6.4 Adquisición del trastorno

En cuanto a las teorías explicativas relacionadas a la adquisición de los trastornos de la conducta alimentaria podrían mencionarse:

Un área de *vulnerabilidad general permanente*, en la que puede encontrarse factores como la pertenencia de una familia sobreprotectora y rígida en cuyo entorno, muy estresante en mucho de los casos, el individuo apenas tiene iniciativa propia; la coexistencia de un alto nivel de aspiración en la vida (que puede estar inducido hasta cierto punto por la familia), junto a un sentimiento de insuficiencia para alcanzar las metas elevadas a las que

se aspira o, en algunos de los casos la falta de habilidades para enfrentar las situaciones estresantes más en concreto, los problemas propios de la adolescencia.

Una área de *vulnerabilidad general temporal*, en las que se puede situar factores como: conflictos interpersonales; experiencias intensas de fracaso, la presencia de la menarquía o primera menstruación -síntoma de estar haciéndose mayor que, por este motivo, puede resultar estresante-, una apariencia física cada vez mayor de persona adulta, o la presencia de otras situaciones estresantes para el paciente.

Y por último, un área *vulnerabilidad específica* a intentar adelgazar, en la que pueda hallarse factores tales como: tener una madre, hermana u otra persona muy significativa obesa; estar sometida a una influencia social respecto a las “ventajas” de estar delgada o a lo bien visto de estarlo; el hecho de que personas importantes le digan que esta “gorda” y, también, la existencia de una madre o hermana con anorexia que actúen como modelos a seguir (Buceta, 2000).

Tomando en cuenta las tres grandes áreas de vulnerabilidad, aparecen dos vías las cuales pueden contribuir al desarrollo del problema:

La interacción de la vulnerabilidad general permanente y, general temporal, puede conducir al desarrollo de la percepción al miedo de “pérdida de control”, y, a una exacerbación de la baja autoestima de la paciente, características que se encuentran habitualmente en los sujetos con anorexia.

Por otro lado, la vulnerabilidad específica a intentar adelgazar, sobre todo cuando coincide con momentos de alta vulnerabilidad temporal, beneficia que la persona empiece a llevar a cabo un comportamiento (o algunos comportamientos) para adelgazar. Cuando el resultado es positivo, o sea, que la persona empieza a bajar de peso, tiene lugar un reforzamiento del mismo, bien de carácter intrínseco mediante la percepción subjetiva de control sobre las consecuencias de la propia conducta, el logro de un objetivo que uno se había propuesto, un aumento de autoestima, o la evitación o escape de estar obeso, bien de carácter extrínseco a través de elogios de personas significativas, los comentarios agradables, entre otros. La acción del reforzamiento puede conducir a un doble aprendizaje: los comportamientos para perder peso y estar delgado resultan gratificantes (Buceta, 2000).

El segundo aprendizaje que es estar delgado resulta gratificante parece favorecer la aparición del miedo a ganar peso tan característicos de estos pacientes, y como consecuencia de ello, el que aumente la probabilidad de que se repitan los comportamientos para perder peso. Con respecto al primer aprendizaje, ya por sí mismo conducen a la

repetición futura de los comportamientos gratificantes, pero sobre todo, si coinciden con la presencia, desde la primera de las dos vías para el desarrollo del problema, de características generales como la percepción de pérdida de control, el miedo o muy baja autoestima. El resultado de coincidencia, puede ser la consolidación de los comportamientos para perder peso como la única fuente estable para la obtención de gratificación, lo que puede contribuir, de manera notable, el aumento de la probabilidad de la ocurrencia de estos comportamientos, además, en presencia de momentos de alta vulnerabilidad temporal; es decir momentos en general, muy estresantes para la persona (Buceta, 2000).

### **2.2.7. Bulimia Nerviosa**

#### **2.2.7.1. Definición y etiología**

Por otro lado, la bulimia nerviosa es conceptualizada por (Raich 2002) como un: “Trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes episodios de voracidad, vomitan habitualmente o más rara vez, toman laxantes, o diuréticos para prevenir el aumento de peso” (p.305).

La bulimia tiene como características esenciales episodios de ingesta voraz y conductas compensatorias patológicas. Estos atracones, bastantes frecuentes y duraderos, vienen generalmente motivados por la imposibilidad de mantener una dieta, que no tiene que ser severa, aunque también por pensamientos disfóricos, eventos estresantes o por la valoración negativa del peso y la silueta, aunque mayoritariamente se encuentran en un peso igual o inferior al adecuado según sexo, talla y estatura (Idem).

Los pacientes con bulimia tienen pensamientos recurrentes sobre la comida, una idea de delgadez muy radical, sufren ansiedad en relación con su peso y con los alimentos, y perciben la sensación de hambre como aversiva. Los atracones reducen estos síntomas de forma inmediata, pero luego tienen lugar pensamientos y emociones auto despreciativas y de falta de control, que junto con el temor de engordar, precipitan las conductas compensatorias como vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo, que los apaciguan de forma inmediata, a pesar de que a largo plazo aparezcan con más intensidad (Idem).

Frente a situaciones ansiógenas, los sujetos suelen buscar alivio y el placer derivados del vómito a través del atracón. Los individuos con este trastorno se avergüenzan de sus conductas y las ocultan, pero son completamente consciente de su trastorno, del que consideran que no pueden salir (Sierra y Buela 2001).

Además, las personas con bulimia nerviosa, incorporan una serie de comportamientos altamente perjudiciales, y no son capaces de auto controlarse en otros ámbitos como dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, ludopatía o cleptomanía (Raich 2002).

Para dar una descripción de la bulimia nerviosa, se toman en cuenta criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) y la Organización Mundial de la Salud, 1998 (CIE-10). La siguiente tabla describen los criterios de diagnóstico de la bulimia nerviosa:

**Tabla 3**  
**Criterios de diagnóstico según el DSM-IV-TR (2002) y el CIE-10 de la bulimia nerviosa**

DSM-IV	CIE-10
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>(1) Ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo (eje un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las</p>	<p>- Preocupación recurrente por la comida, que se acompaña de deseos irresistibles de comer, con la consecuente aparición de atracones en que se consume mucha comida en poco tiempo.</p>

<p>personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómitos laxantes, diuréticos, enemas otros fármacos, ayuno, ejercicio excesivo).</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente</p>	<p>- Se intenta evitar ganancias de peso mediante vómitos auto-inducidos, abuso de laxantes, diuréticos, inhibidores del apetito, ayuno.</p> <p>-Miedo patológico a engordar, fijándose un peso muy por debajo del saludable. -</p> <p>_Moderada pérdida de peso o algún episodio de amenorrea. Con frecuencia hay antecedentes de anorexia nerviosa.</p> <p>_Tipos: bulimia nerviosa típica anorexia (se dan todas las características anteriores) y bulimia nerviosa atípica (no cumple alguno de estos criterios).</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Tipo: /purgativo durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, o usa laxantes, diuréticos o enemas.</p> <p>Tipo no purgativos durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiada, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vomito ni usa laxantes, diurético o enemas en exceso.</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fuente: Criterios de diagnóstico según el DSM-IV –TR (2002) y el CIE-10 de la bulimia nerviosa

### 2.2.7.2. Los factores de riesgo de la bulimia nerviosa

Las investigaciones acerca de los factores de riesgo de los trastornos de la alimentación son muy extensas. Se puede iniciar estableciendo firmemente lo que se aplica a cualquier trastorno psicopatológico: nunca un único factor determina el trastorno. Existen



agentes predisponentes, precipitantes y mantenedores de la bulimia nerviosa. Las investigaciones han establecido que los trastornos alimentarios aparecen en secuencia donde confluyen varios agentes, los cuales aparecen reflejados a continuación en el ámbito de la vulnerabilidad personal:

- Depresión mayor.
- Alcoholismo o drogadicción de los padres.
- Ambiente disfuncional.
- Trastornos psiquiátricos paternos.
- Abuso sexual y físico.

En el ámbito de vulnerabilidad a la dieta:

- Miembro de la familia que hace dieta para perder peso.
- Comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso.
- Burlas sobre la apariencia.
- Obesidad infantil
- Obesidad paterna.

Además de lo anterior, se puede señalar como un factor de riesgo adicional la menarquía temprana (Raich, 2002).

### **2.2.8. Evaluación de los trastornos alimentarios**

Perpiñá, Botella, y Baños (2000), indican que para realizar una buena evaluación se debe de considerar tanto, el diagnóstico general como el diferencial, formular el caso, planificar y personalizar el tratamiento, valorar la eficacia de éste, recabar datos del pronóstico y del seguimiento o detectar poblaciones sub-clínicas de estos síndromes.

Los aspectos más importantes para el diagnóstico de los trastornos alimentarios son: la exploración física, los patrones anómalos alimentarios, las conductas compensatorias y las distorsiones de la imagen corporal; pero para una evaluación amplia del caso individual, se debe conocer los factores precipitantes y mantenedores y diseñar su abordaje terapéutico, es necesario explorar otras áreas como: respuestas conductuales, cognitivas, fisiológicas y patrones parentales de comportamiento, entre otras.

- Índice de masa corporal superior a 17.
- Existencia de apoyo familiar y social favorable a la implementación del tratamiento.
- Ausencia de desnutrición grave.
- Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligrosos de laxantes y/o diuréticos (Moreno y Villar, 2002).

#### **2.2.11. Fases del tratamiento**

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, se estructura en los siguientes módulos, que abordan las distintas áreas:

- Modulo 1: Normalización del comportamiento alimentario.
- Modulo 2: Restructuración cognitiva.
- Modulo3: Adquisición de recursos y habilidades básicas de afrontamiento.
- Modulo 4: Eliminación de la distorsión de la imagen corporal.
- Modulo 5: Preparación para el alta y prevención de recaídas (Moreno y Villar, 2002).

### **2.2.12. Tratamiento Psico-educativo**

Originalmente conceptualizado como un componente integral de la terapia cognitivo-conductual debe incluir:

- La naturaleza multicausal de los trastornos alimentarios.
- Complicaciones médicas y los efectos de vomitar, uso y abuso de laxantes y diuréticos.
- Consecuencias de hacer dietas.
- Información nutricional: mitos sobre alimentos.
- Factores socioculturales y conveniencias de la imagen corporal.
- Estrategias cognitivas y conductuales.
- Control de la ansiedad.
- Prevención de recaídas (Moreno y Villar, 2002).

### **2.2.13. Educación nutricional**

Durante el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, los pacientes generan todo un sistema de creencias, en la mayoría de los casos, vienen a suponer un conjunto de pensamientos erróneos que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología

presente, como ejemplo creer que el agua, las cremas hidratantes, los alimentos ricos en hidratos de carbono o, en general, cualquier acto de alimentación va a suponer un aumento de peso, son situaciones compensatorias muy comunes en estos pacientes. Todo esto lo lleva en la mayor parte de los casos, a la búsqueda indiscriminada de información referente a los contenidos calóricos de los alimentos, de dietas de adelgazamiento, más o menos justificadas, de estrategias de eliminación de ingesta que, en definitiva, no hacen más que reforzar sus ideaciones y temores en relación a la alimentación (Idem). Por lo tanto, es importante ofrecer una correcta información nutricional que elimine todas estas creencias irracionales y que se convierte en un objetivo esencial del tratamiento.

Analizar la importancia y necesidad de mantener un menú equilibrado y saludable, conocer los consumos calóricos del cuerpo humano, explicar las consecuencias negativas de los abusos de sustancias o estrategias de purga, son herramientas necesarias en esta etapa, todo ello mediante la detención de estos pensamientos irracionales y su posterior análisis y debate. Asimismo se recomienda lo siguiente:

- Atender y mantener un estatus nutricional normal en los jóvenes.
- Establecer un comportamiento normal para comer.
- Promover actitudes normales hacia la comida.

- Promover respuestas “pista” normales hacia el hambre y la saciedad (Moreno y Villar, 2002).

La anorexia y la bulimia constituyen dos trastornos de la conducta alimentaria de permanente actualidad, requieren de un programa específico para el tratamiento cognitivo conductual, desde un enfoque integral para mejorar la calidad de vida del paciente.

# Capítulo III

## Metodología

### **3.1 Delimitación de funciones y tareas realizadas regularmente**

A continuación se hace mención de algunas de las funciones y las posibles tareas derivadas de ésta a desarrollar como parte de las labores propias del ámbito de Psicología de la Salud:

#### **Función # 1**

##### **Atención individualizada a las pacientes que tengan un diagnóstico TCA.**

##### Tareas

- Revisión de expedientes para las respectivas entrevistas.
- Entrenamiento en relajación y respiración.
- Diseño de folletos psicoeducativos de apoyo.

#### **Función # 2**

##### **Atención a los padres de familia de las pacientes con diagnóstico TCA.**

- Diseño de folletos psicoeducativos.
- Intervención psicológica con los familiares de estos pacientes a nivel grupal.
- Elaboración de charlas relacionadas con la temática.



### 3.2 Propuestas del programa específico

La presente propuesta de trabajo de campo incorporó el diseño y la implementación de dos programas que se enfocan sobre la prevención secundaria para la modificación de hábitos, y el entrenamiento en estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida, como parte del enfoque de Psicología de la Salud. Estas propuestas complementarias tenían como objetivo el abordaje de poblaciones específicas como son, adolescentes y padres de familia de los mismos.

A continuación se bosquejan los programas específicos y sus fases:

1. Programa de intervención cognitivo – conductual – emocional para la prevención secundaria de los trastornos alimentarios anorexia y/o bulimia nerviosa y la promoción de la salud y la calidad de vida en adolescentes.

Fase I: Proceso de contacto, convocatoria, selección de los participantes y asignación del grupo:

Revisión de expedientes de pacientes adolescentes de la consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl, que tuvieran algunas características que reflejaran un

trastorno de alimentación (bulimia o anorexia), para luego proceder a una entrevista verificando si cumple con los criterios de inclusión.

Se estableció la línea base (pretest) a nivel individual, mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: una entrevista a profundidad, una Escala de la conducta anoréxica (Slade, 1973), y un cuestionario de actitudes relacionadas con la anorexia (Goldberg, Halmí, Eckert, Gaspar, Davis y Roper, 1980) otra de Satisfacción de áreas corporales (Cash, 1990) (ver anexo 1).

También con el propósito de obtener información se elaboraron, en cada caso en particular y según las necesidades existentes, instrumentos de auto-registros de datos (Rabinor, 1991), para contar con un parámetro de medición, de la condición de la joven antes de ingresar al proceso terapéutico y la finalizar el proceso (ver anexo 3). Después de obtener la información pertinente se da inicio la terapia individual.

#### Fase II. Inicio del programa a nivel grupal:

Se da el inicio del programa, con el entrenamiento cognitivo – conductual grupal: contempla la realización de 10 sesiones con una duración de dos horas cada una; durante las cuales, se instrumentó a los adolescentes en el entrenamiento de habilidades sociales,

fortalecimiento del auto-concepto, entrenamiento en percepción corporal, moldeamiento, role-playing y programaciones de actividades positivas, entre otras. Además, se facilitó la cohesión grupal para que se haya una identificación entre las adolescentes, así como también se torna en un espacio dónde puedan expresar pensamientos y sentimientos que se han generado con respecto a su situación actual.

En esta fase también se da la participación del grupo interdisciplinario: nutricionista, especialista en movimiento humano, médico general, entre otros.

#### Fase III: Inicio de charlas con los padres de familia:

Para lograr la participación de los familiares de las pacientes se opta por realizar un espacio los días miércoles, iniciando el 3 de octubre del 2007 con una charla orientada a dar a conocer el trabajo que se está realizando con cada una de las pacientes, y a su vez, para que se enteren de la problemática, además, proporcionar un espacio de preguntas y respuestas, tener contacto y lograr una participación más activa, por parte de cada uno de los familiares en el proceso terapéutico de sus hijas.

Fase IV: el análisis y descripción de resultados:

En esta etapa se hizo el análisis y la recolección de datos con el fin de evaluar a cada una de las pacientes, se reforzó con la entrega de folletos de educación dirigidos a padres de familia de adolescentes con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa.

Se examina la información relacionada con aspectos básicos como: calidad de vida, ansiedad, depresión, los efectos de los laxantes, diuréticos, entre otros. Todo lo anterior, se realiza mediante procedimientos científicos que permitieron la comprobación de la investigación de enfoque cualitativo y tipo cuasi experimental.

### **3.3. Investigación aplicada**

Además, dentro del este diseño se trabajó desde el enfoque cualitativo, el cual consiste en descubrir y refinar preguntas de investigación, con frecuencia se basa en la recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y observaciones. Su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observa los actores de un sistema social previamente definido, este es el enfoque cualitativo

### 3.3.1 Enfoque cualitativo

Este enfoque utiliza cinco fases, las cuales son:

- a) Lleva a cabo observación y evaluación de fenómenos.
- b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencias de la observación y evaluación realizadas.
- c) Prueban y demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamentos.
- d) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas del análisis.
- e) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar y /o fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

Este enfoque se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo general, las preguntas surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, se mueve entre los eventos y su interpretación entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su intención consiste en construir la

realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Sampieri; Fernández y Baptista 2003).

La estructura conceptual de la aplicación de la Psicología al campo de la salud, implica a responder a un amplio rango de problemas que pueden ser abordados por una gran variedad de estrategias o diseños de investigación de esta disciplina.

El diseño es el plan global que integra de manera coherente los objetivos que se persiguen, la asignación de las personas, de los tratamientos, las técnicas y la obtención de datos y los análisis que se tengan previstos. La elección del diseño estará condicionada por:

1. las garantías que nos ofrezca en cuanto a la validez interna y externa se refiere,
2. los propósitos de la investigación y,
3. su practicidad.

Por otra parte, el diseño de la investigación depende del problema investigado. Al elegir un diseño lo importante es que éste permita obtener la máxima información inequívoca posible respecto a los objetivos de la investigación. Teniendo en cuenta esta información y considerando que lo fundamental es conocer las condiciones de aplicación de cada diseño, los cuales describen los métodos de investigación utilizados por Psicología

de la Salud: 1. estudio de caso, 2. correlacional, 3. cuasi experimental y, 4. experimentales (León Rubio. J. M 2004).

### **3.3.2. Cuasi-experimental**

Este tipo de investigación fue considerado el más apropiado para la investigación aplicada algunas de sus características son:

- Utilizar escenarios naturales, generalmente de tipo social.
- Se pueden utilizar cuando no es posible realizar una investigación experimental o cuando es necesario analizar alguna situación social dada.

Dentro del grupo de investigaciones cuasi-experimental, los diseños más utilizados en el ámbito de la salud son los *ex post facto*, los cuales consisten en aquéllos en que el investigador no asigna a los sujetos de forma aleatoria a los distintos valores de la variable independiente, sino que los selecciona por poseer ya un determinado valor en dicha variable. Los individuos son elegidos para la investigación por presentar una serie de características. Se utilizan cuando el interés de la investigación se centra en variables del organismo tales como sexo, la edad o cuando por distintos motivos resulta imposible manipular la variable independiente, lo que es bastante frecuente en Psicología de la Salud

donde el interés se centra en variables como el peso, o enfermedades crónicas como la diabetes y en el caso de esta investigación fueron los TCA. (Idem)

### **3.3.3. Sujetos de estudio**

Para la selección de las pacientes en la presente práctica profesional, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión: tener un diagnóstico previo de la conducta alimentaria como anorexia y /o bulimia nerviosa; la edad debería estar entre los 12 a 17 años y medio, residentes en la provincia de Heredia, esto debido a que el Hospital San Vicente de Paúl está ubicado en esa zona.

Además, se trabajó con los padres o encargados de las pacientes, como estrategias de redes de apoyo. A continuación se desglosan en la siguiente tabla con los criterios de inclusión.



**Tabla 4**  
**Sujetos de estudio**

*Pacientes	Edades entre 12 a 17 años y medio	Lugar de residencia en lugares de la provincia de Heredia	Diagnóstico inicial TCA Anorexia y /o Bulimia Nerviosa
A1	12 años	Mercedes Norte	AN
B 2	12 años	San Pablo	BN
C 3	16 años	Lugar de procedencia de San Joaquín	AN
D 4	16 años	San Juan de Sta Bárbara	BN
E 5	16	Asunción de Belén	AN
F 6	16 años	Mercedes Norte	BN
G 7	16 años	Sn Miguel	BN
H 8	16 años	Sn Rafael	BN
I 9	16 y medio	Sn Luis	BN
J 10	16 años	San Isidro	BN
K 11	17 y medio años	San Francisco	BN
L 12	16 años	Sn Rafael	BN
M ** 13	28 años	San Juan de Barva	BN

\* Los nombres son confidenciales

\*\* Esta última paciente, a pesar de que no cumple con los criterios de inclusión se le permite ingresar al programa propiamente a terapia individual, por referencia de un médico general debido a que la paciente contaba con un diagnóstico de bulimia nerviosa desde hace 12 años.

#### **3.3.4. Instrumentos**

Para la aplicación del enfoque de investigación, se utilizó una serie de instrumentos para determinar el impacto del programa, se aplicó una entrevista semi-estructurada una Escala de la conducta anoréxica (Slade, 1973); un cuestionario de actitudes relacionadas con la anorexia (Goldberg, Halmí, Eckert, Gaspar, Davis y Roper, 1980) otra de Satisfacción de áreas corporales (Cash, 1990) (ver anexo 1), auto-registros de datos (Rabinor, 1991) con el propósito de tener un parámetro de medición, de la condición de la joven antes de ingresar al proceso terapéutico y la finalizar el proceso (ver anexo 3).

#### **3.5. Descripción de las relaciones interdisciplinarias**

El equipo interdisciplinario con el que se contó estuvo conformado por especialistas en las siguientes áreas: nutrición, psicología, medicina general, ginecología y, un grupo de apoyo de la Universidad Nacional para las diferentes actividades en los que los jóvenes

podieron participar, especialistas en movimiento humano, las reuniones se hicieron una vez a la semana para llevar el monitoreo del programa.

### **3.5.1. Descripción del sistema de supervisión**

La supervisión por parte del equipo asesor, se realizaron todas las semanas con registros cualitativos, con los casos atendidos y actividades realizadas.

### **3.5.2 Directora**

Adriana Cortés psicóloga Clínica, titulada de la Universidad de Costa Rica. Maestría en Psicología Clínica, Universidad de Iberoamérica, UNIBE. Labora como psicóloga clínica en la Unidad de Psicología Clínica, además está a cargo de esta Unidad, Servicio de Psiquiatría, del Hospital Calderón Guardia. Supervisora de Residentes de Psicología Clínica en Rotación y/o estudiantes de maestría en Psicología Clínica y práctica clínica de bachillerato en Psicología.

### **3.5.2 Lectores**

#### **Ligia Chaves Rodríguez**

Máster en Nutrición, profesora de la Escuela de Ciencias del Deporte, Facultad de Ciencias de la Salud, Cursos de Postgrado en Salud, de la Universidad Nacional. Nutricionista clínica en diferentes patologías: obesidad, sedentarismo, diabetes, dislipidemias, presión alta, desnutrición, bulimia, anorexia, etc. Nutrición clínica en deportistas y personas físicamente activas. Nutricionista consultora del equipo de ciclismo y de la Federación Costarricense de Ciclismo. Atención individual, grupal y familiar. Integrante de la Comisión Nacional para el alto rendimiento. Productora del espacio Radial dedicado a la atención de consulta en vivo sobre alimentación, nutrición y salud.

#### **Luis Diego Vega Araya**

Máster Luis Diego Vega Araya, especialista en terapia sistémica y Decano de la Facultad de Psicología, de la Universidad Latina.

### **3.5.3 Supervisión por parte del profesional institucional:**

Se realizaron la presentación de los casos que se estaban atendiendo, y los avances del proyecto final después de cada una de las sesiones a la psicóloga encargada de la Clínica del Adolescente, la Psicóloga Karen Rodríguez.

### **3.6. Proceso de evaluación de resultados e impacto de la práctica**

Se realizó un cronograma de actividades semanales además, los días de atención de cada caso individual y grupal fueron supervisados después de cada sesión, por la Licda en Psicología Karen Rodríguez, quien labora para el Hospital en la Clínica del Adolescente, de igual manera se hizo una evaluación de los programas semanalmente para valorar el progreso del mismo, al final de cada mes se presentaron informes cualitativos por medio de los reportes verbales de los participantes y cuantitativos de los resultados, a través de registros de las horas efectuadas y el número de pacientes atendidos.

Se realizaron reuniones semanales con el equipo interdisciplinario, para discutir aspectos que se estén presentando durante el proceso o bien verificar los resultados.

En esta fase se hizo la evaluación final del programa, ya que cada semana se valoró por medio de registros cualitativos por parte de los integrantes con el propósito de medir el progreso de las familias, y por ende la efectividad del mismo o las dificultades.

Con respecto a las familias se formó un grupo de apoyo, para que obtuvieran información pertinente con respecto al diagnóstico y conducta de sus hijas y de esta manera coadyuvar en el proceso terapéutico.

# Capítulo IV

## Resultados

#### 4.1. Análisis de resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos durante los cinco meses de proceso terapéutico con la pacientes con diagnóstico de la conducta alimentaria anorexia y /o bulimia nerviosa(agosto del 2007 a enero 2008), que se generó como respuesta a los objetivos específicos planteados en la Práctica Profesional y, basados en un marco teórico coherente y necesario para el adecuado desarrollo y atención a la población beneficiada en el Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en la Provincia de Heredia.

Para cumplir los objetivos se realizaron las siguientes actividades y sus resultados subsecuentes:

El programa fue elaborado por medio de fases, utilizando los objetivos de la presente práctica profesional como punto de partida para dar inicio del mismo.

Primera Fase:

Se inicia con el proceso de contacto, convocatoria, selección de los participantes y asignación del grupo.

Revisión de los expedientes de pacientes adolescentes, que asistían a la consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl, quienes además, tenían características que reflejaran un trastorno de alimentación (bulimia o anorexia), o que habían sido referidas por los orientadores o profesores, psiquiatras que notaban comportamientos inadecuados en las jóvenes.

Después de la revisión de los expedientes, se procede a una entrevista a profundidad con las pacientes y, además, se invita a la persona que en ese momento acompaña a la paciente, en la mayoría de los casos fue la madre, a partir de aquí se hace la selección para incluirlas en el programa.

Para determinar el estado de las pacientes, se llevó a cabo la evaluación comportamental, el objetivo de la evaluación era múltiple, como corresponde a lo TCA al cual se le atribuyen numerosas variables, y determinar en qué fase se encontraban las pacientes referentes al mismo, las consecuencias de su estado físico y emocional. La evaluación se centró en el análisis funcional del problema, con el fin de conocer los comportamientos que habitualmente utilizaban las pacientes para el control de peso, su frecuencia, antecedentes y consecuencias, esto con el objetivo de determinar progreso del tratamiento. Con esta evaluación efectivamente se determinó el estado físico y emocional



de cada una de las pacientes atendidas tomando en cuenta sus recursos personales y apoyo social y familiar.

Se realizaron 13 entrevistas a todas las pacientes con diagnóstico previos de trastornos alimentarios, en su mayoría con bulimia nerviosa, las edades oscilaban entre 12 hasta 28 años, siendo este último un caso excepcional debido a que la clínica solamente atiende adolescentes, se permite el ingreso de la paciente debido a que ya se había divulgado que el Hospital, que se contaba con un programa para atender pacientes con TCA.

Los resultados obtenidos de cada una de las pacientes fueron variados, el caso con mayor relevancia, (esto sin dejar de lado las demás consultantes), tomando en cuenta la edad de la paciente y su condición física; fue la paciente de 28 años de edad casada, con dos hijas, se encontraba en una fase de rehabilitación, a nivel físico había sufrido un sin número de complicaciones resultado a su diagnóstico bulimia nerviosa (BN), tenía alrededor de más o menos trece años de padecer (BN), con el tiempo adquiere comorbilidad con anorexia nerviosa, por lo que, se alimentaba solamente de galletas soda y ensalada de lechuga, esta problemática tuvo como consecuencias una serie de enfermedades como gastritis, colitis, una pérdida de peso significativa, sin embargo, no lo suficiente para el detrimento de su estado físico y psicológico, además, la relación de pareja se fue

deteriorando, ya que la paciente se aislaba de su compañero, perdió interés por el sexo y no le interesaba salir menos si fuera el caso salir a comer.

Con respecto al estado emocional de la paciente de mayor edad descrita en el párrafo anterior, exagera sus miedos relacionados al aumento de peso, pensamientos recurrentes con respecto a la comida y su apariencia física, tenía ropa guardada desde hace años con la esperanza que en algún momento le volviera a quedar, situación que exacerbaba sus síntomas cada día más, además, no le encontraba sentido a la vida.

Por lo anterior, la paciente nunca hizo ningún tipo de consulta a ningún profesional sino más bien su esposo al verla tan preocupada por su peso, la llevo a consulta con una profesional en nutrición, a partir de ese momento se le da un régimen alimenticio, para que bajara de peso, es importante aclarar que la contextura de la paciente era gruesa, por lo tanto, se sentía más frustrada. Con la dieta propuesta, por la profesional en nutrición la paciente baja aceleradamente de peso y manifiesta que la misma especialista se asombra del cambio en su peso, al resultado, la paciente pretendía bajar más de peso, y pese a que la nutricionista le iba subiendo las cantidades de alimento, ella continuaba con las mismas porciones que se le indicaron al principio del proceso.

Los resultados del comportamiento de la paciente empiezan a influir en la conducta de sus dos hijas de 7 y de 4 años respectivamente, ya que no querían comer porque se

engordaban igual que su mamá, esta situación obligó al esposo a no continuar subsidiando el pago de la especialista hasta que buscara ayuda psicológica, así fue como llegó a solicitar la ayuda de psiquiatría el cual la refiere a la Clínica del Adolescente en el hospital San Vicente de Paúl.

Tomando como punto de referencia el diagnóstico anterior, se da inicio al tratamiento psicológico y conductual con esta paciente al igual que con las demás, se logró la empatía con ellas, ya que esto permitió que se involucraran en el proceso con toda confianza, de igual manera, fue indispensable que los familiares de las pacientes participaran para dar apoyo y obtener mejores resultados.

En esta fase se realizó el establecimiento de la línea base (pretest) la cual, consistió en utilizar instrumentos para medir el grado del trastorno; entre ellos están: la Escala de conducta anoréxica (Slade,1973); Registro de comportamiento alimentario (Raich,1997); Inventario de desórdenes de apetito; Cuestionario de actitudes relacionadas con la anorexia (Goldberg, Halmí, Eckert, Gaspar, Davis y Roper,1980); la Escala de Satisfacción de áreas corporales (Cash,1990); y el Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal (Cash y otros1990).

#### 4.1.1 Resultados obtenidos de de la Escala de Satisfacción de Áreas Corporales

**Tabla 5**

1	muy insatisfecho(a)
2	muy insatisfecho
3	ni satisfecho ni insatisfecho
4	“bastante satisfecho”
5	muy satisfecho

Fuente: Escala de conducta anoréxica Slade (1973).

Está compuesta de una escala de 1 al 5 para indicar cómo estás de satisfecho (a), con cada una de la siguientes áreas del cuerpo. El 1 corresponde al estar “muy insatisfecho”, el 2 “bastante insatisfecho”, el 3 se utiliza de manera neutra “ni satisfecho ni insatisfecho”, el 4 “bastante satisfecho” y el 5 “muy satisfecho”, en su totalidad las nueve pacientes eligen la escala 1 que corresponde a la insatisfacción de sus partes corporales, tales como: hombros, caderas, tronco, entre otros, lo anterior, demuestra cómo las pacientes manifiestan su disconformidad con su imagen corporal, y cómo esto conlleva a un comportamiento inapropiado por parte de las pacientes. Sin embargo, partir del tratamiento se dan cuenta de lo importante de aceptarse tal como son, por lo que sus respuestas mejoran considerablemente (ver anex01).

#### **4.1.2 Registro de comportamiento alimentario**

El registro de comportamiento alimentario (Raich, 1997), describe los siguientes datos: todas las jóvenes no tenían un horario establecido para su alimentación, a las horas de comidas, por lo general se encontraban solas en su hogar o ellas buscaban la oportunidad para estarlo además, cuatro de las pacientes, manifestaron que apartaban los alimentos del plato, comiendo solamente una parte de los alimentos y; las restantes cinco pacientes, no ingerían alimento alguno. Los resultados permitieron ir elaborando el diagnóstico (ver anexo 2), para tener control sobre el comportamiento alimentaria de las pacientes realiza un patrón de conducta regular para proporcionar un adecuado horario y estrategias para las que vomitaban regularmente dejaran de hacerlo, además, se realiza un modelo de autorregistro para tratar de organizar régimen alimentario adecuadamente (ver anexo3).

#### **4.1.3 El inventario de desórdenes del apetito**

El inventario de desórdenes del apetito, consta de algunas preguntas que se relacionan con la alimentación y los hábitos de la misma, así como otras preguntas relacionadas con sentimientos y percepciones de sí misma, la respuesta de la pacientes en primera instancia fue la que se describe a continuación:

Tabla 6

## El inventario de desórdenes del apetito

Donde: 1. Siempre; 2. Usualmente; 3. a menudo; 4. algunas veces; 5. rara vez, 6.

nunca

Escala/ Preguntas	1	2	3	4	5	6
1. ¿Como dulces y carbohidratos, sin sentirme nerviosa?	xxx xx			xx xx		
2. ¿Pienso que mi abdomen es muy grande?	xxx xx			xx xx		
3. ¿Quisiera volver aquellos momentos en mi vida en que me sentí muy segura?	xx xxx			xx xx		
4. ¿cuándo estoy tensa(o) o ansiosa(o), me da por comer?	xx xxx			xx xx		
5. ¿Estando sola me doy grandes comidas?	xx			xx x		
6. ¿Me gustaría ser más joven?	xx			xx		

				X X		
7. ¿Pienso en hacer dieta?	XXXX			XXX		
	X			X		
8. ¿Me asusto cuando estoy alegre o eufórica y me doy cuenta de ello?	XXXX			XXX		
	X			X		
9. ¿Pienso que mis muslos son muy grandes?	XXXX			XXX		
	X			X		
10. ¿Me siento como una persona que no alcanza lo que se propone?	XXXX			XXX		
	X			X		

Fuente: El inventario de desórdenes del apetito.

Con respecto a lo anterior, de las 5 pacientes seleccionaron por la respuesta 1, se deduce que sus sentimientos y pensamientos son recurrentes y van dirigidos al efecto que tengan los alimentos en su cuerpo, 4 de las pacientes se inclinan por la respuesta 4, durante el proceso terapéutico fueron modificando sus comportamientos lo cual, las llevo a sustituir pensamientos negativos por positivos, con estrategias terapéuticas (ver anexo 3).

Además, con el propósito de obtener información pertinente en cada caso se elaboraron auto-registros que fueron realizados por las pacientes en algunos de los casos fueron elaborados por algún observador, como su madre, esto permitió tener una amplia

información referida con la conducta alimentaria de las pacientes, actividades diarias y consecuencias inmediatas de comportamientos para perder peso. De igual manera, hojas de auto-registros de pensamientos disfuncionales en relación con el peso de las pacientes, entre otras, esta información funciono como referencia para determinar los cambios de comportamiento de cada una de ellas y, medir cada semana su evolución o progreso, lo cual responde al objetivo 2.1 (ver anexo5).

#### **4.1.4 Resultados del tratamiento individual**

En el proceso terapéutico, todas las jóvenes fueron muy constantes al cumplir con las citas terapéuticas, las cuales se realizaron mediante una sesión de una hora una vez a la semana de manera individual, lo cual tuvo una duración de tres meses y medio, en cada una de las sesión se establecieron metas conjuntas, para que la mismas pacientes las fueran cumpliendo, dependiendo de sus recursos personales y apoyo familiar, además, se da seguimiento un mes después a todos los casos.

Durante el programa se contó con el apoyo del grupo interdisciplinario conformado por Lic. Sócrates Orozco Costantini, el cual estaba encargado del control nutricional de cada una de las pacientes, las atendía cada 15 días, o cuando fuera necesario para supervisar los hábitos alimentarios; se tenía una comunicación fluida entre el especialista y la encargada del programa. Otro especialista que apoyo el proceso fue el Dr. Vega médico



general, el cual ha laborado para el Hospital San Vicente de Paúl desde 2005 y es el soporte de consulta externa, fue clave en el proyecto por su apoyo incondicional, tanto a nivel grupal como individual, a él se le refería las pacientes, para que hiciera una valoración diagnóstica ejemplo de ello, es el caso de una paciente de 12 años y medio, que estaba bajando de peso sin causa aparente, se interconsulta al médico y se le remite a la paciente, él cual interviene rápidamente y le pide realizarse una serie de exámenes para determinar la causa biológica de su sintomatología, esto hizo que los padres se preocupen más por el estado de su hija y acudan a realizar los exámenes correspondientes, y llevó el tratamiento adecuado para la salud integral de la paciente.

El programa, se iba fortaleciendo cada vez más, las madres estaban muy satisfechas por la atención brindada a sus hijas, ya que para sacar citas especializadas tenían un máximo de 3 meses para ser atendidas, sin embargo, durante el programa fueron atendidas en cuanto lo necesitaban.

Durante el proceso terapéutico las pacientes mostraban poco a poco cambios significativos en su calidad de vida, adquiriendo nuevos hábitos alimentarios sanos, como tratar de comer al menos 3 comidas diarias, por lo tanto, y con el propósito de obtener información pertinente por parte de las pacientes, se les dejaba de tarea los auto-registros, para que luego ser comentados con ellas en sesión y con sus familiares si fuese necesario.

Los auto-registros arrojaban patrones de la conducta alimentaria deficiente de las pacientes, ejemplo de ello, fue el caso de una joven que indicó que solamente podía tomar sopa, de lo contrario tenía que vomitar ya que no digería comida sólida. Otro de los casos, indicaba que solamente comía una manzana en todo el día ya que le daba “muchísima vergüenza comer en el colegio”, esta paciente no desayunaba, ni almorzaba en todo el día por lo que siempre se sentía cansada y sin ganas de realizar las tareas educativas, y además, tenía amenorrea, para lo que se le guio con un nuevo programa de alimentación, el cual podía cumplir sin sentirse incomoda.

Las pacientes seguían un modelo conductual reforzadas por factores ambientales, tales como: no se contaba con un horario de comidas, ni un lugar establecido para realizarlas, las jóvenes comían solas en sus habitaciones, por lo que se les realiza un patrón de conducta regular de alimentación en el cual se establece 5 comidas diarias con compañía (ver anexo 3).

Las jóvenes comían a solas permitiéndoles inducirse el vómito, y sin ningún tipo de supervisión por parte de sus familiares, dado es el caso de una joven de 15 años con sobrepeso, que descubrió que podía vomitar y que eso le ayudaba a bajar de peso más rápido, todos en su casa la criticaban constantemente por su apariencia y la ponían a ver programas de modelos que según su mamá eso le motivaría a bajar de peso. Esta situación,

programas de modelos que según su mamá eso le motivaría a bajar de peso. Esta situación, le generaba mucho estrés a la joven, junto a un sentimiento de vacío por creer que solamente vomitando podía alcanzar sus metas (bajar de peso), como lo manifestaba constantemente, ella inicia en el programa, sin embargo, se encuentra muy vulnerable al intentar adelgazar por influencia de su madre la que constantemente la critica por no perder peso, por lo cual utiliza estrategias para seguir induciéndose el vomito recurrentemente y deserta del programa. En el caso de esta paciente su madre no era un buen soporte emocional y por lo tanto, no continuó en el programa.

La regulación del apetito es muy compleja ya que involucra acontecimientos psicológicos, los sucesos conductuales, permitiendo de esa manera que las pacientes buscaran la forma de dejar de comer o hacerlo en su lugar a solas para que pudieran tener ellas mismas la regulación de su propia comida. Por lo tanto, el objetivo del programa desarrollado en la presente práctica, fue implementar buenos hábitos alimentarios para todas, tomando en cuenta el criterio de las pacientes con respecto a la alimentación ya que en su mayoría pensaban que habían alimentos que no podían ser consumidos por lo que, juntamente con la terapeuta a cargo del programa se elaboran tres listas: una que contenía alimentos prohibidos, dos con otros no tan prohibidos y, tres otros totalmente prohibido, y que algunas de ellas por mucho tiempo habían dejado de ingerir como el arroz, plátano,

lácteos, yuca y fruta, estos constituían la lista de alimentos totalmente prohibidos que dejó de consumir durante mucho tiempo, por lo que, durante el proceso se iban eliminando de las lista de alimentos totalmente prohibidos y se le agrega a la lista de alimentos no tan prohibidos para así lograr establecer una dieta balanceada y saludable, en el caso de la paciente con amenorrea, a partir, de una buena nutrición su ciclo menstrual se le regulo notablemente.

Para lograr subir de peso se utilizaron estrategias nutricionales que no pusiera en riesgo la vanidad de adolescente, por ejemplo, a las pacientes les daba mucha pena llevar comida a las instituciones educativas porque sus compañeros no lo hacían, con las estrategias terapéuticas se logra con cada una de ellas, para que logren incorporar diferentes alimentos nutritivos sin que se sintieran avergonzadas, las pacientes tenían como hábito no desayunar por lo que, debían de hacerlo lo mejor posible en porciones pequeñas, además, llevar varios alimentos y comerlos durante el tiempo que estaban en la institución como frutas o barritas nutritivas, y por último, tener una buena cena, esto último supervisado por un familiar, lo anterior, tomando en cuenta las instrucciones del profesional en nutrición.

Además, los fines de semana debían de cumplir con todas las comidas necesarias, para aquellas que vomitaban se utilizó la técnica de la prevención de la respuesta con el propósito de evitar vómitos provocados, el procedimiento era el mismo agregando que debían de ser vigiladas continuamente durante las comidas, por lo que no podían levantarse

de la mesa durante una hora y por ningún motivo salir al baño, esto con la intención de que las pacientes se fueran acostumbrando a no vomitar durante y después de las comidas.

Asimismo, durante el programa se trabajó el control de la ansiedad y el miedo de aumentar de peso, para ello se le brinda psicoeducación con información clara sobre su problema (ver anexo 4), los mecanismos que posiblemente mantienen la conducta, para dicha información se les da un autorregistro en donde puedan identificar todos aquellos pensamientos disfuncionales (ver anexo 5) con respecto a su imagen corporal, que por ende provocan en ellas el factor ansioso, éstos pensamientos se revisaban en cada sesión y se discutían para buscar posibles soluciones, se describe algunos de esos pensamientos: después de comer “voy a subir de peso, “no quiero ser tan plana” “las bastoneras me caen mal porque usan enaguas cortas”; “me gustaría tener mis piernas formadas sin celulitis”; “pienso que mi vida no tiene sentido porque estoy así” “siempre pienso en mi apariencia”.

Para contrarrestar el factor ansioso, se buscaron diferentes distractores, tales como: hacer llamadas telefónicas a un amigo o amiga, detección del pensamiento, realizar una lista de problemas frecuentes y cómo cada una de ellas da su propio valor, para buscar una solución asertiva, además se debía de salir de casa, realizar actividades recreativas y practicarlas siempre que sea necesario. Además, se utiliza la relajación progresiva y la técnica de respiración, como una estrategia para el manejo de la ansiedad que debían

practicar todos los días, esto permitió un mejor control del pensamiento, modificando de manera progresiva la conducta de cada una de las pacientes (ver anexo7). Al mismo tiempo se elabora un inventario de actividades positivas para que las pacientes realizaran, dependiendo de los recursos emocionales de las pacientes así se notaban los cambios (ver anexo 5).

#### **4.1.5 Actividades recreativas de las pacientes**

Parte del programa para mejorar la calidad de vida, fue realizar actividades recreativas para fortalecer la autoestima y disminuir la depresión algunas de las actividades: **aprender a confeccionar bisutería** (collares, aretes) y luego las vendían en el mismo Hospital, esta actividad además de proporcionarles ingresos, las mantenía entretenidas permitiéndole así controlar la sobreingesta de alimentos, y subir de peso ya que era una paciente que contaba que había bajado mucho de peso y fue necesario que empezara a estabilizarse físicamente. Otra de las actividades fue **aprender a bailar**, esto con una paciente con sobre peso, logró hacer ejercicio físico, y además, bajar de manera adecuada (ver anexo 9).

Tomando como ejemplo una joven que a partir del tratamiento terapéutico aprendió hacer bisutería esta la entretenía mucho y además vendía en el hospital eso la motivo considerablemente, otras se pusieron a estudiar inglés y computación, entre otras

actividades, para lograrlo se diseñó un inventario de acciones positivas que ellas podían realizar, y cómo estas les hacían sentir (ver anexo 6).

**Salidas frecuentes con antiguas amistades**, se insta a las pacientes a volver a integrarse en actividades sociales que durante un tiempo se había dejado de lado por lo que la tarea consistió en planear un día de la semana para actividades sociales, que permitían salir de sus casas de la rutina diaria.

Al mismo tiempo, se logró un espacio **en pediatría**, para que las pacientes trabajarán con los niños internados, esto se realiza una vez a la semana durante hora y media. Ellas enseñaban a dibujar, pintar y les contaban cuentos a los niños les gustaban mucho, incluso los padres de los niños que se encontraban en ese centro hospitalario, les agradecían por el tiempo brindado. Estas actividades proporcionales seguridad y permitió fortalecer su autovaloración.

Como resultado de esta primera fase, se cuenta con la recuperación significativa de la mayoría de las consultantes, algunas han dejado de vomitar y han empezado a incorporar nuevos alimentos en su nutrición diaria y con horarios establecidos, algunas están en el proceso de aumentar de peso y otras en bajar de peso (por problemas de obesidad) de manera más saludable, como una buena alimentación y actividad física diariamente.

## Segunda Fase:

Los trastornos alimentarios son multicausales, como ya se ha mencionado, por lo que se hace necesario abordarlo de diferentes maneras, por lo tanto, se considera imprescindible formar un grupo de apoyo.

### **4.1.6 Resultados del grupo de apoyo**

De la misma forma, para reforzar el tratamiento individual se inicia con un grupo de apoyo, que inició el 1 de Octubre 2007, permitió la intervención de los diferentes grupos interdisciplinarios para fortalecer el proceso terapéutico, entre los que formaron parte del mismo fueron: un profesional en nutrición, médico general, especialista en actividad física, y la intervención cuando se requería de la ginecóloga encargada de atender la población de adolescentes la doctora Alfaro (ver anexo8).

El grupo terapéutico tuvo una duración de mes y medio, tomando en cuenta que estaba por finalizar el año escolar y las jóvenes tenían que cumplir con los compromisos académicos, lo que impedía que todas asistieran al grupo con regularidad. El trabajo grupal



tiene como objetivo capacitar a las adolescentes en la superación del problema que los afecta.

Se consideró necesario establecer con la ayuda de las participantes las reglas del grupo, esto con el objetivo de cada una de ellas llegaran a sentirse identificadas con el grupo, de igual manera se trabaja por medio de actividades específicas que permitieran fortalecer las relaciones interpersonales, habilidades sociales, otro punto trascendental fue el fortalecimiento de la autoestima y disminuir la depresión.

En cada una de las sesiones se utilizaron diferentes tipos de estrategias para fortalecer la autovaloración de cada una de las participantes, educación nutricional, la importancia de la actividad física regulada, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación, respiración y sesiones psicoeducativas, entre otras, con la intención de que las pacientes pudieran tener una mejor calidad vida. Fue totalmente interactivo lo que permitió que las pacientes realizaran todas las preguntas necesarias para que no percibieran el programa conductual como excesivamente coercitivo, sino más bien, como entes activos.

Durante las sesiones grupales se instrumentalizó a las adolescentes, en el entrenamiento de habilidades sociales y a nivel cognitivo la percepción de la imagen

corporal, moldeamiento, role-playing y programaciones de actividades positivas, fortalecimiento del auto-concepto, entre otras.

De esta forma, las pacientes identificaron situaciones que afectan la autoestima y la sensación de bienestar y comodidad, así como la búsqueda de alternativas para su adecuado manejo, se abordaron temas de vital importancia para el tratamiento con las pacientes, como son: la importancia de adquirir buenos hábitos alimentarios, brindar información importante acerca del deterioro físico causado por la sobreingesta de algunos laxantes o los recurrentes vómitos, mitos y realidades con respecto algunos alimentos, todo lo anterior con los respectivos profesionales en las áreas de salud, lo anterior, en función del objetivo 1.2, de la presente práctica profesional.

De igual forma el trabajo grupal sirvió como una herramienta fundamental para identificar ciertas situaciones que se trabajaron a nivel individual, y reforzar el tratamiento en su totalidad. Al mismo tiempo, el apoyo grupal ofreció la oportunidad de que cada una de las pacientes, se relacionaran entre sí y se dieran soporte mutuo; La cohesión de grupo, el esfuerzo social que se aplicó sobre las conductas adaptativas, la información que se ofreció pudieron fortalecer la adherencia a los cambios efectuados.

De igual manera, se brindó un espacio dónde pudieran expresar sus pensamientos y emociones, además, de dialogar sobre cómo se sintieron durante los cambios que habían logrado en el proceso.

**La primera sesión**, trató de proporcionar un ambiente de *rapport* y confianza, tanto con la terapeuta, como con sus compañeras, para ayudar a facilitar el proceso terapéutico.

**Tabla 7**

**Taller para fortalecer la autoestima**

Nombre de la Actividad	1. Objetivo	Descripción	Material	Tiempo
1. Realiza el encuadre correspondiente.	1. Brindar información acerca del programa que se va a desarrollar.	La terapeuta brinda una descripción de lo que es un grupo de apoyo y las reglas que se van a establecer dentro del mismo.		
2. Dinámica de	2. Crear un	Las participantes se		20”

<p>presentación: “Hagamos pareja</p>	<p>espacio cálido y de confianza en el que las participantes puedan compartir y romper el hielo.</p>	<p>organizan en parejas, con el fin de que comenten entre sí el nombre, dónde viven, que les gusta hacer. Una experiencia que recordaran como muy graciosa.</p>		
<p>3. Se hace una pequeña relajación de ¿Cómo lo sientes?</p>	<p>3. Brindar un espacio en donde las jóvenes puedan permitir sentirse a si misma</p>	<p>La terapeuta da una descripción paso a paso de lo que las jóvenes puedan ir preguntándose para realizar la actividad para que logren identificar las sensaciones que se produce en su cuerpo al preguntarse cómo</p>	<p>Libro de “Virginia Satir”.</p>	<p>20”</p>

		me siento.		
4. Dinámica “el genio de la lámpara”	. Favorecer el cuestionamiento de los mandatos sociales con respecto a la estética, corporal y el impacto que éstos tiene en la autopercepción del cuerpo y autoestima	La terapeuta da al grupo la siguiente consigna “ustedes han tenido la suerte de encontrarse con una lámpara mágica que al frotarla deja salir al genio que les concederá solo el deseo de transformar su apariencia física como ustedes lo quieran, después las participantes van a dramatizar lo que se le solicita al genio.	Libro de “Toques para estar en todas” Papel periódico blanco marcadores, cinta.	30”
5. Cierre Relajación, se cierra con un	Brindar estrategias para	La terapeuta indica los pasos a seguir para	Grabadora y CD de relajación.	20”

abrazo grupal. Se da un espacio para compartir un refrigerio.	bajar los niveles de ansiedad de las jóvenes.	llevarlos a la relajación.		
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia

En esta **segunda sesión**, realizada el 8 de octubre 2007, se continuó con actividades que permitan fortalecer la autoestima de las adolescentes, para identificar de situaciones que afectan la autoestima y la sensación de bienestar y comodidad, así como la búsqueda de alternativas para su adecuado manejo.

**Tabla 8**

**Taller buscando ayuda**

<b>Nombre de la Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Se da la bienvenida, y se reparte las hojas que confeccionaron las participantes con	1. Brindar un ambiente de cohesión en el grupo, y a su vez que por medio	La terapeuta brinda un espacio donde las integrantes puedan concienciar que somos	Hojas de papel a los participantes.	20''

sus características en particular.	de las tarjetas ellas puedan ver reflejada sus fortalezas y habilidades.	más que una apariencia física, y que ellas mismas lo plasmaron en papel.		
2 Dinámica de presentación: “El payaso sufre dolor de cabeza”	2. Ofrecer a las participantes la posibilidad de colocarse en el papel del otro.	Una participante debe interpretar el papel de payaso, Debe ser un payaso muy cansado, que requiere un tratamiento urgente.	Participantes	
3.“Buscando ayuda”	3. Brindar un espacio grupal para la revisión de las situaciones ejemplificadas, en la cual se discuten los principales elementos en que la vivencia del o la adolescencia, los	Dependiendo de la asistencia se hace el # de subgrupos, se les entrega una ficha que contiene historia corta sobre una adolescente de su edad que atraviesa por un momento difícil.	Tarjetas con historias, bolsas de papel, cartulinas, tijeras, goma, marcadores.	50”

	<p>sentimientos que le generan, las implicaciones que esta tiene, la presencia o no de redes de apoyo y las alternativas que se tienen para enfrentar de mejor manera esa situación.</p>	<p>después se les solicita que realicen una representación con títeres sobre la vivencia asignada.</p> <p>Cada subgrupo debe elaborar los títeres que requieran para la representación, por lo que la facilitadora les proporciona el material necesario para la confección de los mismos.</p>		
<p>5. Cierre</p> <p>Relajación, se cierra con un abrazo grupal.</p>	<p>Brindar estrategias para bajar los niveles de ansiedad de las jóvenes.</p>	<p>La terapeuta indica los pasos a seguir para llevarlos a la relajación.</p>	<p>Grabadora y CD de relajación.</p>	<p>30''</p>

Fuente: Elaboración propia.



En la **tercera sesión**, realizada el 23 de octubre del 2007, se continúa con actividades que permitan fortalecer la autoestima de las adolescentes, ya que es de vital importancia reforzar esta parte, debido a que una de las consecuencias del trastorno alimenticio es la baja autovaloración. Favorecer la identificación de situaciones que afectan la autoestima y la sensación de bienestar y comodidad, así como, las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las jóvenes, la búsqueda de alternativas para su adecuado manejo.

**Tabla 9**

**Taller acerca de lo que nos hace sentirnos vivos**

<b>Nombre de la Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
1. Se da la bienvenida, y las indicaciones para reanudar la actividad anterior "Buscando ayuda".	1. Brindar un ambiente de cohesión en el grupo, Promover un espacio grupal para la revisión de las situaciones	Dependiendo de la asistencia se hace el # de subgrupos, se les entrega una ficha que contiene historia corta sobre una adolescente de su edad que	Hojas de papel de colores goma, tijeras, cartulinas, marcadores, bolsas de papel.	30''

	<p>ejemplificadas, en la cual se discuten los principales elementos en que la vivencia del o la adolescencia, los sentimientos que le generan, las implicaciones que esta tiene, la presencia o no de redes de apoyo y las alternativas que se tienen para enfrentar de mejor manera esa situación.</p>	<p>atraviesa por un momento difícil. Después se les solicita que realicen una representación con títeres sobre la vivencia asignada.</p> <p>Cada subgrupo debe elaborar los títeres que requieran para la representación.</p>		
2"Lo que nos hace sentirnos vivos"	2. Promover la apropiación del sentido de la vida.	2. Se les solicito a las participantes que formen un circulo y que presten atención a	Papelitos en blanco	10"

		<p>la situación que le describirá la facilitadora</p> <p>“imaginémonos que todas tenemos la oportunidad de ir de compras a un lugar llamado “el supermercado de la vida”. Aquí no se vende cosas materiales como comida ni juguetes, porque solo tienen aquellas cosas que realmente necesitamos para ser felices, todo aquello que se le da sentido a la vida. La gran ventaja que tiene</p>		
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>este supermercado es que no piden dinero, para poder llevarnos algo se necesita desearlo y tomarlo.</p> <p>Ahora vamos escribir o dibujar las 5 cosas que cada uno de nosotras compraría en este lugar”</p>		
		<p>2.1 Se indica al grupo que ordene las cosas que compraron por prioridad, es decir que del 1 al 5 coloquen las cosas según la importancia.</p> <p>(tomando el 1 como lo más importante)</p>		10”

		2.2 se invita al grupo a compartir lo que colocaron en el 1 <sup>a</sup> lugar de importancia y las razones por las cuales lo hicieron así.		
3.Síntesis de lo las jóvenes ponen en sus papeles	Identificar los mecanismos positivos de afrontamientos para crear un sentido positivo de la vida.	Buscar elementos que aparecen como comunes, cómo estos elementos posibilitan enfrentar la vida de una manera positiva y crear un sentido positivo de esta. También se trató el impacto que esto	Marcadores, pizarra	10''

		tiene en el disfrute pleno de la vida y de la cotidianidad.		
4. “el basurero”	Identificar aquellas cosas que nos dificultan disfrutar de la vida	Escribir o dibujar de forma anónima en un papel toda que desean desechar para vivir la vida de manera más positiva.	Papeles en blanco Un basurero	
5. “Mural colectivo”	Determinar las cosas que permitan tener una vida más positiva.	Escribir mensajes positivos de la vida para sí o para otras u otros.	Papel periódico, marcadores, Cinta adhesiva.	20 “
6. Cierre.	Generar un espacio para que los comenten cómo se sintieron y lo que piensan en el mural	Que todas las participantes puedan expresar sus sentimientos con respecto a la manera en qué enfrentan la vida.	Participantes	10”

Fuente: Elaboración propia.

En la **cuarta sesión**, realizada el 29 de octubre del 2007, se invito a un profesional en nutrición, con el propósito de brindar información a las pacientes acerca de una buena alimentación; además, de identificar mitos y realidades con respecto algunos alimentos; instruir a las adolescentes de la importancia de consumir ciertos alimentos y adquirir buenos hábitos alimentarios (ver anexo 8).

**Tabla10**

**Taller sobre la importancia de los buenos hábitos alimentarios**

Objetivo	Descripción	Materiales	Tiempo
1.Brindar información importante con respecto a los hábitos alimentarios	Se invita un especialista en nutrición para que informe a las jóvenes de la importancia de incluir en su dieta alimentos que han dejado de consumir (creencias de que engordan)	Hojas de papel y marcadores	60"

2. Promover la participación de las integrantes con respecto a sus interrogantes.	2. Se les pide a las participantes que pueden hacer todas las preguntas necesarias para que salgan de dudas con respecto a la alimentación.	Papeles en blanco	20''
Proporcionar un espacio para determinar el nivel de comprensión de las adolescentes con respecto a la charla.	Hacer un pápelo grafo con los comentarios de cada una de ellas	Hacer un papelografo con los comentarios de cada una de ellas.	35''

Fuente: elaboración propia

Al final de todas las sesiones se brinda un espacio para que las pacientes expresen sentimientos y emociones se da apoyo para que asistan y continúen con el tratamiento.



En la **quinta sesión**, realizada el 5 de noviembre del 2007, se divide en dos secciones la primera está a cargo de un profesional en medicina general, EL Dr. Vega, y la segunda sección en el cierre de las sesiones grupales.

Esta primera sección, estuvo a cargo del médico, con el propósito de brindar información importante acerca del deterioro físico causado por el uso de laxantes o vómitos auto-inducido, además, sobre los mitos y realidades con respecto algunos alimentos (ver anexo 8).

En la segunda parte, se brindo un espacio para que las pacientes expresaran sus emociones y las compartan con el resto del grupo, también se motiva para que lo puedan expresar de manera escrita; algunos de los comentarios se describen a continuación:

“... este grupo me ha ayudado a cambiar muchísimas cosas desde la primera vez, cuando este grupo abarca solo el problema que tenemos y se enfoca solo en eso y me parece excelente, ya que estuve en otros se hablaba de diferentes temas y situaciones diferentes. Con estas terapias mejore mucho mi autoestima, seguridad y me di cuenta que lo que vale la pena, no es el físico de la persona, sino las cosas buenas que tiene también desde la vez los problemas a la basura con los papelitos, en ese

momento sentí un gran alivio porque me lo tome en serio lo que tire”. También deje de provocarme el vómito y eso era algo que creí que jamás pero con la ayuda de Jacqueline y el nutricionista lo logre y me siento muy orgullosa”.

“...aunque creo que necesito más cambios emocionalmente, me alegro mucho por mis compañeras que si lograron salir adelante y están ganando la guerra con esta enfermedad. De mi parte solo puedo decir que me siento muy agradecida por el apoyo que me dieron”.

“... me siento bien porque el grupo me ha ayudado a quererme y aceptarme tal como soy además valorar la vida y a que no me importe lo que digan los demás...”

La siguiente tabla describe los resultados finales de la intervención individual como grupal.

**Tabla11**  
**Resultados finales**

<b>*Pacientes</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b> <b>12-</b> <b>17años</b> <b>y medio</b>	<b>Diagnóstico</b> <b>TCA</b> <b>anorexia/</b> <b>bulimia</b> <b>nerviosa</b>	<b>Lugar de</b> <b>residencia en</b> <b>la provincia</b> <b>de Heredia</b>	<b>Diagnóstico</b> <b>inicial</b>	<b>Diagnostico final</b>
A1	Femenino	12 años	Anorexia nerviosa	Mercedes Norte	AN	Mejóro significativamente
B2	Femenino	16 años	Bulimia nerviosa Bulimia nerviosa	San Pablo	BN	Desertó
C3	Femenino	16 años	Anorexia nerviosa	San Joaquín	AN	Mejóro significativamente
D4	Femenino	16 años	Bulimia nerviosa	San Juan de Sta Bárbara	BN	Mejóro significativamente
E5	Femenino	16 años	Anorexia nerviosa	Asunción de Belén	AN	No inicia todo el proceso, es muy inconstante.

F6	Femenino	16 años	Bulimia nerviosa	Mercedes Norte	BN	Mejoró significativamente
G7	Femenino	16 años	Bulimia nerviosa	Sn Miguel	BN	No inicia el programa
H8	Femenino	16 y medio años	Bulimia nerviosa	Sn Rafael	BN	Remisión
I9	Femenino	16 años	Anorexia nerviosa	Sn Luis	BN	Mejoró significativamente
J10	Femenino	17 y medio años	Bulimia nerviosa	San Isidro	BN	Remisión
K11	Femenino	16 años	Bulimia nerviosa	Sn Rafael	BN	Mejoró significativamente
L12	Femenino	15 años	Anorexia nerviosa	Sn Francisco	AN	No inicia el programa
M**13	Femenino	28 años	Bulimia nerviosa	San Juan de Barva	BN	Mejoró significativamente

\*por la confidencialidad del caso no se pone el nombre de las paciente.

La tabla anterior, se refleja los resultados de las pacientes después del proceso terapéutico, tanto individual como grupal, se nota la efectividad del progreso de cada una de las participante, las que no inician el proceso es porque solamente asistieron las dos primeras sesiones, razón por la que, no se integraron en el programa.

Las pacientes que manifiestan una mejoría significativa, o se encontraban en remisión, aprendieron a detectar los pensamientos ansiógenos disfuncionales, analizarlos para utilizar mecanismos de afrontamientos que les permitieran combatirlos, mejorando su calidad de vida, incorporando medidas efectivas como una conducta alimentaria adecuada, con horarios establecidos e incorporándose a las diferentes actividades como las escolares, hobbies, entre otras. En el momento en que ellas se dieron cuenta de que podían controlar esos pensamientos y por ende la conducta les permitió tener seguridad, confianza, la depresión disminuye y permite prevenir y enfrentarse a situaciones de riesgo, mejorando su funcionamiento general en distintas áreas.

Tercera fase:

Por otra parte, como es bien sabido el apoyo que las pacientes pudieran tener por parte de sus padres o parientes más cercanos fue primordial para que pudieran restablecerse con mayor rapidez, por lo que se conformo un grupo de padres de familia para cumplir con

el objetivo, como se tenía una comunicación directa con algunos de los padres de familia desde la primera entrevista, se establece la necesidad de colaboración por parte de ellos, se da inicio el grupo paralelamente con el de las pacientes, sin embargo, solamente llegaron tres de las cuales eran las madres; los y las demás dieron diferentes razones por las cuales se ausentaron; con lo cual se desarrolla el objetivo 2.2 de la presente práctica profesional.

Se inicia con un entrenamiento para padres de familia, se da un espacio los días miércoles iniciando el 3 de octubre del 2007 de manera grupal, de hora y media una vez por semana, el objetivo fue proporcionar soporte, orientación y asesoramiento a los padres con respecto a la problemática de sus hijas. La intención es dar a conocer el trabajo que se está realizando con cada una de las pacientes, y su vez, además, abrir un espacio de preguntas y respuestas, tener contacto y lograr una participación más activa por parte de cada uno de los familiares en el proceso terapéutico de sus hijas.

Asimismo, se fomenta el apoyo familiar, y un espacio para la intervención del grupo interdisciplinario para proporcionar información y evacuar cualquier duda, expresar sentimientos, aclarar interrogantes e identificar aspectos que no habían podido solucionar por falta de estrategias adecuadas, para enfrentar la problemática con sus hijas.

#### 4.1.7. Resultados del grupo de padres

El propósito de formar un grupo de padres de familia fue que se involucraran activamente en el proceso de sus hijas, brindarles información pertinente sobre la necesidad de contar con redes de apoyo, tener una buena comunicación en la familia, implementar buenos hábitos alimentarios para todos aquellos con lo que conviven las pacientes. Además, se determinó la necesidad de brindar un espacio para aclarar interrogantes por parte, de los familiares.

En la primera sesión asisten 3 madres de familia, a pesar de la poca audiencia se inicia con una charla psicoeducativa sobre los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia, aunque los familiares de las pacientes se le daba información con respecto al trastorno se trató de que tuvieran una información más amplia y un espacio en donde podían evacuar todas aquellas dudas que se generan con acerca del comportamiento de sus hijas, lo que les permite tener más control sobre algunos síntomas, de los cuales ellas no ciertos síntomas como periódicos de diarreas, estreñimientos y dolores abdominales, asimismo el aislamiento, y los pensamientos recurrentes con respecto a su peso, e imagen corporal (ver anexo 9).

No todos los padres, estuvieron anuentes de participar, debido a que atribuyen el comportamiento de su hija, como una etapa de la adolescencia, por lo que, *no existió un*

apoyo total; por lo que, en esta situación en particular generó que el proceso de su hija fuese más difícil, sin embargo, su madre fue una red de apoyo que sopeso cualquier inconveniente.

Tomando en cuenta lo anterior, se hace preciso que los padres o parientes más cercanos de los jóvenes se involucren como entes activos en el proceso. Para ello la terapeuta hace lazos para fortalecer la relación entre padres e hijas.

Cuando la familia se da cuenta del problema que tienen sus hijas, es más fácil buscar ayuda a tiempo. Por lo tanto, durante las sesiones se trataron temas ¿cómo ayudar a los jóvenes con trastornos de la alimentación anorexia/ bulimia? Además, se da una lista de recomendaciones que les serán de gran utilidad a los padres de familia:

- Identificar el problema e informarse sobre estas enfermedades.
- Es importante conocer la enfermedad en sí y como afecta a la persona que la padece, a sus pensamientos, sentimientos, personalidad, y forma de comportarse.
- También es importante que reciban información sobre el tratamiento médico y psicológico.



- ¿Dónde informarse? La familia puede acudir a profesionales expertos en el tema en los Centros de Salud y a Asociaciones de Familiares de Trastornos de la alimentación.
- ¿Cómo informarse? A través de bibliografía, charlas, grupos de padres, o cualquier otra actividad realizada por profesionales.
- Proponerse unos objetivos de intervención en la relación con la persona enferma y durante el tratamiento.

La información anterior permitió disminuir la ansiedad que provocan las interrogantes con respecto a la problemática, reduciendo sentimientos de culpa o fracaso en los padres de familia.

Una buena comunicación entre los padres e hijos es lo esencial en todo intento de prevención de riesgos, considerando que los riesgos de esta etapa pueden estar determinados por los conflictos que se generan en la relación padre-hija y, en la interacción de los jóvenes con la sociedad que les rodea (ver anexo 10).

En el cumplimiento del objetivo 2.2 de la presente práctica profesional, a lo largo del proceso se determinó los siguientes aspectos: lo que no permite la cohesión entre padres e hijas, es la mala relación que existían por parte de ambos; los padres entre sí tenían una

mala relación, y algunas de las parejas están en proceso de separación, una de las jóvenes tiene problemas de relación con su madrastra por lo que, la comunicación es disfuncional en otros casos la madre es la que asume toda la responsabilidad; entre otros problemas importantes. Todos estos problemas exacerban más el trastorno.

Los padres estaban divididos y no habían tenido una información clara, desconocían las consecuencias tan severas que trae los trastornos de alimentación; algunos de los padres no aceptaban que sus hijas tuvieran esa problemática por lo que optaron por no involucrarse en el grupo. Se trató de establecer una comunicación con cada uno de ellos, para ponerlos al tanto de la situación; se hicieron constantes llamadas telefónicas para lograr incorporarlos, sin embargo; eso no fue posible que ambos participaran en el proceso.

En el proceso se observa la dinámica familiar y se van aplicando las diferentes técnicas para las intervenciones. En varios casos fue necesario realizar, terapia familiar y de pareja para que hubiera un apoyo por parte de los padres hacia sus hijas.

Las estrategias utilizadas permitieron que mejorara el trato de sus padres para con sus hijas, además, en la implementación de buenos hábitos alimentarios en la familia, mejorar la comunicación y las relaciones entre padres e hijas (ver anexo 8).

# **Capitulo V**

**Discusión, Conclusiones y recomendaciones**

## 5.1 Discusión Teórica

La discusión teórica se realiza a partir del análisis de los resultados obtenidos en la presente Práctica Profesional, tomando como referencia indagaciones de los teóricos relacionados con la temática.

La incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, es más común en la actualidad que en otras épocas, llegando a ser en un problema de salud pública, lo que indica que deben de afrontarse con urgencia y abordarlos interdisciplinariamente, con el propósito de mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Sin embargo, uno de los problemas más comunes de éste padecimiento es realizar un diagnóstico a tiempo ya que por lo general, se llega a consulta por otros motivos y no necesariamente por TCA. Por otro lado, si las o los pacientes acuden a consulta contra su voluntad ocultan o manipulan la información por lo que es necesario corroborarlo con quienes conviven, para tener una validez confiable de la información (Perpiña; Botella y Baños 2006). Lo anterior, coincide con la información de algunas de las pacientes ya que referían no tener ningún tipo de problema.

Como los TCA son un problema multicausal y multidimensional, es importante explorar todas las variables y áreas que puedan estar afectando al joven que lo padece.

Como bien, lo expresan Moreno y Villar (2002), un buen diagnóstico debe realizarse con base al análisis y evaluación de las distintas facetas médica y psicológica propias del mismo diagnóstico, por lo que, la evaluación debe ser conducida por la entrevista clínica, cuestionarios y escalas, exploración física, pruebas médicas, para así lograr un buen proceso terapéutico, razón por la cual, el programa elaborado en esta práctica profesional, contó con una serie de instrumentos y entrevistas exhaustivas para precisar un buen diagnóstico.

Para realizar el tratamiento se tomó como referencia a Raich (2002), quien señala que el tratamiento más efectivo para estos trastornos (TCA) es el enfoque cognitivo conductual, y está considerado como el tratamiento más eficaz hasta la fecha. El tratamiento que se efectuó fue ambulatorio esto por la razón que las pacientes a pesar de algunas tenían bajo peso, no cumplían con los criterios de diagnóstico para la hospitalización. Primeramente, fue necesario realizar un cambio alimentario, por lo que los esfuerzos se dirigieron a motivar a los pacientes a realizar el cambio en el comportamiento alimentario.

Además, el mismo tratamiento debe ser dirigido desde un enfoque multidisciplinar esta necesidad viene impuesta por la propia complejidad del trastorno, ya que son muchas áreas afectadas del individuo, que no es posible proporcionar un tratamiento efectivo, si

éste no es abordado en su totalidad (Moreno y Villar 2002). Tomando como referencia lo antes dicho por estos autores, se recurrir a diferentes estrategias para abordar los TCA, para llevar a cabo la intervención, se hizo necesario la intervención de un grupo interdisciplinario como el médico general, nutricionista, ginecólogo, especialista en deporte entre otros profesionales, para abordar la problemática desde las distintas áreas afectadas en las pacientes.

Raich (2002) considera que el éxito del tratamiento está en contar con una familia dispuesta a cooperar y participar, coincidiendo con la autora se determinó contar con un grupo de padres de familia, dando como resultado una mejor efectividad en el tratamiento.

De igual manera que Raich (2002), Olivares; Alcázar y Méndez (2002) refiriéndose al tema de cambio del comportamiento alimentario, manifiestan que los padres o personas que viven con los pacientes deben de ser entrenados con técnicas especializadas ya que ellos serán los principales agentes de cambio, de la conducta a tratar. El entrenamiento de los padres no solo debe ir dirigido a modificar los hábitos alimenticios, sino que también irá destinado a formar a los padres en conocimientos evolutivos y nutricionales. En algunos casos deberá ser tratada las creencias erróneas de los padres acerca de la alimentación y autonomía del paciente, junto a la conducta problema de éste.

En relación a lo anterior, se da inicio el entrenamiento de padres de familia o encargados de las pacientes, se instruyó con una charla psicoeducativa sobre los TCA específicamente anorexia y bulimia, se trató de que tuvieran una información más amplia y un espacio en donde podían evacuar todas aquellas dudas que se generan alrededor del comportamiento de sus hijas, lo que les permitió tener más control sobre ellas.

De igual manera Moreno y Villar (2002), manifiestan que los pacientes con TCA generan un sistema de creencias sobre la conducta alimentaria, que en la gran mayoría de los casos, viene a suponer un conjunto de pensamientos erróneos que contribuyen al mantenimiento del resto de la sintomatología presente. Ejemplo de ello, es creer que el agua, los carbohidratos o en general cualquier acto de alimentación va a implementar una subida de peso. Todo esto conlleva a la información indiscriminada de referentes calórico de los alimentos, de dietas para adelgazar más o menos justificadas, de estrategias de eliminación de ingesta, que definitivamente no hacen más que reforzar sus ideaciones y temores en relación a la alimentación. Estos autores proponen brindar una correcta información nutricional que elimine todas estas creencias irracionales se convierte en un objetivo esencial para el tratamiento. Analizar la importancia y necesidad de mantener un menú equilibrado y saludable, conocer los consumos calóricos de cuerpo, explicar las consecuencias negativas de los abusos de sustancias o estrategias de purga, son estrategias necesarias para la una adecuada alimentación.

Además, Raich (2002) señala, que para lograr el establecimiento de la conducta alimentaria se debe de implementar una serie de herramientas que favorecen a cumplir con los objetivos establecidos, por consiguiente, para que las pacientes pudieran tener un régimen alimentario adecuado se les instruyó para elaborar lo siguiente:

- **Establecer autorregistros**, se anima al paciente a realizarlos, exponiendo día a día lo que comen y donde comen, si comen solas o no, si lo consideran un atracón, si se provocan el vómito o llevan a cabo alguna conducta purgativa. Las hojas de registro se van revisando cada sesión y cumplen con el objetivo de hacer mucho más consciente al paciente su problema, y concretar las situaciones especialmente peligrosas.
- **Establecer el peso**, ya que muchas pacientes se pesan varias veces al día, otras no lo hacen jamás puesto que tienen pavor a observar su resultado. La medida de establecer una pesada semanal permite abandonar ambos extremos.
- **Educar al paciente en la regulación del peso corporal**, se debe entrenar a las pacientes en el cálculo a través del Índice de Masa Corporal y en su valoración, en esta fase se profundiza en el entrenamiento en el cálculo del peso y su situación en las tablas.



- **Educación sobre los efectos adversos de la dieta y las conductas purgativas**, se retoman los tipos de dieta que suelen utilizar, como el ayuno o gran restricción de ingesta y la evitación de determinados alimentos; los denominados prohibidos, situando en énfasis en la observación de las consecuencias físicas y psíquicas que se derivan de una dieta restrictiva. Inicialmente puede permitirse la evitación de determinados alimentos, pero se prescribe un patrón de conductas regulares. Si concurren conductas purgativas de los efectos que producen a nivel físico y en el estado de ánimo.
- **Prescripción de un patrón de conducta regular**, se establece un patrón de conducta regular de cuatro o cinco comidas al día: desayuno, una merienda ligera a media mañana, almuerzo, merienda y cena, para conseguirlo se recomienda el uso de diferentes tipos de técnicas. La técnica de control de estímulos es útil para ayudar a regular la ingesta, por lo que se hace una serie de recomendaciones tales como: comer siempre sentada; en el mismo sitio; a la misma hora; sin hacer otras cosas mientras comen.

Por lo que se hace necesario que el tratamiento busque estrategias para controlar la ansiedad y el miedo, contra la imagen corporal; esto se logra según Buceta (2000),

utilizando la técnica de desensibilización sistemática, dirigida específicamente a tratar la ansiedad relacionada con la ingesta de alimentos, el miedo al aumento de peso, el miedo a los cambios que puedan producirse en la apariencia física y otros temores de los pacientes. Este tipo de miedos, junto a otros también característicos del trastorno, como el temor a perder el control sobre el aumento de peso, han sido abordados, asimismo, mediante estrategias comportamentales y cognitivas, utilizadas conjuntamente para abordar y disminuir el TCA, para lo cual, se diseñó autorregistros de pensamientos disfuncionales, para determinar los miedos y ansiedad recurrentes; de igual manera se trabajó con inventarios de imagen corporal para determinar su percepción sobre este aspecto.

Por otra parte, la cultura juega un papel fundamental con lo que respecta a los TCA, ya que la misma resalta la importancia de la delgadez, los sujetos pueden apuntarse a la creencia de que la talla y figura corporal son reflejo de la competencia y el éxito personal (Williamson D.; Rabalais J. y Bentz. B, 1996). Verdaderamente, la insatisfacción con la figura y el peso corporal parece inevitable cuando se considera que la figura corporal y la delgada, angulosa, “ideal”, glorificada a menudo por la publicidad poco realista para la mayoría de mujeres (Ídem).

Asimismo, tomando como referencia lo anterior, el tratamiento debe de ir dirigido a reforzar, por medio de la reestructuración cognitiva, los pensamientos irracionales dirigidos en lo que respecta a la imagen corporal, por lo que Sierra; Buela y Ambrosio

(2001), indican, algunas de las técnicas funcionales para evaluar la imagen corporal entre ellos están: los cuestionarios e inventarios, asimismo hay otros métodos que evalúan la percepción distorsionada que tienen las pacientes de su figura, a ellas se les muestran imágenes de sí mismas filmadas en video. A veces se han distorsionado estas imagen y es “adelgazándola” o “engordándolas”, o bien, se utiliza espejos deformables o fotografías distorsionadas con lentes anamórficas, comentado las características que las pacientes percibe de su propio cuerpo y los pensamientos y sensaciones que experimentan acerca del. En la presente práctica, se empleo los dibujos de siluetas estandarizadas, de manera que las pacientes se identificaran con la que representará su figura actual y la que sería su forma ideal, así como las emociones y pensamientos asociados.

Tomando como referencia a Williamson et al., 1996, quienes indican que la baja autoestima se encuentra correlacionada con la incidencia de los síntomas de los TCA, y además, se ha indicado una relación negativa entre la autoestima y la insatisfacción corporal. Puede ser que una baja opinión de uno mismo sirva para aumentar la vulnerabilidad ante las presiones sociales hacia la delgadez, o quizás los intentos y fracasos repetidos por perder peso fomenten una imagen negativa. Por lo tanto, se hace necesario que el tratamiento se dirigía a fortalecer la autoestima con respecto al tema Marsellach, G. (2000), señala, que la autoestima elevada funciona como una especie de filtro para mejorar

la calidad de vida, el cual solo deja pasar la información que ayuda al fortalecimiento de la persona, de aquí su utilidad.

Al mismo tiempo, el desarrollo de la autoestima elevada, sumado las capacidades de crítica, analítica y destrezas bien desarrolladas, genera muchas ventajas para la persona, incluyendo el desarrollo de la capacidad de decir no frente aquellas cosas con las que no se está de acuerdo, habilidad de la que muchas personas carecen, y en el caso de los y las adolescentes cobra mayor relevancia en su desarrollo, debido a que se ven constantemente expuestos a la presión del grupo de pares (Idem).

La depresión es una de la sintomatología que causan los TCA y, son el resultado de un debilitamiento de la conducta, esto debido a la interrupción del desarrollo de una autoestima elevada habían sido positivamente reforzadas por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales (Lewinsohn.P; Gotlib. I;Hautzinger. M, 1997).

Por lo que, Lewinsohn y sus colaboradores clarificaron y elaboraron tres posiciones: un grado de refuerzo positivo contingente a la respuesta constituía una explicación suficiente de ciertos aspectos del síndrome depresivo, especialmente en la disminución de

la conducta. Además, lo anterior ampliaron esa posición conductual por medio de tres hipótesis más:

1. Hay una relación causal entre la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta y la sensación de disforia.
2. Las conductas depresivas se mantienen por medio del ambiente social, que proporciona contingencias en forma de simpatía, interés y preocupación.
3. Las deficiencias en el funcionamiento de las habilidades sociales son un antecedente importante de la baja tasa de refuerzo positivo (Idem).

La formulación de Lewinsohn se centró en la disminución del refuerzo social que obtenía el individuo de las otras personas importantes de su entorno; planteó que los sujetos deprimidos podrían carecer de las habilidades sociales adecuadas; coincidiendo con el enfoque conductual, que reúne las condiciones para efectuar el tratamiento de la depresión, por el cual se debe tomar en cuenta las contingencias ambientales y, la interacción de la persona- ambiente, que pueden relacionarse con el inicio o mantenimiento de la depresión, explorando factores como: habilidades sociales, la conducta de los demás con el paciente y, las actividades y reforzadores disponibles para el individuo.

Para reforzar el tratamiento individual es preciso un grupo de apoyo al respecto, Sierra, Buela, Casal y Ambrosio (2001), indican que esta estrategia se origino en los Estados Unidos, y han mostrado su efectividad, permitiendo la implementación de técnicas psicológicas e incluso controlar ciertos eventos que tengan lugar fuera y dentro del grupo; de ahí la utilidad de combinar la formación de una o varios especialistas. Por lo que, durante cada sesión de la presente Practica Profesional se permitió la participación de cada uno de los que formaban parte del grupo interdisciplinario, permitiendo la cohesión de grupo, y el esfuerzo social que se aplicó sobre las conductas adaptativas fortaleció la adherencia a los cambios efectuados.

Por último, se debe de abordar la prevención de recaídas, las personas que han sufrido un trastorno alimentario, no puede asegurarse que una vez que se haya finalizado el tratamiento se encuentren totalmente “curadas” en el sentido total de la palabra. Posiblemente toda su vida serán personas sensibles a la ingesta de determinadas tipos de comida y a la preocupación por la figura. Pero esto no significa que puedan tener una vida plena ni que implique padecer de nuevo el trastorno. De todas maneras, es necesario ser conscientes de ello puesto que ante una situación estresante puedan sentirse tentadas a recurrir a las antiguas conductas problemáticas (Raich, 2002). De esta manera se concuerda con la autora, y se le dio seguimiento un mes después del haber terminado el proceso

terapéutico, a cada una de las pacientes para fortalecer a nivel emocional y conductual los logros obtenidos.

Se puede concluir que TCA vienen a ser un problema serio. La anorexia y bulimia nerviosa pueden causar enfermedades médicas peligrosas, incluyendo la muerte. La depresión y otros síndromes coexisten frecuentemente con un trastorno de la conducta alimentaria. En la actualidad, el enfoque de la terapia cognitivo-conductual ambulatorio es el más eficaz desde un tratamiento multidisciplinario.

## 5.2 Conclusiones

A partir de la realización de la práctica profesional en el Centro de Salud San Vicente de Paúl, se llega a las siguientes conclusiones con respecto a los trastornos de alimentación:

- La aplicación del programa fue muy importante tanto a nivel personal como profesional ya que permitió implementar los conocimientos adquiridos, interactuando y brindando los servicios profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud, para mejorar la calidad de vida de la consultantes brindándoles herramientas y estrategias.
- Ante los trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia, éstos amenazan la salud, e incluso la vida de los adolescentes por lo que se hace necesario Ante los trastornos alimentarios como son: la anorexia y bulimia, éstos amenazan la salud, e incluso la vida de los adolescentes por lo que se hace necesario, por lo, que se debe realizar la intervención desde la atención primaria, que ha de ser conjunto con especialistas en psicología, colaborando con el terapeuta en la consecución de los distintos objetivos de tratamiento según el diagnóstico y la gravedad en cada caso. Al inicio del tratamiento, se ayuda al paciente a intentar



controlar los episodios de conductas alimentarias anómalas, detectar las situaciones de riesgo por las que es aconsejable una remisión urgente al nivel especializado, y durante el seguimiento puede detectar de forma precoz las recaídas.

- La atención primaria el tratamiento de los trastornos de alimentación, que ha de ser conjunto con especialistas en psicología, colaborando con él en la consecución de los distintos objetivos de tratamiento según el diagnóstico y la gravedad en cada caso. Al inicio del tratamiento, se ayuda al paciente a intentar controlar los episodios de conductas alimentarias anómalas, detectar las situaciones de riesgo por las que es aconsejable una remisión urgente al nivel especializado, y durante el seguimiento puede detectar de forma precoz las recaídas.
- El tratamiento debe ser adaptado para cada individuo, tomando en cuenta las características del paciente las diferentes técnicas a utilizar, recursos internos y externos ya que de esto dependerá el éxito de la terapia.
- Realizar campañas de promoción y prevención, tanto para las y los adolescentes como para sus familiares, para informar acerca de los síntomas y consecuencias que estos trastornos pueden generar, esto ya que muchas veces sus familiares por falta de conocimiento, no le dan la

importancia ni la atención requerida a tiempo por lo que los síntomas se agravan.

- La influencia de la moda, es un determinante para la adquisición de los trastornos, alimentarios, a través de los medios de comunicación, los cuales llevan mensajes acerca de lo que constituye ser una persona atractiva y de éxito, especialmente dirigido a chicas. La belleza física está asociada al éxito profesional y social, y como se perjudican física y emocional a las jóvenes que no cumplen con los estándares requeridos, por lo que se hace necesario construir una autoestima elevada y seguridad en sí mismo, para que esa influencia no cause daños irreparables en los y las adolescentes.
- Utilizar la estrategia de los medios de comunicación, para transmitir a la población adolescentes temas en los cuales ellos se interesen y que puedan ayudar a elevar su autoestima, mantener hábitos saludables e incentivarlos a vivir una vida plena, ofreciendo herramientas para resolver los conflictos de la vida diaria con responsabilidad y una buena salud.
- Frecuentemente la persona que padece de un trastorno alimentario no puede salir del problema sólo, ya que el padecimiento es sumamente complejo, por lo que se hace necesario brindar la ayuda profesional

inmediata con empatía y lograr una alianza muy fuerte para que las pacientes puedan sentirse apoyadas, entendidas por alguien que no las va a juzgar y que más bien encuentran un apoyo incondicional.

- La persona que sufre un trastorno alimentario, no lo percibe como un problema, por lo general son otras personas las que buscan la ayuda y no por ellas mismas, ya que no lo consideran suficientemente severo como para necesitar ayuda profesional.
- Los pacientes mantienen el problema alimentario en secreto, por miedo o culpa especialmente las que padecen bulimia.
- Es necesario establecer estilos de vida saludables en las familiar, ya que se determino que la mayoría las jóvenes no contaban con una buena alimentación, esto debido a que toda la familia no mantenían buenos hábitos alimentarios.
- Otro punto importante, es la necesidad de que haya una alianza entre padres y educadores, para que puedan estar alerta en cuanto al comportamiento de los estudiantes en cuantos éstos pueden perjudicar la calidad de vida de los jóvenes. Para ello es importante la participación activa de los orientadores, profesores guías y psicólogos.
- Es imprescindible que los padres tengan una buena relación con sus hijos adolescentes a pesar de las dificultades que esa etapa conlleva; con el

objetivo de notar los cambios negativos que ellas puedan tener como es el caso de los trastornos alimentarios.

- En cuanto al tratamiento cognitivo conductual, fue necesario elaborar un programa específico, en el cual se involucro a profesionales de la salud como fueron médicos, psicólogas, ginecólogas y nutricionista, esto con el fin de abordar las diferentes particularidades de estos desórdenes creando así equipos interdisciplinarios que se dediquen a tratar eficazmente a las pacientes.

### 5.3 Recomendaciones

En el siguiente apartado se brindan algunas recomendaciones como resultado de la presente práctica supervisada:

- Mantener un programa efectivo en el Hospital San Vicente de Paúl, para tratar los trastornos de la alimentación, y brindar una mejor ayuda a todas aquellas pacientes que lo necesitan.
- Se hace necesario mantener el equipo profesional interdisciplinario que ha venido trabajando hasta el momento, ya que los procesos de intervención fueron más rápidos y eficaces.
- De igual forma es necesario que la Oficina de Psicología, del Hospital San Vicente de Paúl, se extienda más allá de la Clínica del Adolescentes, para dar el servicio a todas aquellas personas que lo necesiten ya que la atención va dirigida a niños y adolescentes hasta los 17 años y medio, quedando por fuera todas aquellas personas que no cuente con la edad requerida.
- Se hace necesario que la Oficina de Psicología, se involucre en otras áreas del centro hospitalario como son: ginecología, obstetricia, cardiología, entre otras, dándose a conocer como un ente activo y generar cambios en los pacientes que necesitan ayuda en condición de

enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, adherencia al tratamiento, entre otras.

- Es importante que los especialistas en nutrición se informen y se relacionen con profundidad con lo que respecta a los desórdenes alimentarios, ya que se encontró que algunos de los especialistas se limitan a mandar una dieta escueta a las pacientes, simplemente ponen como diagnóstico baja de peso, sin indagar más allá, lo anterior, se determinó durante el proceso de revisión de los expedientes de las pacientes se encontraba la dieta establecida por el profesional, y un diagnóstico a tiempo puede ayudar a las pacientes a tener una pronta recuperación.
- Independientemente de la edad, es imprescindible que las familias estén enteradas de la situación o condición de las pacientes, ya que son un recurso muy importante y una ayuda para la terapia permitiendo así que la condición de las mejoren.
- Se debe de continuar con el grupo de apoyo, tanto de padres de familia como adolescentes que tengan un trastorno de alimentación, ya que fue un recurso que ayudo a muchos y que puede seguir ayudando en la recuperación.

- Involucrar a más especialistas en el proceso como: ginecología para las adolescentes, gastroenterólogos, entre otros, profesionales de la salud.
- Dar talleres de pareja a los padres, para que surja la necesidad en el grupo de mejorar la relación, y por ende, el trato con sus hijas.
- Dar terapia de familia para una intervención más integral.
- Involucrar a las jóvenes activamente en la comunidad, con el objetivo que pongan en práctica todas sus habilidades y potencialidades.
- Destacar la importancia del psicólogo de la salud en los hospitales generales, ya que cuenta con una visión holística con respecto a la salud y la enfermedad.

# Capitolo VI

## Bibliografia



## 6.1. Bibliografía

Aguinaga M; Fernández L.J. y Varo J.R. (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Centro de Salud Mental Ermitagaña , Centro asociado UNED. Tudela.

Agras, W.S (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: N Connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 795-796.

Amigo, I., Fernández, C y Pérez, M (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Editorial Piramide.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* (4 edición) (DSM-IV TR). Barcelona, España: Editorial Masson.

Attie y Brooks-Gunn (1992), citado en Caballo V. Simón, M (2002) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Ediciones Pirámide. España.

Barquero, M (2004). "Un grito en silencio: algunas características presentes en las familias con adolescentes que manifiestan anorexia y bulimia". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social Psicología. Universidad de Costa Rica.

Becoña, E.; Vásquez, y Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo estado actual y perspectivas. En L.A Oblitas y E. Becoña (Eds). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.

Buceta, J (2000). Tratamientos psicológicos de Hábitos y enfermedades. Pag 309-340. En: Buceta J. y Bueno, A.M. *Programa de modificación de conducta para el tratamiento de la anorexia nerviosa* Madrid. España. Ediciones. Pirámides.

Bueno, A.M y Buceta, J.M.(1996). Tratamiento psicológico de comportamiento sedentario. En: J.M. Buceta y Bueno, A.M. *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid. España. Ediciones. Pirámides.

Buela-Casal, Caballo, Sierra (Dir) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud.* Siglo XXI de España Editores S.A

Caballo, V. Simón, M (2002) *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Ediciones Pirámide. España.

Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastorno del médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.

Caja Costarricense del Seguro Social (2007), Departamento de Estadísticas.

Donker, F.J. (1991-a). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. . En: G.

Buela-Casal y V. Caballo (Comps.) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid, España. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Cockerham.W (2002) *Estilos de Vida Saludable*. Madrid España. Editorial Prentice Hall.

Hernández, R (2003) Programa de Calidad de Vida del Sistema de la Universidad de Puerto Rico. Agosto 2003-2004 [http// copmadrid.org/publicaciones/clínica](http://copmadrid.org/publicaciones/clínica).

Engel, G.L. (1977). The need for new medical model. A Challenge for biomedicine .Science.

Gil, R (1998).Introducción a la psicología de la salud. En: Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (2da ed.). México D.F., México: Editorial Thomson.

Godoy, J (1991). Medicina Conductual. En: Caballo (Comp). *Manual de técnicas de terapias y modificación de conducta*. Madrid, España. Siglo Veintiuno de España Editores S.A

Gómez, Eduardo (2000). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos de los pacientes quirúrgicos ante la anestesia general*. sept- diciembre 2000. Recuperado el 12 de julio de 2007, <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

Grajales, M (2007). *Bulimia y anorexia en adolescentes*  
[www.salud7.com.mx/anorexia-bulimia](http://www.salud7.com.mx/anorexia-bulimia).

Labiano, M (2000). Estrategias de Mejoramiento de la Calidad de vida. Pag 301 En: Oblitas (Director) *Psicología de la Salud y la calidad de vida*. México. Editorial Thomson. Segunda edición.

León, Rubio, J.M (2004). *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida*. Fundación de la Universitat Oberta de Catalunya. Primera Edición Septiembre (2004). Editorial UOC. Barcelona España.

León, Rubio, J.M (2004). *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida: Peculiaridades Metodológicas de la Psicología de la Salud*. Fundación de la Universitat

Oberta de Catalunya. Primera Edición Septiembre (2004). Editorial UOC. Barcelona España.

Lewinsohn.P; Gotlib.I;Hautzinger.M, (1997).Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. En: Caballo (1997) *tratamiento conductual de la depresión unipolar*. (vol. 2 pp 494- 495). Siglo XXI de España Editoriales, S.A

Lopategui, E (2000). *Estrés: concepto, causas y control*. Universidad Interamericana. De PR- Metro, Facultad de Educación, Departamento de Educación Física. Puerto Rico sept- diciembre 2000. Recuperado el 15 de abril 2007, [http// scielo.sld.cu/ scielo.php](http://scielo.sld.cu/scielo.php).

Marsellach, G. (2000) La autoestima en niños y adolescentes. <http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos>. Revisado 10 junio 2007.

Matarrazzo (1980). Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. Pag 67 En: Morales C (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidós.

Méndez, F; Olivares, J (2001) *Técnicas de modificación de conducta*. Tercera edición. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid España.

Morales, Ramírez, Ureña, Sevilla, Umaña, y Chaves (2002). Acta pediátrica Costa Rica v.16 n.3 San José 2002 Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes.

Moreno. B; y Ximénez. C (1996).Evaluación de la Calidad de Vida. Pag 1046-1066 En: Buela Casal, Caballo V, Sierra J (1996).*Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. México. Editores Siglo Veintiuno.

Moreno. S; y Villar. S (2002) Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria Pag 268 En: Caballo, V. Simón, M (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Ediciones Pirámide. España.

Morrison,V.,Bennett,P (2008). *Psicología de la Salud*. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Pearson Educación, S.A., Madrid.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (2da ed.). México D.F., México: Editorial Thomson.

Olivares, J y Francisco Xavier Méndez, C (2001).*Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, España. Editorial Biblioteca Nueva. Tercera Edición.

Olivares, J; Alcázar, R y Méndez, X (2000). Características Clínicas y tratamiento de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia-*Pag 92-93 Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. En: Caballo, V (2002).

Organización Mundial de la Salud.(1981).*Evaluación de los programas de salud*  
Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud.(1982) *Evaluación de los programas de salud*  
Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y de comportamiento*. Descripción clínica pautas para el diagnóstico (10.ed.)(CIE-10). Madrid: Meditor.

Papalia, D. Wendkos,S (1996) *Psicología del Desarrollo de la infancia a la Adolescencia*. México. Editorial Mc Graw Hill. Quinta Edición.

Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2000). La evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria- *Pag 211-212. Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. En: Caballo, V (2006).

Pérez Pareja, J, (1990). Evaluación de un Programa de Modificación de conducta: su utilidad en la Prevención Primaria y en Educación para la Salud. Universidad de las Islas Baleares, Mallorca, España.

Peláez Fernández M. Ángeles; Francisco J. Labrador Encinas, Raich Escursell Rosa M Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. University of Toronto, Canada; 2Universidad Complutense de Madrid, España; Universidad Autónoma de Barcelona, España. 2005, Vol. 5, Nº 2, pp. 135-148

Pomerleau, O.F (1982). A Discourse on Behavioral Medicine: Current Status and future Trends. *Journal of Consulting and Psychology*, Pag 1030-1039.

Pomerleau, O.F y Brady J.P.(1979). *Behavioral Medicine* (XII). Baltimore: Williams and Wilkins.

Raich, R. (2002). Anorexia y Bulimia Nerviosa. Pag 303-326 En: Severa M. (2002). *Intervenciones en los Trastornos del Comportamiento Infantil*. Barcelona, España. Editorial Pirámide.

Rodin .J y Stone G.C (1987) Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. Pag 68-70 En: Morales C 1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Argentina: Paidós.



Roldán, J (2001): "*Manual Cognitivo Conductual Emocional Familiar en Anorexia Nerviosa dirigido a Terapeutas*". Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología. Universidad de Costa Rica.

Roth, E. (1990), Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22 pag 27-50.

Sacker (2000). *Desórdenes alimentarios*. [aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html](http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html)  
Revisado el 23-3-07.

Sampieri, R; Fernández, C y Baptista, P. (2003) Metodología de la Investigación: *El proceso de investigación y los enfoques cuantitativos y cualitativos hacia un modelo integral*. Tercera Edición. Editorial Mc Graw Hill.

Schwartz G.E y Weiss, S.M (1978). Behavioral Medicine revisited: An amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*, Pag 249-25.

Stone (1991), Delimitación conceptual de la psicología de la Salud. Pg 67-90

En: Gil R.(2004). *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España: Psicología Pirámide

Severa Barceló, M (2002) *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*\_Madrid. Primera Edición Editorial Pirámide.

Sierra, J; Buela, G y Ambrosio (2001). Manual de evaluación y tratamientos psicológicos-Pag 571-596 En: Buela, G y Sierra, J (2001).*Evaluación y tratamiento de trastornos alimentarios*. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva, S L.

Valerio, F (2002): “Propuesta de un Manual Cognitivo- Conductual Emocional Familiar dirigido a terapeutas para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología. Universidad de Costa Rica.

Williamson D.; Rabalais J. y Bentz. B, (1996) Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. Pag: 241-258 En: Caballo V. (1996).*Trastorno de la Alimentación*. (Primera edición). (vol. 2 pp 243). Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Yasuko, B (2006). Calidad de Vida en Culiacán condiciones objetivas, capacidad y Bienestar Subjetivos\_Primera edición México. Editorial Fontamara.

[WWW.aula21.net/Nurtriweb/anorexia.hmt](http://WWW.aula21.net/Nurtriweb/anorexia.hmt) revisado el 23-3-07

[www.hospital.heredia.sa.cr](http://www.hospital.heredia.sa.cr).

Méndez, F; Olivares, J (2001) *Técnicas de modificación de conducta*. Tercera edición. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid España.

Marsellach, G. (2000) La autoestima en niños y adolescentes.

<http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos>. Revisado 10 junio 2007.

Actualizado y revisado por: Barbara P. Homeier, MD Fecha de revisión: noviembre de 2004. Revisado originalmente por: Sandra G. Hassink, MD revisado el 23-3-07.

Moreno, S; Villar, S (2002). Características Clínicas y tratamiento de la conducta alimentaria Pag: 268-275. En: Caballo, V y Simón, M (2002) *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente trastorno general*. Ediciones Pirámide.

# Capítulo VII

## Anexos

# Anexo 1

**Entrevista conductual para determinar un trastorno de la conducta alimentaria**

**A. Información demográfica/ Familia, estado civil y empleo.**

Fecha \_\_\_\_\_

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Apellidos: \_\_\_\_\_
3. Edad: \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
5. Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
6. Numero telefónico: \_\_\_\_\_
7. Nivel educativo : \_\_\_\_\_
8. Lugar de estudio \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene hermanos, cuantos? \_\_\_\_\_
10. Nombre de la madre \_\_\_\_\_
11. Nombre del padre \_\_\_\_\_
12. Lugar de trabajo de la madre \_\_\_\_\_
13. Lugar de trabajo del padre \_\_\_\_\_

**Motivo de consulta:**

**Referido por:**

**B. Estado de salud y problemas médicos:**

---

¿Indicar si padece alguna enfermedad, como asma, gastritis, colitis, cefaleas, entre otras?

¿Cómo evoluciono el trastorno?

¿Cuándo ocurrió el problema por primera vez?

¿Qué paso entonces y cual fue la causa de que apareciera?

¿Existen en la familia personas con ese trastorno?

¿Utiliza algún tipo de medicamento?

¿Tiene algún tipo de efectos? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas hace al día? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los alimentos que consume con más frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_

¿Has tenido momentos en que creas que la vida no tiene sentido para usted?

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez te has hecho algún daño físico? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Le has contado alguien al respecto?

### **C. Antecedentes de enfermedades.**

¿Existe en su familia personas con obesidad o algún tipo de enfermedad?

¿Existen en su familia antecedentes psiquiátricos?

**C. Habilidades, Intereses y Reforzadores potenciales:**

¿Practica actividad física? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

¿Que te gusta hacer? \_\_\_\_\_

¿Describase físicamente? \_\_\_\_\_

¿Que aspectos físicos le gustaría cambiar si pudiera? \_\_\_\_\_

**Relaciones y redes de apoyo**

¿ Con cual de sus parientes se lleva mejor?

**D. Valoración y Validez de la información reportada:**

**E. Descripción física y observaciones durante la entrevista.**

**II. Problemas que presenta:**

**A Priorizaciones de los problemas que presenta:**

**B. Metas del cliente para cada problema.**

**III. Valoración y análisis**



Anexo 1

ESCALA DE SATISFACCION DE AREAS CORPORALES

(Cash,1990)

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

Edad: \_\_\_\_\_

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

Usa esta escala de 1 a 5 para indicar como estas satisfecho(a) con cada una de la siguientes áreas de tu cuerpo				
1	2	3	4	5
Muy insatisfecho(a)	Bastante insatisfecho(a)	Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a)	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
	1. Cara( rasgos faciales y estructurales)			
	2. Cabello(color, espesor, textura)			
	3. Parte del cuerpo inferior a la cintura(nalgas, caderas, muslo, piernas, tobillos, pies)			
	4. Cintura y estomago			
	5. Tórax			
	6. Pecho			
	7. Hombros y brazos			
	8. Tono muscular			
	9. Peso			
	10. Altura			
	11. Apariencia general			
	12. Algun otro aspecto o forma desagradable de tu cuerpo . Especifica _____			

# Anexo 2

Anexo2

Registro de comportamiento alimentario

(Raich,1997)

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

Edad: \_\_\_\_\_

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

Día	Observador	Lugar
Hora de inicio	Hora final	Duración
Comportamiento en la comida(A,B,C,D)		
Sola o acompañada		
Respuesta del padre		
Respuesta de la madre		
Respuesta de los hermanos		

A: reparte la comida por el plato

B: retira su plato con la mayor parte de la comida

C: come todo el contenido del plato.

D: no ingiere alimento

# Anexo 3

Licda: Jacqueline Ávila Zamora.  
Hospital San Vicente de Paúl.  
Departamento de Psicología.

---

**Patrón de conducta regular:**

---

5 comidas diarias, desayuno ligero, merienda, comida, merienda y cena	Comer siempre sentada, en el mismo sitio, a las mismas horas, sin hacer otra cosa más que comer.
Si le siente el estomago hinchado y desea vomitar o hacer ejercicio	Debe relajarse, hablar por teléfono con una amiga o mejor salir ,bañarse , o imaginar escenas agradables.

---

Anexo 3

Inventario de los desordenes del apetito

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

Edad: \_\_\_\_\_

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

Este inventario contiene algunas preguntas que tienen que ver con la comida y los hábitos de la misma, así como otras preguntas relacionadas con sentimientos percepciones sobre usted misma.

Lea cada pregunta y marque con una X bajo la respuesta que le describe mejor a usted. Por favor conteste todas las preguntas cuidadosamente y evite saltarse alguna de ellas.

	1	2	3	4	5	6
1. siempre						
2.usualmente						
3.a menudo						
4.algunas veces	1	2	3	4	5	6
5.rara vez						
6. nunca						
1. Como dulces y carbohidratos sin sentirme nervioso(a)						
2. Pienso que mi abdomen es muy grande						
3. Quisiera volver a aquellos momentos de mi vida en que me sentía segura						
4. Cuando estoy tensa(O) o ansiosa(o), me da por comer						
5. Estando sola me doy grandes comidas						
6. Me gustaría ser más joven						
7. Pienso en hacer dieta						
8.Me asusto cuando estoy muy alegre o eufórica(o) y me doy cuenta de ello						
9.Pienso que mis muslos son muy grandes						
10. Me siento como una persona que no alcanza lo que se propone						

Licda: Jacqueline Ávila Zamora.  
Hospital San Vicente de Paúl.  
Departamento de Psicología.

---

### Modelo de autorregistro alimentario.

Fecha hora	6/9/007	A	Contexto	CC	Pensamiento
9:00	Té con leche descremada y sacarina		En la cocina, antes de ir al colegio. Tengo sueño y desganada		No se hoy daré la talla
12:00	Arroz, frijoles carne, y ensalada.	X	En la soda del cole, estaba nerviosa, han hablado del examen	V	Lo he vuelto a estropear todo otra vez, he empezado bien el ¡maldito examen!

A= Atracón, CC=conductas compensatorias: V(si hubo vómito) L.(laxantes, con un numero que reflejara la dosis) D.(diuréticos, también se indicara la dosis), N.(enema) o P.(pastillas adelgazantes, dosis).

# Anexo 4



¿Que anorexia?

*Es un trastorno alimenticio caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la persona.*

### Trastornos físicos de la anorexia:

Pérdida importante de peso. Vértigo y dolor de cabeza. - Amenorrea. Insomnio. Anemia, afectación del sistema inmunitario. Deshidratación. Vasoconstricción periférica, hipotensión, bradicardia, arritmias. Daños renales y hepáticos. Problemas digestivos: disfagia, náuseas, vómito



### Trastornos emocionales de la Anorexia.

Pánico a engordar. Miedo intenso a convertirse en obesa, que no disminuye al perder peso. - Estados depresivos. - Negación de la enfermedad. - Dificultad

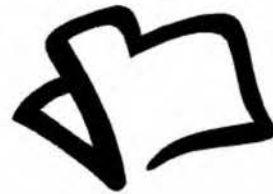


## Importancia del tratamiento

psicoterapia individual  
o en grupos  
Medidas dietéticas  
Tratamiento farmacológico  
El mejor tratamiento es la farmacoterapia y la psicoterapia, dentro de un programa de modificación de la conducta

Por qué ha aumentado el número de casos en los últimos años?, ¿Cuáles son las causas sobre las que podríamos actuar

Las respuestas son difíciles y podrían ser múltiples. Los detonantes



del aumento de la anorexia y la bulimia nerviosas entre las jóvenes, sobre todo entre las chicas, son múltiples, pero los especialistas creen que las

causas principales de este incremento son:

El excesivo culto al cuerpo y la definición del éxito femenino basada en unas medidas concretas.

Oficina de Psicología

## Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo son las que si se hacen con una cierta regularidad pueden acabar con la aparición de una anorexia o bulimia nerviosa. Si se observan algunos de estos conductas en algún familiar o compañero hay que advertirle del riesgo de sufrir anorexia o bulimia.



¡Se feliz vive la Vida!



# La Nutrición del Adolescente

Sócrates Antonio Orozco Constantini  
Licenciado en Nutrición Humana  
Jefe del Servicio de Nutrición  
Hospital San Vicente de Paúl

La mayoría de los adolescentes son interesados en la nutrición porque quieren la belleza o mejorar su forma atlética. Algunos están preocupados por la salud, pero ¡seamos realistas! La mayoría de nosotros no pensamos que vayamos a enfermarnos. Eso es para los viejos, ¿verdad? Así, vayámonos a lo que venimos.

Peso. Las chicas quieren bajar de peso, mientras los chicos usualmente quieren fortalecerse los músculos y crecer de altura. Es posible que el espejo (o sus amigos) no sea la mejor manera de justificar cuanto debe pesar. Las chicas naturalmente llevan más grasa mientras se crecen. De hecho, si una chica no tiene por lo menos 17 % de grasa corporal, no tendrá períodos normales. Sueña bien, pero no es sano para su cuerpo. Para los adolescentes, "ponerse en régimen" es una frase demasiado común.

*Debe comer mejor y ser activo, pero la restricción obsesiva de comida es malsana para su cerebro, músculos y huesos.*

En contraste, los chicos quieren ser más alto y fuerte. Otra vez, la naturaleza no coopera siempre. Chicos empiezan a crecer rápidamente dos años más tarde que chicas, y algunos a la edad de 14 o 15. Esto causa frustración porque los chicos desarrollan su masa de músculo el año después de alcanzar su altura máxima, lo que puede ser a la edad 20.

*Puede parecerse como la eternidad, pero consumiendo muchos alimentos rápidos y bebidas altas en proteína no aceleran las leyes de Naturaleza. Los chicos que comen demasiado aprenden malas costumbres que contribuyen a la obesidad más tarde en la vida. También, el exceso de proteína puede dañar los riñones.*

La meta verdadera es un peso sano. Su peso sano es lo que pesa cuando coma una variedad de alimentos saludables y sea activo todos los días.

Demasiado adolescentes son tan inactivos que se pasan el día sentado en el sofá. Si usted se sienta por más de dos horas delante de la tele o de la computadora, es posible que sea en mala forma sino gordo. La meta verdadera es ser en forma, no solamente ser delgado.

Entonces, ¿qué es la solución? ¡Comer bien y ser activo! Esto es verdad si usted sea atleta famoso o sea caminante sin rumbo fijo. La única diferencia es la cantidad que come.

Primero, cuente cada bebida. Esto puede parecer pesado, pero los refrescos y el alcohol no ayudan a nadie. Los huesos de adolescentes están desarrollando más rápida ahora que antes. La densidad de hueso que desarrollan durante los años adolescentes les protegerá de la pérdida de hueso a una edad avanzada. Necesitan a lo menos 3-4 tazas de leche desnatada o baja en grasa por día. También, necesitan beber 4 tazas más de agua o de jugo para conseguir bastante fluido para que sus cuerpos puedan funcionar bien.

Deben beber 2 tazas adicionales de agua antes de un evento atlético, y otras 4 onzas cada media hora mientras hacen ejercicios. Durante los días calientes, necesitarán beber aún más. Si no beben bastante fluido, pueden tumbarse en el campo en vez de jugar.

Segundo, coma por lo menos 5 porciones de frutas y vegetales. Frutas y vegetales son buenos fuentes de vitaminas, minerales y fibra y son bajos en calorías. La gente que come más de los vegetales y las frutas queda lo más sano. Una porción es solamente el tamaño de la palma de una chica, o su puño si es una pieza de fruta o una patata—en realidad, no es mucho.

Tercero, coma más cereales y granos enteros. Según su tamaño, necesita 6-11 porciones por día. Las mejores opciones son los cereales, pan y pasta ricos en fibra y granos enteros. Otra vez, la palma de una chica es más o menos el tamaño de una porción. Coma bastante proteína pero no demasiado. La mayoría de nosotros come demasiado proteína.

Eso no significa que debe hacerse vegetariano, pero trate de consumir porciones más pequeñas de carne, pescado y pollo. Llénese de esos vegetales y granos.

Cuarto, no come mucho los alimentos con poco valor nutritivo. Usted sabe de éstos-- dulces, patatas fritas, postres... Haga que los alimentos rápidos son para eventos especiales en vez de para cada día.

Cuando come fuera de casa, pida el pollo asado, patatas al horno, burritos de frijoles, sopas de caldo, ensaladas, leche y jugo de naranja.



## **Alimentación contra Depresiones**

**Sócrates Antonio Orozco Constantini  
Licenciado en Nutrición Humana  
Jefe del Servicio de Nutrición  
Hospital San Vicente de Paúl de Heredia**

**Todos sufrimos en algún momento depresiones ocasionales, que quizás no sean tan graves para ser tratadas con medicamentos, pero una buena alimentación ayuda a combatirlas.**

**El zinc aparentemente ayuda a atacar los estados depresivos, por eso si se come bastantes frutas y los vegetales frescos, estarás obteniendo este importante mineral para que químicamente tu cuerpo no te provoque una fea depresión. Sin embargo, el alimento más rico en zinc es el marisco denominado ostra.**

**Por otro lado, el trigo en sus distintas presentaciones tiene un alto contenido de niacina y pridoxina, sustancias que también son requeridas para las reacciones biológicas que evitan la depresión. Estas sustancias y otras igual de fundamentales se pueden encontrar en el hígado, los frijoles, y las almendras.**

**De igual forma, los azúcares, los cereales, las pastas, y los panes juegan un papel clave en la lucha contra el desorden depresivo, pues estos aumentan el nivel de carbohidratos que hay en el organismo, y entonces aportan mucha energía.**

**Otro elemento que debe abundar en el cuerpo humano para que esté protegido contra la depresión es el hierro. Para obtenerlo hay que comer carne de cerdo, de pollo, o de ternera, las espinacas, los mariscos, los huevos, el hígado y los riñones.**

**No podemos olvidar el magnesio, el cual resulta ser de vital importancia para contrarrestar las depresiones. Este mineral lo encontramos en los pescados en general y en las verduras frescas, por lo que es recomendable que estos alimentos sean incluidos en nuestra dieta.**

**Ahora bien, si aún después de seguir estos consejos al pie de la letra, la condición depresiva continúa se debe acudir al médico inmediatamente, pues esto indica que la depresión tiene otros orígenes.**

**Aún cuando la alimentación es un factor influyente que puede provocar depresión o más bien eliminarla, también es cierto que muchas veces las depresiones son un síntoma de desequilibrios emocionales o producto de ciertas condiciones ambientales o incluso genéticas. En tales casos, sólo la ayuda de un experto en la materia puede ayudar.**

**Sin embargo, tener una alimentación sana y conocer aquellos alimentos que nos ayuden a combatir enfermedades y otras afecciones es siempre útil, ya que si mantenemos un buen régimen alimenticio las posibilidades de contraer alguna enfermedad se reducen.**



# Anexo 5



Anexo 5

Cuestionario de pensamientos automáticos de la imagen corporal

(Cash y otros, 1990)

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

Edad: \_\_\_\_\_

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

La lista siguiente es una serie de pensamientos sobre la apariencia personal que a veces pasan por la cabeza en determinadas situaciones. Por favor, lea cada pensamiento e indique con qué frecuencia, si es el caso, tuvo el pensamiento en la última semana. Por favor lea cada ítem atentamente y rellene el espacio correspondiente usando la siguiente escala como guía

1	2	3	4	5	6
Nunca	Ocasionalmente	Moderadamente	Con Frecuencia	A menudo	Muy a menudo

Pensamientos negativos

- \_\_\_\_\_ 1. Siempre pienso en mi apariencia
- \_\_\_\_\_ 2. Me siento incapaz de cambiar mi apariencia
- \_\_\_\_\_ 3. Mi Vida es un desastre debido a mi apariencia
- \_\_\_\_\_ 4. Mi apariencia me hace ser un don nadie
- \_\_\_\_\_ 5. Mi aspecto no es lo suficiente bueno para estar aqui
- \_\_\_\_\_ 6. Porque nunca tengo esta apariencia
- \_\_\_\_\_ 7. Es injusto que tenga esta apariencia
- \_\_\_\_\_ 8. Con este aspecto nadie se va a enamorar de mi
- \_\_\_\_\_ 9. Me gustaría haber sido más guapa(o)
- \_\_\_\_\_ 10. Puedo decir que otras personas piensan que no soy atractivo(a)
- \_\_\_\_\_ 11. Dado pesar peso
- \_\_\_\_\_ 12. Los demás piensan que parezco gordo(a)
- \_\_\_\_\_ 13. Se ríen de mi aspecto
- \_\_\_\_\_ 14. Quizás podría parecerme a él (ella)
- \_\_\_\_\_ 15. No soy atractivo (a)





**Registro de pensamientos en relación con la imagen corporal.**

<i>Situación</i>	<i>Pensamiento / Imagen</i>	<i>Emociones (0-10)</i>
<b>Me he probado unos pantalones del verano pasado y se me ven muy estrechos.</b>	El pantalón no se ha encogido porque no estaba recién lavado, por lo tanto significa que he engordado, bueno en realidad eso no es una novedad, esto no es novedad, no hay más que verme en el espejo.	<b>Depresión (9)</b> Me pongo a llorar en mi cuarto, me he probado varias cosas más, pero nada cambia como lo mal que me siento.

# Anexo 6

Licda. Jacqueline Ávila Zamora.  
 Hospital San Vicente de Paúl.  
 Departamento de Psicología

---

**Lista de problemas más frecuentes  
 y escala para que el sujeto los valore.**

<b>Problemas potenciales en áreas relevantes</b>	<b>Grado en que me afectan</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Salud</b>					
Tengo problemas alimenticios					
Estoy descontento con mi cuerpo					
Me preocupa mi salud					
<b>Colegio</b>					
Mi colegio me resulta aburrido					
Me llevo mal con mis compañeros					
Estoy descontento con mis notas					
<b>Relaciones sociales</b>					
Me gustaría salir más con mis amigos.					
Cero que soy muy tímida y aburrida.					
Mis amigos no me toman en cuentan					
<b>Familia</b>					
Me siento rechazada por mi familia					
Me llevo mal con mis hermanos					
Discuto con mis padres					
<b>Psicológico</b>					
Problemas de agresividad					
Me siento deprimida					
Me siento nerviosa					

**Técnica de Resolución de Problemas.**

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Ejemplos</b>
1.orientación del problema	Desarrollar una actitud facilitadora en el sujeto a la hora de enfrentarse con el problema.	¿Qué actitud he de tener ante los problemas? -Soy capaz de resolverlos eficazmente. -tengo que reconocerlos y no evitarlos. - no me voy a precipitar al dar una respuesta.
2. Formulación y definición del problema	Definir el problema operativamente y planear metas realistas.	¿Cuál es el problema?
3. Generación de alternativas	Proponer una variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema	¿Qué puedo hacer para solucionarlo? - - -
4. Toma de decisiones	Valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar las que pueden resolver mejor la situación	¿Qué consecuencias negativas y positivas me puede traer cada alternativa? ¿Cuál voy a elegir? - comer saludablemente _planear actividades con mis amigas.
5. Ejecución y verificación de resultados.	Poner en practica las decisiones tomadas y comprobar los resultados	Llevo a cabo estas alternativas y observo mi solucionamos el problema.



# Anexo 7

## **Entrenamiento en relajación de Wolpe**

La relajación se ha utilizado como respuesta incompatible a la ansiedad.

Las posibilidades de llevar a cabo la relajación son variadas. En el procedimiento de la DS aplicado por Wolpe (1979) se propone una adaptación del entrenamiento de relajación de Jacobson (1938). Este entrenamiento comprende seis sesiones, en las que se enseña a relajar los grupos musculares de las siguientes zonas del cuerpo: extremidades superiores (manos, antebrazos, brazos), cabeza (frente, ojos, nariz, labios, dientes y lengua), cuello (región anterior región posterior), hombros tronco (espalda, abdomen, tórax), extremidades inferiores (pies, piernas y muslos).



**Ejercicios de tensión para cada uno de los grupos musculares del entrenamiento de relajación progresiva.**

	Orden	Grupos musculares	Ejercicio de tensión
<b>Extremidades superiores</b>	1º	MANO, Y ANTEBRAZO DOMINANTE	Apretar el puño dominante
	2º	Brazo dominante	Apretar codo dominante contra el brazo de sillón
	3º	Mano ,y Antebrazo no dominante	Apretar el puño no dominante.
	4º	Brazo no dominante	Apretar codo no dominante contra el brazo de sillón
<b>Cabeza y cuello</b>	5º	Frente	Levantar las cejas
	6º	Ojos y nariz	Apretar los parpados y arrugar la nariz
	7º	boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
	8º	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque (tira y afloja ).
<b>Tronco</b>	9º	Hombro, pecho y espalda	Echar los hombros hacia atrás intentando que se toquen los omoplatos.
	10º	Estomago	Encoger el estomago como preparándose para recibir un golpe en el.

<b>Extremidades inferiores</b>	11°	Muslo dominante	Apretar el muslo dominante contra el sillón.
	12°	Pierna dominante	Doblar dedos pie dominante hacia arriba.
	13°	Pie dominante	Doblar dedos pie dominante hacia adentro y curvar el pie.
	14°	Muslo no dominante	Apretar el muslo no dominante contra el sillón
	15°	Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba.
	16°	Pie no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia adentro para curvar el pie.

1. A partir de este programa se introducen las instrucciones “inspire profundamente y contenga la respiración “durante la tensión “suelte el aire y respire despacio y rítmicamente” durante la relajación.
2. Los músculos de los pies no se deben tensar más de cinco segundos para evitar la aparición de calambres musculares.



***Inventario de indicadores de tensión y ansiedad.***

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

A continuación encontrará una serie de conductas que son indicadores de que nuestro organismo se encuentra en un estado de ansiedad. Para poder cómo respondemos ante una situación estresante marque con una x en el recuadro correspondiente al SI para aquellas conductas que usted experimenta cuando siente que “se esta poniendo nervioso” en el caso que no las perciba estando en ese estado, marque la casilla al No.

<b>1</b>	Indique la parte de su cuerpo dónde siente la tensión:	si	no
	.Frente		
	.La cara		
	.La cabeza		
	.Los hombros		
	.La nuca		
	.La espalda		
	.El pecho		
	.Estomago		
	.Otras partes del cuerpo (especifique)		
<b>2</b>	Su corazón late más de prisa y más fuerte de lo habitual		
<b>3</b>	.Le tiemblan:		
	.Las piernas		
	.Las manos		
	.Otras partes del cuerpo (especifique)		
<b>4</b>	siente espasmos o calambres en alguna zona de su cuerpo		
<b>5</b>	siente náuseas en el estómago		
<b>6</b>	siente dolor de estómago		
<b>7</b>	siente dolor en el pecho		
<b>8</b>	su respiración se vuelve entrecortada, agitada o suspira		
<b>9</b>	tiene algún tic		
<b>10</b>	se rasca alguna parte del cuerpo (especifique)		
<b>11</b>	se muerde las uñas		
<b>12</b>	le rechinan los dientes		
<b>13</b>	tiene problemas de lenguaje		
	.repite las palabras	si	no
	.tartamudea al hablar		
	.voz temblorosa		

Licda: Jacqueline Ávila Zamora.  
Hospital: San Vicente de Paúl  
Departamento de Psicología

---

.Habla más de prisa de lo normal
14 experimenta sudoración en alguna parte de su cuerpo (especifique donde)
15 realiza otras conductas cuando se encuentra nerviosa (especifique cuales)

---

- Identifica situaciones que te llevan a comer en exceso, o a consumir productos que no querías comer y aquellas autoverbalizaciones o pensamientos negativos que hayas observado que te dices a ti mismo(a) con más frecuencia

<i>Situación</i>	<i>Conducta</i>	<i>Pensamientos y sentimientos</i>

# Anexo 8



### "Mi espejo mágico"

- oHago bisutería bonita.
- oMe gusta mi altura.
- oMe gusta mi pelo
- oMe gusta mis ojos.
- oSoy responsable.
- oNo me burlo de los demás



### "Mi espejo mágico"

- Soy delgada.
- Me gusta mucho patinar.
- Soy puntual.
- Me gusta mi cuerpo.
- Tengo un carácter muy fuerte.
- Me gusta compartir.



### "Mi espejo mágico"

- Me gusta bailar.
- Me gustan mis ojos y mi cabello.
- Soy una persona respetuosa
- Me gusta escuchar música.



### "Mi espejo mágico"

- Bailo bien.
- Me gusta mi pelo.
- Me gusta mis ojos.
- Me gusta compartir.
- Me gusta ayudar a los demás.
- Soy responsable y respetuosa.



### Reglas del grupo.

- Confidencialidad.
- Compromiso.
- Respeto.
- Comprensión.
- Tolerancia.
- Solidaridad.

### ¿Que es lo que se espera?

- Mejoría.
- Estabilidad.
- Apoyo.
- Que el grupo sea abierto



# Trastornos Alimentarios

Dr. Esteban Vega Alfaro  
Hospital San Vicente de Paul  
Noviembre 2007

## ¿Qué son?

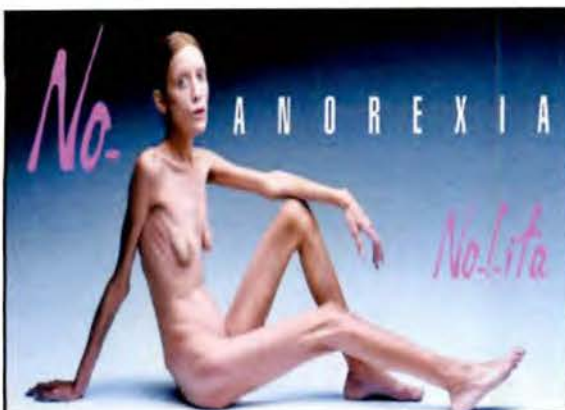
- ▶ Obsesión con la comida y el peso que dañan la salud de la persona.
- ▶ Todos nos preocupamos de algún modo por nuestro peso, el problema es llegar a los extremos.
- ▶ Principales: Anorexia y Bulimia.

## Datos de interés

- ▶ Más de 8,000,000 de personas en los EEUU tienen un trast alimentario.
- ▶ 90% son mujeres
- ▶ Estrato económico variable
- ▶ Generalmente inicia en la adolescencia, pero se han documentado casos de niñas de 8 años.

## ¿Por qué ocurren?

- ▶ No está claro
- ▶ Algunas personas piensan que es una forma de tener el "control".
- ▶ Se piensa puede deberse a estrés generado por la misma sociedad para mantenerse delgados.



## Anorexia

- ▶ Obsesionados con ser delgados.
- ▶ No quieren comer
- ▶ Preocupación excesiva por cuantas calorías consumen
- ▶ Algunos toman pastillas, laxantes y diuréticos.
- ▶ Mucho ejercicio.
- ▶ Se ven "gordos" aunque no lo esten.

## Bulimia

- ▶ Consumen mucha comida en un solo momento, para luego vomitarlo o purgarse para eliminarlo
- ▶ Después de esas “descargas”, generalmente pasan períodos de ayuno o de ejercicio excesivo
- ▶ Uso de pastillas también.
- ▶ Mantienen un peso cerca de lo normal

## ¿Es malo querer ser delgado?

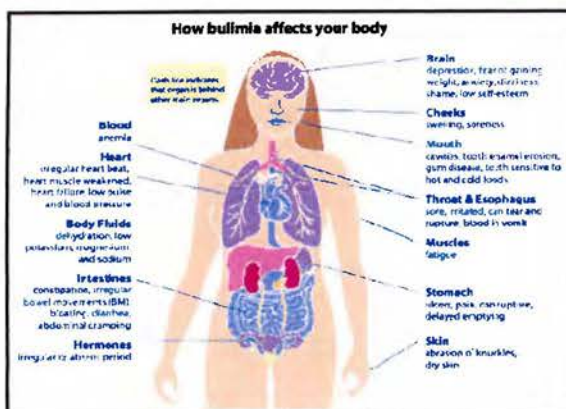
- ▶ Saludable.....
- ▶ .....sin excesos.

## Bulimia

- ▶ Problemas gástricos
- ▶ Problemas cardíacos
- ▶ Problemas renales
- ▶ Problemas dentales
- ▶ Deshidratación

## Efectos de anorexia

- ▶ Problemas gástricos
- ▶ Problemas cardíacos
- ▶ Períodos irregulares o ausentes
- ▶ Vello fino por todo el cuerpo, incluyendo cara
- ▶ Piel seca, escamosa



### Efx ginecológicos

- ▶ Anorexia supresión hipotalámica y amenorrea.
- ▶ Alto riesgo de osteoporosis y fracturas (que NO corrigen con uso de estrógenos y suplementos alimentarios)
- ▶ Bulimia: supresión hipotalámica y oligomenorrea.

### ¿Se pueden tratar?

- ▶ Si
- ▶ Anorexia: es recuperar el peso perdido.
- ▶ Si estas muy bajo pueden internarte y en conjunto con nutricionistas ayudar con los mejores alimentos.
- ▶ Consejería y apoyo familiar.

# Anexo 9

## Trastornos de la alimentación

Hospital San Vicente de Paúl.

Oficina de Psicología.

- Elaborado por: Licda Jacqueline Ávila Z

## Trastornos de los adolescentes.

- La anorexia y la bulimia son los trastornos de alimentación más frecuentes en los adolescentes.
- Se presenta con más frecuencia en mujeres en edades entre los 12 a 25 años siendo estas las épocas de más riesgo.

## Anorexia Nerviosa

- La anorexia nerviosa es el rechazo compulsivo a comer por una distorsión corporal, hay un miedo irracional a ser obeso y por eso no se come.
- Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético.

## Síntomas de emocionales de la anorexia.

- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para la edad y la altura, por ejemplo, mantener el peso en 15 por ciento por debajo de lo esperado.

## Síntomas de emocionales de la anorexia.

- Percepción distorsionada del peso tamaño o figura de su cuerpo.
- Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando tenga bajo peso.
- Negación de la enfermedad. -

## Síntomas de emocionales de la anorexia.

- Dificultad de concentración. -
- Negación de las sensaciones de hambre, cansancio y sueño.



### Síntomas físicos de la anorexia

- Pérdida importante de peso.
- Vértigo y dolor de cabeza.
- Amenorrea (ausencia de la menstruación)
- Insomnio.

### Síntomas físicos de la anorexia

- Daños renales y hepáticos, ( riñones e hígado).
- Problemas digestivos: disfagia, náuseas, vómitos, estreñimiento.

### Síntomas físicos de la anorexia.

- Anemia, afectación del sistema inmunitario.
- Deshidratación.
- Vasoconstricción periférica,
- hipotensión
- bradicardia, arritmias.
- Erosiones dentales.

### Síntomas de inanición

- El rasgo común de éste desorden alimenticio, es intentar como de lugar mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere.
- Periodo de ayuno.
- Conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos.

### Síntomas de inanición

- Ejercicio compulsivo y/o la purgación después de una comida regular.
- En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos periodos de restricción.
- Los anoréxicos son conocidos por comer, "golosinas" particularmente dulces.

### Anorexia nerviosa

- Las personas con anorexia nerviosa, a veces presentan crisis de bulimia intensas seguidas de vómito provocado y de ingestión de laxantes.
- Todo esto desemboca en episodios de diarreas, estreñimientos y dolores abdominales.

### Bulimia Nerviosa

- Consiste en episodios de apetito voraz, alternativos, con ejercicios excesivos, dietas o purgas para contrarrestar los efectos de las comilonas y mantenerse delgada.

### Síntomas de la bulimia

- Episodios recurrentes de atracones de comida.
- Una sensación de pérdida del autodomínio durante los atracones de comida.
- El uso regular de vomito autoinducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno, o ejercicio muy energético para evitar el aumento de peso.

### Síntomas de la bulimia

- Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.
- Preocupación exagerada por la figura y el peso corporal.
- Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.

### Síntomas de la bulimia.

- Antecedentes de dietas frecuentes.
- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas.
- Ideas recurrentes de suicidio.
- Escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente

### Síntomas de la bulimia.

- Comer en secreto o lo más inadvertidas posibles.
- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, la bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione.
- Muchas mujeres con anorexia también desarrollan bulimia.

### Síntomas

- Estos jóvenes procuran comer a solas para que nadie vea que dejan, botan o vomitan los alimentos; rebajan peso, sin causa aparente; se preocupan demasiado por seguir una dieta y leen muchas revistas donde el culto al cuerpo es perfecto.
- Además insisten en que están gordas.



### Factores que influyen en el trastorno de alimentación

- Las respuestas son difíciles y podrían ser múltiples. Los detonantes del aumento de la anorexia y la bulimia nerviosas entre las jóvenes, sobre todo entre las chicas, son múltiples, pero los especialistas creen que las causas principales de este incremento son:

### Factores que influyen en el trastorno de alimentación

- Factores sociales y culturales: el excesivo culto al cuerpo y la definición del éxito femenino basada en unas medidas concretas.
- En el ámbito de la vulnerabilidad personal como: La autoevaluación negativa, perfeccionismo y depresión mayor.

### Factores que influyen en el trastorno de alimentación

- En el ámbito de la vulnerabilidad a la dieta: Miembro de la familia que hace dieta para perder peso, comentarios críticos de la familia sobre la silueta y el peso, perfeccionismo.
- En el ámbito ambiental: Abuso sexual y físico.

### Los factores de riesgo de la bulimia se clasifican:

- En el ámbito de la vulnerabilidad están la depresión mayor, alcoholismo o drogadicción en los padres.
- En el ámbito ambiental: Trastornos psiquiátricos paternos, abuso sexual y físico.
- En el ámbito de la vulnerabilidad a la dieta: Burlas sobre la apariencia, obesidad infantil, y obesidad paterna.

### Factores individuales

- Aunque no puede predecirse quién se verá afectado por esta enfermedad y quién no, hay unos rasgos característicos de las personas que la sufren.
- Problemas para ser autónomo. Algunas personas no son capaces de "funcionar" sin el apoyo de su familia o alguna persona que les sirva de modelo. Así, situaciones como cambios de colegio, de trabajo, de pareja... pueden llevar a una pérdida de autonomía que a veces se compensa mediante un control excesivo de la dieta.

### Factores individuales

- Miedo de madurar. La mayoría de personas desarrollan estos trastornos durante la adolescencia. Esta es una época de numerosos cambios sexuales, físicos, emocionales y de maduración. Durante la adolescencia el pensamiento es abstracto, idealizado y radical y esto implica un temor a convertirse en adultos.



### Factores individuales

- Perfeccionismo y autocontrol. Las personas que sufren trastornos alimenticios piensan que quien no sea perfecto no llegará a ser alguien. Creen que una manera de conseguirlo es tratar con rigidez su cuerpo.

### Factores individuales

- Déficit de autoestima. La autoestima puede definirse como el conjunto de ideas que se tiene sobre uno mismo. Las mujeres presentan con más frecuencia niveles bajos de autoestima, que suelen ir asociados a la aprobación de los demás y la apariencia externa. Esto va ligado al peso y a la figura, es decir a la alimentación .

### Tratamiento

- Tratamiento psicoeducativo: la naturaleza multicausal de los trastornos alimentarios.
- Complicaciones médicas y los efectos de vomitar, uso y abuso de laxantes y diuréticos.
- Consecuencias de hacer dietas.
- Información nutricional: mitos sobre alimentos.

### Tratamiento

- Factores socioculturales y conveniencias de la imagen corporal.
- Estrategias cognitivas y conductuales.
- Prevención de recaídas.

### Manejo nutricional

- Atender y mantener un estatus nutricional normal en los jóvenes.
- Establecer un comportamiento normal para comer.
- Promover actitudes normales hacia la comida.
- Promover respuestas "pista" normales hacia el hambre y la saciedad.

### Recomendaciones.

- Establecer horarios de comidas, para mantener vigilados a sus hijas.
- Fomentar buenos hábitos alimenticios en toda la familia.
- Si se tiene conocimiento que su hija vomita busca estrategias para mantenerla sentada durante un lapso de tiempo apropiada. ( 20 a 30 mn).

### Recomendaciones.

- Es importante incorporar en su alimentación una serie de alimentos que incluyan proteínas, carbohidratos, vitaminas entre otros.
- Proporcionar un ambiente de armonía, dejar de lado las críticas, fomentar las buenas relaciones con todos los miembros de la familia, expresarles frecuentemente su respeto amor.

### Recomendaciones.

- Estar muy atentos a las citas que tengan sus hijas.
- Estar en contacto con la terapeuta.
- Proporcionar información importante cuando sea necesario a la terapeuta.
- El éxito de la terapia esta en la participación activa de ustedes con sus hijas.

Hospital San Vicente de Paúl.

Oficina de Psicología.

Elaborado por: Licda Jacqueline Ávila Z

### Los padres de hijos con anorexia.

- Los hijos cuyos padres padecen trastornos alimentarios, como la anorexia tienen una mayor probabilidad de sufrir este problema.
- En esta etapa del ciclo vital, caracterizada por cambios biopsicosociales, existe una necesidad de identificación precoz de conductas de riesgo.

### Los de padres de hijos con anorexia y bulimia.

- La supervisión de la salud del adolescente debe ser cautelada por los padres, y los propios jóvenes, debido a que no se realizan en esta edad, controles sistemáticos a nivel de salud primaria.

### Riesgos

- Esta es una enfermedad de la cual aún no se conocen las causas exactas, se cree que es por asumir un control de sí mismos cuando se sienten presionados por su entorno y la otra causa que se determina es la del actual culto al físico que se vive en el ámbito mundial.

### Riesgos

- La gente con **anorexia** se preocupa mucho por la comida pero no la ingieren, al verse al espejo perciben una imagen distorsionada de sí mismos, viéndose siempre obesos. Se ha observado que los pacientes con anorexia se encuentran entre la pubertad y la juventud.

### Riesgos

- Los síntomas más básicos son las dietas estrictas, metas para bajar de peso, dietas aisladas e inconformismo por la pérdida de peso.





## Riesgos

- La bulimia frecuentemente se relaciona con la anorexia y en ocasiones ambas se alternan. La **bulimia** consiste en que la afectada, una o dos veces por semana ingiere más de 5000 calorías y después se provoca vómito, para luego realizar estrictas dietas y ayunos acompañadas del uso de laxantes y de ejercicio exagerado.

## Riesgos

- La sociedad presenta estereotipos en donde predomina la belleza física y en donde se da énfasis a lo estético, prevaleciendo como valor un cuerpo esbelto, situación que hace que muchas jóvenes caigan en riesgo vital por mala nutrición, llegando a presentar problemas como anorexia y bulimia.

## Riesgos

- Se observa con mayor frecuencia en nuestro medio la anorexia, principalmente en mujeres, quienes dejan de comer, tiempo en que comienzan a aparecer efectos adversos como adelgazamiento extremo, se interrumpe la menstruación y un vello suave y tupido como el Lanugo del recién nacido) cubre todo el cuerpo en la necesidad de obtener calor, además se presenta una conducta hiperactiva.

## Una buena comunicación

- Las familias asocian la buena relación con la buena comunicación y con expresiones de afecto.
- La comunicación se valora como un elemento fundamental de una relación satisfactoria y se valora tan importante el proporcionarla como el recibirla. Por ello los cambios irán en esa dirección considerando importante:

## Una buena comunicación

- contar y que te cuenten.
- escuchar y ser escuchado.
- recibir y mostrar afecto.
- reconocer y elogiar los méritos de las personas y ser reconocido.

## Una buena comunicación

- Una buena comunicación entre los padres y los hijos es lo esencial en todo intento de prevención de riesgos, considerando que los riesgos de esta etapa pueden estar determinados por los conflictos que se generan en la relación padre-hijo y en la interacción de los jóvenes con la sociedad que les rodea.

## La buena comunicación

- Estimular la comunicación abierta, constante y franca entre padres e hijos, creando una atmósfera de honradez, confianza y respeto mutuo. Una relación padre-hijo llena de conflictos y tensión puede ser una señal de la necesidad de ayuda profesional.

## La buena comunicación

- La habilidad de hablar abiertamente acerca de los problemas es uno de los aspectos más importantes de la relación entre padres e hijos.
- Para ello se requiere persistencia y comprensión.
- Los padres deben tratar de dedicarle cierto tiempo a cada hijo, especialmente si están discutiendo temas difíciles.

## Alimentación

- El joven que está enfrentando un rápido crecimiento y posee mayor requerimiento energético por el aumento considerable y variedad de actividades, requiere de una alimentación motivadora, la que debe contener alimentos variados, y nutritivos, que aporten a su crecimiento y desarrollo.

## Acciones

- Fomentar buenos hábitos alimenticios en las jóvenes es fundamental para el tratamiento.
- Se sugiere 3 a 4 comidas diarias.
- No debe dejar de tomar desayuno, el que debe ser abundante y nutritivo. Procurar dejar de comer o saltarse comidas. La frecuencia de la alimentación debe ser estable.

## Acciones

- Los alimentos deberán ser variados y saludables. Se recomiendan frutas, verduras y cereales, lácteos, carnes magras y comidas preparadas con poca grasa.



## Acciones

- Es recomendable compartir en familia las comidas, de esta forma se puede detectar oportunamente cualquier cambio o alteración en la ingesta de alimentos en déficit o exceso.
- En relación con el consumo de líquidos, se recomienda dar preferencia al agua y fomentar la ingesta de 2 litros diarios en promedio.
- Se recomienda en caso necesario control nutricional.

### ACTIVIDAD FISICA

- Brindar posibilidades de recreación de acuerdo a los intereses del joven.
- Equilibrar el estudio con la recreación.
- Estimular la participación en grupos comunitarios, religiosos, deportivos o escolares.
- Estimular y permitir la colaboración en las actividades domésticas.

### ACTIVIDAD FISICA

- Estimular compartir el tiempo de recreación con su familia.
- Evitar el aislamiento social o familiar del joven.
- Promover actividades familiares al aire libre.
- Organizar los tiempos entre la recreación y el descanso.

### Cómo ayudar a los jóvenes con anorexia

1. Identificar el problema e informarse sobre estas enfermedades.
- Es importante conocer la enfermedad en sí y como afecta a la persona que la padece, a sus pensamientos, sentimientos, personalidad, y forma de comportarse.

### Cómo ayudar a los jóvenes con anorexia

- También es importante que reciban información sobre el tratamiento médico y psicológico. La información ayuda a disminuir la ansiedad que provocan los interrogantes y las dudas y a reducir sentimientos de culpa o fracaso.

### Apoyo a sus hijos

- Ayudar a que los hijos establezcan objetivos personales. Metas académicas, deportivas, artísticas y/o sociales.
- Enseñarles a tolerar sus inevitables fracasos, viéndolos como oportunidades para crecer y no como fracasos.

### Apoyo a sus hijos

- Se debe estimular al joven en la toma de decisiones. Para ello requiere de conocimiento del efecto negativo para la salud la mala alimentación.
- Se debe desarrollar conductas protectoras frente al consumo de ellas como: estimular el autocontrol, el auto conocimiento y la capacidad de soportar la presión social.



### Apoyo a sus hijos

- Conocer a los amigos de los hijos.
- La educación en valores es fundamental.
- El adolescente deberá ser capaz de valorar su vida y la de los demás procurando conductas sociales de respeto consigo mismo y con los que lo rodean.

### Apoyo a sus hijos

- Proveer un ambiente seguro y armonioso en el hogar.
- Enseñarle la responsabilidad básica en el cuidado de sus objetos personales y para con los de su familia, de ayudar en la casa y la importancia de aceptar límites.



### Anorexia Nerviosa

- La anorexia nerviosa es el rechazo compulsivo a comer por una distorsión corporal, hay un miedo irracional a ser obeso y por eso no se come.
- Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético.

### Trastornos de los adolescentes.

- La anorexia y la bulimia son los trastornos de alimentación más frecuentes en los adolescentes.
- Se presenta con más frecuencia en mujeres en edades entre los 12 a 25 años siendo estas las épocas de más riesgo.

¡Gracias!