

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo de investigación de pre-grado, requisito para
la obtención del grado de Licenciado en psicología

BULIMIA Y ANOREXIA
Factores intervinientes y modelos de abordaje

Por

MA. CECILIA BOU (matrícula 2092/91)

CAROLINA GORGA (matrícula 2142/91)

Noviembre de 1999, Mar del Plata
Buenos Aires, Argentina

*Bulimia
= Anorexia*



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
<i>Hoy</i>	<i>A</i>
	N° INVENTARIO:
	<i>452</i>

Este trabajo de investigación es de propiedad de los alumnos

MA. CECILIA BOU Y CAROLINA GORGA

de la Facultad de Psicología

de la

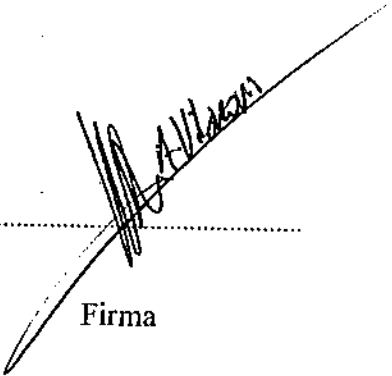
Universidad Nacional de Mar del Plata

y no puede ser publicado en todo o en parte,

o resumirse, sin el consentimiento escrito

de los autores.

Trabajo de Investigación aprobado por:



Firma

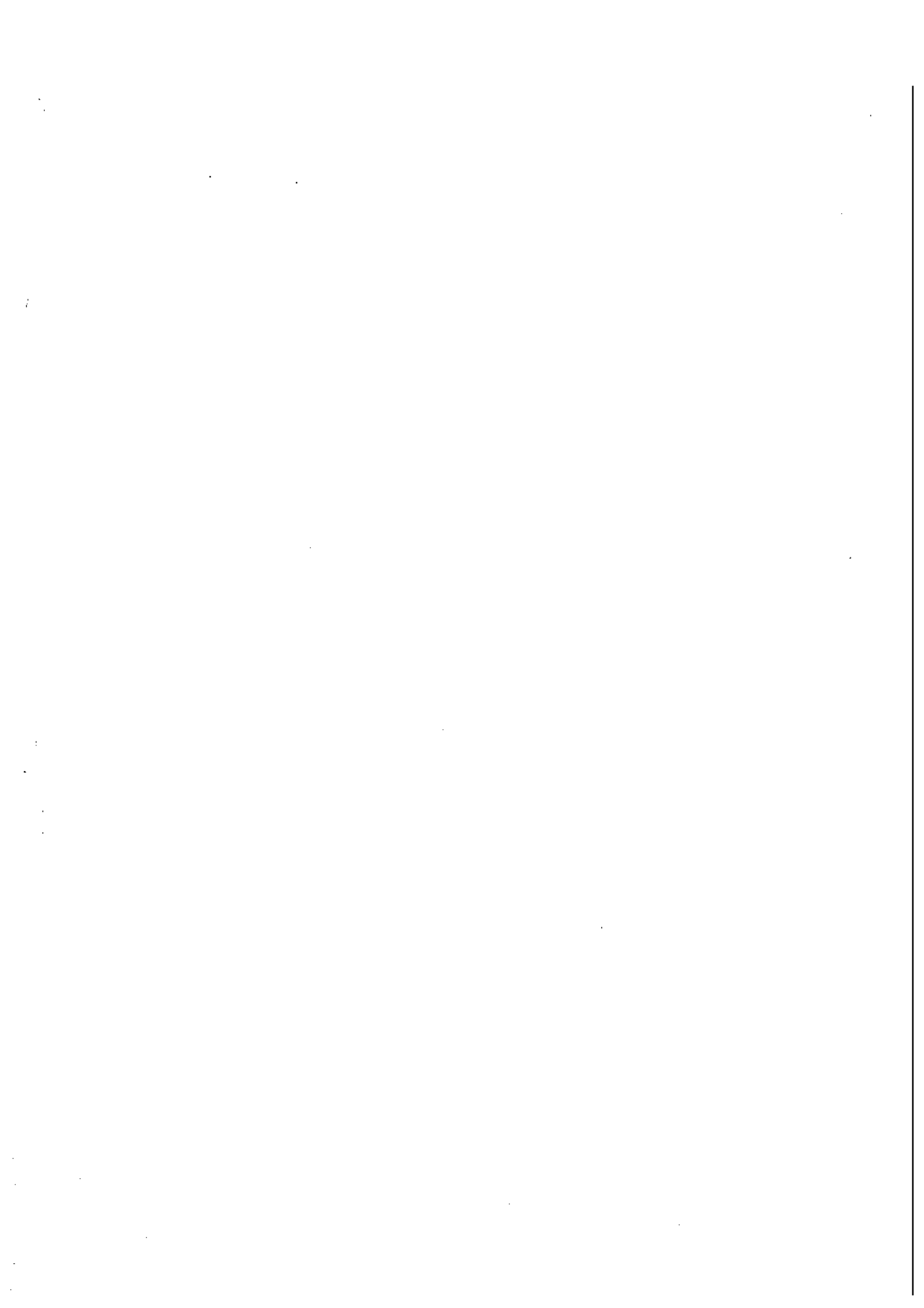
Lic. Alberto Vilanova

Supervisor

Fecha: *28-11-99*

Trabajo de Investigación aprobado por:

Comité de Investigación:



PRÓLOGO

La siguiente es una investigación bibliográfica de carácter descriptivo- explicativo mediante la cual proponemos referirnos a las causas psicológicas, curso y tratamiento de la bulimia y la anorexia. Así como también a su detección y prevención.

Para tal fin expondremos desde distintos marcos teóricos: psicoanalítico, sistémico, humanístico- existencial, los temas comprometidos en la problemática.

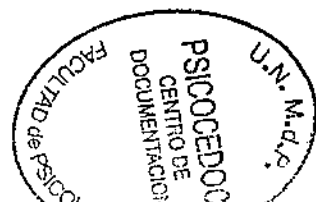
Este trabajo se origina en la intención compartida de encontrar una posible explicación y modos de abordaje a estos trastornos de la alimentación.

CECILIA BOU Y CAROLINA GORGA

Mar del Plata, 18 de noviembre de 1999.

INDICE GENERAL

ADVERTENCIA.....	II
APROBACIÓN SUPERVISIÓN.....	III
APROBACIÓN COMITÉ.....	IV
PRÓLOGO.....	V
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO II: ANOREXIA.....	5
1. Aspectos Históricos.....	5
2. Definición y descripción.....	9
a. Criterios Diagnósticos.....	10
b. Signos Asociados.....	12
c. Condiciones médicas asociadas.....	13
d. Curso.....	14
3. Etiología.....	15
a. Factores Predisponentes.....	15
b. Factores Precipitantes.....	18
c. Factores Cognitivos.....	18
d. Factores Socioculturales.....	19
4. Tratamiento.....	19
a. Pensamiento Neopsicodinámico.....	20
b. Terapia Conductual.....	21
c. Modelo Cognitivo-conductual.....	22
d. Modelo Sistémico.....	22
e. Terapia de grupo.....	24
1. Grupo para padres de anoréxicos.....	24
2. Grupos de autoayuda.....	25
3. Grupos de apoyo liderados por profesionales.....	25
4. Grupos de apoyo.....	25
CAPÍTULO III: BULIMIA.....	26
1. Aspectos históricos.....	26
2. Definición y descripción.....	27
a. Criterios diagnósticos.....	27
b. Signos Asociados.....	30
c. Condiciones Médicas Asociadas.....	31
d. Curso.....	31
3. Etiología.....	32
a. Factores biológicos.....	32
b. Factores psicológicos.....	32
c. Factores socioculturales.....	33
4. Tratamiento.....	34
a. Teoría Psicoanalítica.....	34
b. Enfoque Cognitivo-conductual.....	36
c. Modelo Conductual.....	37
d. Abordaje Grupal.....	38
e. enfoque Sistémico.....	39
f. Enfoque Humanístico-Existencial.....	39
CAPÍTULO IV: PREVENCIÓN.....	42
CAPÍTULO V: ENTIDADES QUE TRABAJAN CON BULIMIA Y ANOREXIA.....	48
CONSIDERACIONES FINALES.....	55
NOTAS.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La descripción de la anorexia proviene de hace poco mas de un siglo. La primera mención de la llamada “consunción nerviosa”, sin embargo, data de 1694; pero fueron Lasegue ,en 1873 y Gull, en 1874, quienes describieron la enfermedad bajo la denominación, respectivamente, de anorexia histérica y anorexia nerviosa. Se destacaba ya entonces su aparición en la adolescencia y su preponderancia casi exclusiva en mujeres.

Freud encontró rasgos anoréxicos en algunas de sus pacientes histéricas. Cita en el Manuscrito G: “ La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La famosa anorexia nerviosa de la niñas jóvenes me parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada”.¹

En cuanto a esto uno de sus aportes importantes sería la teorización en relación con la pulsión de muerte.

Aunque datan de la Edad Media las primeras menciones de esta enfermedad, es en la actualidad que el término anorexia y bulimia nerviosa, se tornan familiares no solo para los profesionales sino para el conjunto social.

Los medios, por su parte, conceden trascendencia a estos cuadros de incidencia elevada y tienden a ponerlos en relación con ideales de época que consideran a la belleza ligada a una delgadez a veces extrema. Estas definiciones culturales se constituyen en ideales que en ocasiones se absolutizan; establecen entonces con rigidez una delgadez a ultranza y determinan la marginación de la obesidad considerada vergonzante.

Sin embargo, y a pesar de estas consideraciones generalizables en algunos aspectos, solo las articulaciones entre la dimensión macro- contextual y una historia familiar y subjetiva, podrán dar cuenta de cada anorexia y bulimia en particular, ya que la singularidad supera las estadísticas.

Se entiende al ser humano como siendo parte integrante de un entorno en permanente intercambio que lo influye y sobre el cual el también incide. De esta manera, es considerado como un sistema integrando subsistemas de sistemas más amplios, cuyos bordes interactúan entre sí.

Siendo la alimentación uno de los elementos fundamentales de todas las culturas, plenos de significado, mediante los cuales los hombres explican a través de ritos, mitos y cosmovisiones, su ser en el mundo, sus conflictivas relaciones sociales y sus vínculos consigo mismo a través de sus cuerpos y psiquismos.

El recorrido histórico, anteriormente expuesto servirá al lector para poder comprender en los capítulos subsiguientes los desarrollos en cuanto a estos trastornos alimentarios.

El capítulo II versará sobre los aspectos históricos, descripción, etiología y tratamiento de la anorexia nerviosa.

Tendrán su espacio en el capítulo III, los mismos aspectos detallados en el capítulo anterior, haciendo allí alusión a la bulimia nerviosa.

El capítulo IV tratará aspectos relacionados a la prevención de estos trastornos.

Y por último, en el capítulo V expondremos algunas características de las instituciones que trabajan con estas patologías.

CAPÍTULO II

ANOREXIA

1. ASPECTOS HISTÓRICOS

Algunas evidencias históricas muestran la existencia de conductas alimentarias “inadecuadas” desde la antigüedad. Entre los egipcios se pensaba que la comida era una de las causas del enfermar y, por ello, deliberadamente purgaban de forma mensual; entre los romanos eran célebres los vomitorios: se organizaban grandes banquetes en los que los comensales vomitaban con frecuencia para luego seguir comiendo.

Durante la edad media, se sabe que muchas mujeres jóvenes con convicciones religiosas se sometían a ayunos prolongados, subsistiendo únicamente con mínimas cantidades de alimentos (a veces sólo la hostia y el vino, símbolo del cuerpo y la sangre de Cristo). De hecho, hay ejemplos históricos de mujeres que eligieron un modo de vida ascética y religiosa, que pudieron ser anoréxicas en el sentido actual. Sta. Catalina de Siena, (1347-1380) comía solo un manojo de hierbas cada día y practicaba la severa austeridad en toda su vida; Sta. Wilgefortis, la barbuda santa medieval, cuyo hirsutismo en realidad era el lanugo típico de los casos crónicos. La historia de la princesa Margarita de Hungría comienza durante la invasión de Hungría por los tártaros en el siglo XIII. El entonces monarca y padre de Margarita, el rey Bela IV, prometió que si su reino sobrevivía a la

catástrofe de su hija se dedicaría al servicio de Dios. Cuando los tártaros abandonaron el país, el rey construyó un nuevo convento dominico sobre las islas Hares para su hija. Margarita sobresalía en cualquier cosa que realizaba, tanto en los estudios como en todas las tareas del convento. Practicaba la austeridad del ayuno, la privación del sueño, el exhaustivo trabajo doméstico y otras penalidades corporales hasta un grado heroico.

A menudo se sentaba en la mesa con toda la comunidad, servía la comida y luego se retiraba a orar mientras los demás comían. Nunca estaba ociosa o desocupada. Más tarde cuando la fortuna de Hungría mejoró, su padre pensó que debía casarla con un príncipe, pero la princesa se negó a tal demanda, intensificó su dieta y evitó la limpieza personal. Falleció a los 28 años, 13 días después de presentarse una fiebre violenta, conservando hasta el final una mente clara y alerta y un cuerpo pobremente enflaquecido.

En el siglo XIX la declinación de la fe y el surgimiento de la autoridad científica (desacralización) transformaron el rechazo a la comida de un acto religioso a un estado patológico.

Antes del reconocimiento del cuadro clínico completo de la anorexia nerviosa, a finales del siglo XIX, apenas existían referencias más o menos amplias en la literatura médica.

Nadaud, en 1789, presenta dos historias, la de un hombre de dieciséis años y una mujer de dieciocho. En el caso de la mujer, a pesar de la grave emaciación, era indiferente al frío extremo de un invierno riguroso. En la historia clínica pueden encontrarse los caracteres esenciales del trastorno: amenorrea, trastornos del apetito, estreñimiento,

delgadez extrema y tendencia a trabajar ininterrumpidamente a pesar de la consunción general del cuerpo. La paciente rechazó la atención médica y falleció poco después.

La descripción clínica clásica de la anorexia nerviosa se debe a Lassegue (1873), que la denomina anorexia histérica e ilustra especialmente bien las distorsiones cognitivas, negación y trastorno de la imagen corporal, y a Gull (1868/1873), que es el primero en emplear el término anorexia nerviosa. Lassegue hace la siguiente descripción de una paciente: “Una chica entre 15 y 20 años experimenta una emoción que o la manifiesta o la disimula. Generalmente se trata de un proyecto de matrimonio real o imaginario, otras veces el fracaso o la contrariedad en relación a una amistad, e incluso, en ocasiones, en relación con algún deseo más o menos conciente”.² Para este autor, la enfermedad se puede resumir como una anomalía o perversión intelectual. También enfatizó la importancia de las interacciones familiares en la anorexia nerviosa, sugiriendo que el rechazo a la comida constituye una forma de conflicto intrafamiliar entre la chica en maduración y sus padres.

Gull dice: “La falta de apetito es, creo, debida a un estado mental mórbido. No he observado en estos ninguna alteración gástrica a la que pueda deberse la falta de apetito. Yo creo, por tanto, que su origen es central y no periférico. (..). La pérdida de apetito se debe a un estado anímico patológico”.³ Presentó tres casos de mujeres entre dieciséis y veintitrés años, con fotos de “antes” y “después” de la enfermedad; se negaba a recetar medicinas porque creía que la alimentación era lo más importante de todo. Sugirió que el control moral del paciente y un cambio en sus relaciones domésticas eran esenciales.

“A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos que tiñeron el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. Estos aseguraban que la anorexia nerviosa simbolizaba el repudio a la sexualidad, con predominancia de fantasías de embarazo oral. En los últimos cuarenta años, la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas. La contribución de mayor influencia, desde el punto de vista de la psicopatología individual, surge de los escritos de Hilde Bruch. Ella destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales, tales como los signos de necesidad nutricional.”⁴

También describe en las pacientes una “sensación paralizante de ineficacia” que la atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo.

La falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las altas expectativas de sus padres llevaron a Bruch a describirlas como “un gorrión en una jaula de oro... que quiere sobrevolar y despegar por su cuenta”.

Minuchin y colaboradores postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

En respuesta al incremento de la anorexia y la bulimia, ha habido una explosión de interés profesional en los trastornos alimentarios, así como un creciente número de opciones terapéuticas. En la actualidad, se llevan a cabo investigaciones minuciosas sobre la anorexia en multitud de centros universitarios y hospitalarios de todo el mundo.

2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Se define a la anorexia nerviosa como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepubescentes, mujeres mayores y, en menor medida, a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida del interés sexual en el varón.

La anorexia nerviosa, suele ser insidiosa en su forma de presentación; los pacientes se proponen comenzar un programa de adelgazamiento, con dieta acompañada a veces por un aumento de la actividad física, y así comienza la pérdida de peso. En general, esto genera bienestar en el paciente y pasa inadvertido para la familia como señal de que algo grave se ha iniciado.

La alarma comienza cuando la negativa a comer es muy marcada y la emaciación se hace evidente, o cuando aparece la amenorrea. No es poco frecuente que sea alguien del entorno familiar quien destaque los cambios que se han hecho manifiestos y sugiera la consulta.

Cada vez más, la inquietud acerca del diagnóstico surge a partir de información transmitida por los medios de comunicación.

a) Criterios diagnósticos

Años atrás, el diagnóstico de esta afección se realizaba descartando toda enfermedad clínica capaz de provocar pérdida de peso así como trastornos psíquicos que se pudieran acompañar de inapetencia. Es sólo en 1970 cuando Russell establece una caracterización positiva, en el sentido de que el reconocimiento de los criterios por él propuestos permite hacer el diagnóstico de la enfermedad. Estos son:

- A) La conducta del paciente lleva a una pérdida de peso pronunciada.
- B) Hay un trastorno endócrino que se manifiesta clínicamente por interrupción de la menstruación. (En los varones, el equivalente de este síntoma es la pérdida del apetito sexual).
- C) Hay una psicopatología caracterizada por un temor mórbido a engordar.

Distintos autores han ido modificando los criterios diagnósticos, siendo los más recientes los del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV, American Psychiatric Assoc., 1994).

“ La anorexia nerviosa se caracteriza por:

- 1) Rechazo a mantener el peso corporal en o encima de un peso mínimo normal para la edad y altura (por ejemplo, pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal a menos del 85% del esperado; o fracaso en hacer el aumento esperado de peso durante el período de crecimiento, llevando el peso corporal a menos del 85% del

esperado). Esta pérdida de peso habitualmente se logra mediante una reducción en la ingesta total de comida, otras veces se incluyen las conductas purgativas y el ejercicio excesivo. Intenso temor a subir de peso o volverse gordo, aún estando por debajo de su peso. Este temor generalmente no se alivia con la pérdida de peso, y de hecho, a veces aumenta aunque el peso real siga bajando.

2) La experiencia y significación del peso y figura corporal están distorsionadas. Algunas personas se sienten globalmente en sobrepeso, otras se dan cuenta de que son delgadas, pero les preocupa que ciertas partes de sus cuerpos (particularmente el abdomen, las nalgas y muslos) son “demasiado gordos”. Pueden usar una amplia variedad de técnicas para estimar su talla o peso corporal, incluyendo pesarse en exceso, la medición obsesiva de las partes del cuerpo, y usar persistentemente un espejo para controlar las áreas percibidas de “grasa”.

3) La autoestima de las personas con Anorexia Nerviosa depende altamente de su figura y peso corporal. La pérdida de peso se considera como un logro impresionante y un signo de extraordinaria auto-disciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como una falla inaceptable en el auto-control. Aunque algunas personas con este trastorno pueden reconocer que están delgadas, típicamente niegan las graves implicancias médicas de su malnutrición.

4) En mujeres en post-menarca, amenorrea, es decir; ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos sólo ocurren luego de la administración de hormonas, por ej. estrógenos). Este es

un indicador de la disfunción fisiológica de la Anorexia Nerviosa, y generalmente es consecuencia de la pérdida de peso.

5) La persona a menudo es llevada a la consulta profesional por los miembros de la familia luego de una pérdida de peso marcada (o el fracaso en hacer los aumentos esperados de peso). Si las personas buscan ayuda por sí mismas, habitualmente es por su malestar subjetivo con las secuelas somáticas y psicológicas del ayuno. Es raro que una persona con Anorexia Nerviosa se queje de la pérdida de peso por sí, ya que frecuentemente no tienen conciencia de enfermedad, o tienen una considerable negación del problema, y pueden ser historiadores poco confiables. Por lo tanto, a menudo es necesario obtener información de los padres u otras fuentes externas para evaluar el grado de pérdida de peso y otros signos de enfermedad.

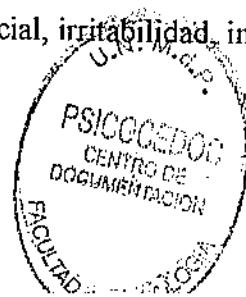
Se pueden distinguir dos subtipos según la presencia o ausencia de atracones o purgas regulares durante el episodio actual de Anorexia Nerviosa.

a) Tipo restrictivo, en que la pérdida de peso se logra principalmente a través de dietas, ayunos o ejercicio excesivo, pero no hay atracones o purgas.

b) Tipo ingesta voraz/ purga, cuando la persona regularmente hace atracones o purgas (o ambas) mediante vómitos auto-inducidos, laxantes, diuréticos o enemas.”⁵

b. Signos Asociados:

Cuando su bajo peso es severo, muchas personas con anorexia nerviosa manifiestan síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio,



disminución del interés sexual.

A menudo se destacan signos obsesivo-compulsivos, relacionados o no con la comida. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están preocupadas con pensamientos de comida. Algunas coleccionan recetas o acumulan comida.

Otros signos a veces asociados con la anorexia nerviosa de tipo restrictivo, las de tipo voraz/purga tienen más probablemente otros problemas con el control de los impulsos, abuso de alcohol u otras drogas, exhiben más labilidad del estado de ánimo, y son sexualmente activas.

c. Condiciones Médicas Asociadas:

Muchos de los signos y síntomas de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición.

Además de la amenorrea, puede haber quejas de constipación, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y exceso de energía. El resultado más obvio en el examen físico es la emaciación. También puede haber una significativa hipotensión, bradicardia, hipotermia, y sequedad de piel. Algunas personas desarrollan lanugo, un fino y suave vello corporal en sus troncos. Pueden estar presente la hipertrofia de las glándulas salivares, particularmente las glándulas parótidas, y el edema periférico (hinchazón de manos y pies), especialmente durante la recuperación del peso o al cesar el abuso de laxantes y diuréticos. Las personas que inducen el vómito pueden tener erosión del esmalte dental y algunas

pueden tener escaras o callos en el dorso de la mano por el contacto con los dientes cuando usan la mano para inducir el vómito.

La semi-inanición de la anorexia nerviosa, y las conductas purgativas a veces asociadas, pueden resultar en significativas condiciones médicas, incluyendo el desarrollo de anemias, fallas en la función renal, problemas cardiovasculares (hipotensión severa, arritmias), problemas dentales y osteoporosis.

d. Curso:

La edad media de comienzo de la anorexia nerviosa es entre los catorce y dieciocho años, y raramente aparece en mujeres de más de 40 años. El inicio de la enfermedad a menudo se asocia con un suceso de vida estresante. El curso y resultado de la anorexia nerviosa son altamente variables: algunas personas se recuperan totalmente luego de un episodio único, algunas muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de recaída, y otras sufren un curso crónicamente deteriorante de la enfermedad a lo largo de muchos años. Puede requerirse hospitalización para recuperar el peso y corregir el desequilibrio líquido y electrolítico. De las personas admitidas en los hospitales, la mortalidad a largo plazo por anorexia es más del 10%. La muerte resulta en general de la inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

3. ETIOLOGÍA

La anorexia nerviosa no se puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendócrina ni a la supuesta conflictiva familiar ni al trastorno de personalidad, sino que se ha de tener en cuenta su multideterminación.

Garner y Garfínkel califican a la anorexia nerviosa como “ un síndrome psiquiátrico discreto, es decir diferenciado, que tiene una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son la resultante de la destilación de múltiples factores predisponentes y gatillantes, y su interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas en un momento dado”.⁶

Si se considera a la enfermedad como un proceso, veremos que hay una interacción continua entre el individuo y su mundo externo, sus síntomas y sus intentos de lidiar con ellos.

a) Factores predisponentes

Desde diversas orientaciones teóricas, se coincide en que un factor crucial tiene que ver con las dificultades para el *funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación.*

Hilde Bruch, reconoce como “... tema central en muchos pacientes con graves trastornos de la alimentación el déficit básico de no tener una identidad propia, como no siendo dueños de sus propios cuerpos y de sus propias sensaciones, y con la específica

incapacidad de reconocer el hambre como un signo de necesidad nutricional.”⁷ Para esta autora , el sentimiento de ineficacia en las demás áreas – que no sea la comida – y el consiguiente déficit en la identidad personal, se encuentra fuertemente vinculado a las experiencias tempranas vividas en la interacción madre – hijo.

Sugiere entonces la existencia de una falla en la decodificación de las señales que emite el niño. Esta falla estaría dada por la presencia de respuestas inadecuadas en la interacción madre – hijo. La madre no comprende empáticamente las necesidades del niño.

Según Bruch, son madres que se “anticipan” a las necesidades de sus hijos, no permitiendo jamás que sientan hambre.

Teniendo en cuenta que estas pacientes tienen una gran dificultad en detectar correctamente sus propios sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales, en términos de Winnicott estaríamos en presencia de un “*falso self*”. El desarrollo de este “falso self” estaría vinculado a deficiencias en las relaciones tempranas.

Dice Winnicott: “Cuando la adaptación de la madre no es lo suficientemente buena al principio, podría esperarse que el infante muriera físicamente, porque no se inicia la catexia de los objetos externos. El infante sigue aislado. No obstante, en la práctica el infante vive de modo falso. La protesta de ser forzado a vivir una existencia falsa puede detectarse desde la etapa más temprana. En el cuadro clínico vemos irritabilidad general y perturbaciones de la alimentación y de otras funciones, que pueden desaparecer clínicamente, pero sólo para reaparecer en forma grave en una etapa ulterior”.⁸

Así es como, a partir de la profundización de las teorías sobre el proceso de separación – individuación, se comenzó a pensar que la relación madre – bebé era la clave que permitiría aclarar los enigmas de la anorexia. Es bien conocida la importancia que revisten para la futura salud mental del niño y para el logro de un desarrollo armonioso de su personalidad las experiencias tempranas vividas por un vínculo diádico en un marco de contención y continuidad.

Según L. Kaplan: “la recaída brusca y dramática de la anoréxica en los modos de la infancia, así como sus extraños comportamientos, a primera vista parecen una réplica de las subfases del proceso de separación- individuación. Quizás podría pensarse a la anorexia nerviosa como una solución conciliadora entre su dependencia infantil – a la cual le resulta tan difícil renunciar- por un lado, y su intento de individualidad y autonomía, por el otro”.⁹

En cuanto a factores predisponentes de *patología familiar*, diversas corrientes coinciden en que se trata de padres sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa.

Selvini Palazzoli destaca: las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falla en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación.

Salvador Minuchin y colaboradores destacan: “la tendencia de estas familias a apoyar la expresión somática de los conflictos, y las encuadran dentro del *perfil de las familias psicosomáticas* surgido por las características de organización y funcionamiento que surgen de las convergencias y recurrencias observadas en los patrones de interacción familiar”.¹⁰

b. Factores precipitantes

Está demostrado que no hay ningún precipitante único, pero lo que sí se ha determinado es que el común denominador de las repercusiones que tiene el evento para el individuo es que percibe el dolor de dos maneras: a) como una amenaza de pérdida del autocontrol; b) como una amenaza o real pérdida de la autoestima.

El evento gatillante puede ser una separación o pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa.

c. Factores cognitivos

Garner y Bemis afirman que en estas personas la autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tiene como eje el peso. los tipos de trastorno de pensamiento que diferencian son:

- *Abstracción selectiva*: basar una conclusión en detalles aislados, ignorando evidencia contradictoria.
- *Sobregeneralización*: por medio de la cual extraen una regla y la aplican a situaciones disímiles.
- *Magnificación de los estímulos*: para estos pacientes las cosas suelen estar connotadas exageradamente.
- *Razonamiento dicotómico*: piensan en términos extremos y absolutos.
- *Personalización y autorreferencia*: hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales.

Pensamiento supersticioso: creen en la relación causa – efecto de hechos no contingentes.

d. Factores socioculturales

La población recibe frecuentemente mensajes contradictorios en lo que hace a la salud y a la alimentación, cuyos resultados pueden ser peligrosos para los individuos.

Hay una permanente invitación a saborear deliciosos platos con calorías concentradas, y simultáneamente, fuertes demandas a cerca del control del peso.

La presión puede ser tal que las personas pierdan la noción de su propio cuerpo.

Es frecuente que las casas de moda fabriquen sus modelos sin incluir talles para la población con sobrepeso, y algunas llegan a marcar las prendas con un talle menor al que les corresponde, creando la fantasía de una imagen corporal más esbelta.

Las influencias socioculturales son tan evidentes, que no puede reducirse la comprensión de esta enfermedad al análisis de variables intrapsíquicas. Se trata en realidad de un crisol en el que confluyen la biología, la cultura, la persona y las relaciones problemáticas.

4. TRATAMIENTO

El tratamiento efectivo, requiere que se realicen cambios en varias áreas, y no se pueden desechar aquellos aportes que distintas escuelas han desarrollado hasta el presente.

Por ello, a continuación expondremos el tratamiento propuesto desde distintos enfoques teóricos.

a) Pensamiento neopsicodinámico

Bruch, describe a la anorexia nerviosa primaria, aclarando que no es que estas pacientes carezcan de apetito, sino que restringen su ingesta y se embarcan en desgastes físicos con el objeto que la delgadez extrema las proteja del terror a engordar. Dado que dudan de su capacidad de interpretar la sensación de hambre, temen perder el control de su ingesta. Así la función del comer es utilizada como una seudolución a sus problemas de personalidad.

Para Bruch, el trastorno psicológico se vincula a déficit básicos en el sentido del sí mismo, de la identidad y del funcionamiento autónomo. Esta psicoterapia se orienta hacia lo que llama los antecedentes de la enfermedad, que tendrían como corolario un trastorno del desarrollo.

“Estas chicas sienten que son víctimas, presas de satisfacer los deseos de los demás y carecen de espacio para los propios. El trastorno en la autopercepción hace que duden o confundan sus propias sensaciones y sentimientos. La conducta de desafío que despliegan no es una manifestación de fortaleza o independencia, sino una manera de defenderse del sentimiento de carecer de una personalidad definida, de sentirse incompetentes e impotentes”.¹¹

El defecto central radicaría en que a pesar de que parece haber hipercuidado y atención, en realidad éstos se llevarían a cabo teniendo en cuenta las necesidades de los



padres y no los deseos del niño. Así, para estos padres, el crecimiento y el desarrollo no es un logro del hijo sino propio.

La psicoterapia que ella propone tiene como objetivo ulterior, el desarrollo de una nueva personalidad. También enfatizó la necesidad de terapia familiar no sólo para apoyar a la familia y aliviar su ansiedad, sino también para evaluar las interacciones y experiencias familiares.

b) Terapia conductual

Esta se basa en el control de un comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le siguen.

Suele ser útil que el paciente haga un registro de su peso, que se mida una o dos veces por semana. Se establece un refuerzo positivo contingente al aumento de peso que se refiere a mayor actividad física o social. Los refuerzos negativos que generalmente se utilizan son el reposo y/o aislamiento en el dormitorio.

Pillay y Crisp, introdujeron sesiones de entrenamiento en habilidades sociales como parte del programa de internación, con el fin de reducir la ansiedad y depresión de estos pacientes. Sin embargo la mejoría no se mantuvo a largo plazo, esto determina la complejidad de la anorexia nerviosa y apunta a rescatar los beneficios de intervenciones auxiliares.

c) Modelo cognitivo- conductual

Este enfoque relaciona pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente.

Los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes son examinados cuidadosamente, definidos y luego cada uno es sistemáticamente cuestionado a fin de modificar los pensamientos y supuestos automáticos.

Sus representantes más destacados son: Garner , Bemis, Garfinkel y Fairburn.

d) Modelo sistémico

Minuchin y colaboradores, proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nerviosa.

“El objetivo ulterior del tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros. Las características más frecuentes de organización y funcionamiento de estas familias suele ser el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez, la evitación del conflicto, e involucrar al hijo en el conflicto parental. El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando al aspecto sintomático (que el paciente recupere peso), simultáneamente a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática y por último, a la fase en la que trabaja sobre la autonomía de los subsistemas. A lo largo del tratamiento se utilizan intervenciones estratégicas y conductuales que son auxiliares del

objetivo ulterior, es decir la modificación de la estructura con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes".¹²

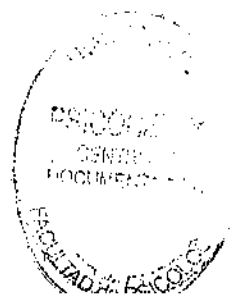
M. Selvini Palazzoli conceptualiza a la anorexia nerviosa como una enfermedad "sistémica" para la cual prescribe intervenciones estratégicas y paradójicas que tienen como objetivo cambiar las interacciones familiares sin recurrir a explicaciones.

Esta terapia no tiene como objetivo, ni promover el insight ni la catarsis emocional ni el crecimiento personal, sino que son planas de acción para reemplazar patrones interactivos disfuncionales que resultan desactualizados.

Los supuestos básicos que fundamentan su técnica son:

a) que la relación terapéutica es instrumental y que su objetivo central es mejorar las relaciones personales del paciente fuera del ámbito terapéutico; que el foco del tratamiento debe ser la incapacidad estratégica del paciente, quién está atrapado en el "juego familiar encubierto" y se ve imposibilitado para manejarse con él. La anorexia sería el resultado de un proceso en la historia de la organización relacional de estas familias.

Concluyen que el común denominador de los patrones interactivos es el engaño. A este lo denominan como "un proceso interactivo complejo que aparentemente se desarrolla merced a la estrategia de mantener como privilegiada una relación diádica transgeneracional (madre/hija, padre/hija), que en realidad no se debe a un privilegio basado en el afecto, sino que es un arma táctica para ser utilizada en contra de alguien,



generalmente el cónyuge”.¹³

e) Terapia de grupo

Hall alerta acerca de las dificultades para este tipo de pacientes. Señala que a pesar de la recuperación de peso, la anoréxica suele permanecer retraída, ansiosa, rígida, preocupada por el peso y la comida, y tiene gran dificultad para expresar sus sentimientos.

Porque reconocen sus dificultades interpersonales, les entusiasma la propuesta de una terapia grupal. Incapaz de manifestar esos sentimientos y a veces ni siquiera conciente de ellos responde o bien perdiendo peso o huyendo, lo cual la deja inaccesible al tratamiento terapéutico.

1) Grupo para padres de anoréxicos

Lewis y Mac Guire dicen al respecto de estos grupos: el grupo parece ofrecer un marco de seguridad para que los padres se descarguen y para que obtengan guía y consejos tanto de otros padres como de los terapeutas. Pueden cerciorarse hasta que punto sus reacciones son “normales”, dado el estrés que significa la enfermedad de su hijo. También les da la posibilidad de tener algo para ofrecerle a otros. El grupo puede incrementar los sentimientos de autoestima, efectividad y esperanza en los padres, y también los puede ayudar a sobrellevar sentimientos ambivalentes acerca de los tratamientos hospitalarios. No creemos que el grupo de padres ofrezca una solución al problema de anorexia nerviosa pero puede ser considerado un agregado útil al tratamiento general de la anorexia nerviosa.

2) Grupos de autoayuda

Estos grupos destinados a personas con trastornos de la alimentación se desarrollaron inicialmente para cubrir una carencia de recursos profesionales idóneos y adecuados.

La característica fundamental de estos grupos es que sus miembros comparten un problema común, son mutuamente dependientes en cuanto a una comprensión empática y se ayudan entre sí para trabajar en pos de la recuperación.

El factor curativo principal es la interacción con pares. No hay profesionales que lideren estos grupos a menos que sean ex pacientes.

3) Grupos de apoyo liderados por profesionales

Se asemejan mucho a un grupo terapéutico, y se autodenominan de apoyo para facilitar la participación a miembros que se sentirían incómodos de incluirse como pacientes.

4) Grupos de apoyo

Admiten líderes profesionales y tienen como objetivo ofrecer apoyo a individuos cuyos sistemas de soporte naturales son deficientes o inadecuados. A diferencia de los grupos de autoayuda, no se incluye ningún concepto de cura como objetivo de la concurrencia.

CAPÍTULO III

BULIMIA

1. ASPECTOS HISTÓRICOS

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, nos recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, que ha sido evocada por la literatura, el cine y otras artes. Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad dejó de ser considerada un signo de prosperidad.

James, en 1743, describe “true boulimus” que se caracterizaba por una intensa preocupación por la comida y la ingesta en muy cortos intervalos seguidos por mareos y una variante en la que la ingesta voraz finalizaba con vómitos.

En 1785, Montherby distingue tres tipos de bulimia: a) bulimia del tipo hambre pura; b) bulimia asociada con desvanecimiento; c) bulimia que finaliza con vómitos. El trastorno era por entonces suficientemente reconocido. La bulimia entendida como alguna forma de voracidad impulsiva, neurótica, era descrita al final del siglo XIX, generalmente agrupada junto con la polifagia, pica y anorexia como trastornos del apetito.

Janet (1903) presentó un subgrupo de pacientes anoréxicas a quienes describió como “obsesivas” que se caracterizaban por persistentes sensaciones de hambre, una fuerte

aversión por el cuerpo e intensas cavilaciones centradas en la comida y en el control de los impulsos apetitivos.

A pesar de estos antecedentes y de referencias a la aparición de conductas bulímicas en pacientes que habían padecido anorexia nerviosa, es sólo en 1979 cuando Russell publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad.

A partir de entonces se ha intensificado la investigación, para definir criterios adecuados de diagnóstico, para evaluar su incidencia, profundizar sobre la etiopatogenia y ensayar acerca de la mejor terapéutica.

2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

La bulimia nerviosa se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria, con episodios de ingesta copiosas, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos.

Existen algunas situaciones emocionales, sociales y clínicas en las que se producen episodios de ingesta exagerada y que no se tratan de bulimia. Por ejemplo, frente al estrés hay muchas personas que ingieren más que lo que habitual. Es frecuente escucharlo en adolescentes en época de exámen, pero la diferencia con la bulimia radica en que la ingesta vuelve a lo normal, transcurrido el período de exigencia extrema.

a) Criterios diagnósticos

Según los criterios diagnósticos y la descripción clínica del Manual Diagnóstico y

Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV, American Psychiatric Assoc., 1994),

“La bulimia nerviosa se caracteriza por:

1) Episodios recurrentes de ingesta voraz. Un episodio de ingesta voraz se caracteriza por los siguientes puntos:

a) Comer en un período discreto de tiempo (por ejemplo dentro de un período de dos horas) una cantidad de comida mayor a la que la mayoría de la gente comería durante un período de tiempo similar y bajo circunstancias similares. El tipo de comida consumida en estos atracones puede variar, pero generalmente incluye comidas dulces y altamente calóricas, como helado o torta.

b) Un sentimiento de falta de control sobre la comida durante el episodio (por ejemplo, un sentimiento de no poder parar de comer o no poder controlar qué o cuánto uno comen.

2) Las personas con bulimia nerviosa típicamente se sienten avergonzadas por su problema alimentario e intentan ocultar sus síntomas. Las ingestas voraces usualmente ocurren en secreto, o lo más inadvertidas posibles. Un episodio puede o no ser planeado con anticipación y usualmente (pero no siempre) se caracteriza por el consumo rápido. La ingesta voraz típicamente es gatillada por estados de ánimo disfóricos, estresores interpersonales, hambre intensa siguiente de una restricción dietética, o sentimientos

relacionados con el peso, la figura corporal, y la comida. El atracón a menudo continúa hasta que la persona está molesta o incluso dolorosamente, llena; y puede reducir la disforia transitoriamente, pero a menudo le siguen la autocrítica desvalorizada y el ánimo depresivo.

- 3) Recurrentes conductas compensatorias inapropiadas para impedir el aumento de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas, u otras medicaciones; ayunos o ejercicio excesivo (se considera excesivo cuando interfiere con actividades importantes, cuando ocurre en momentos o lugares inapropiados, o cuando el ejercicio se continúa pese a haber complicaciones médicas).
- 4) Tanto la ingesta voraz como las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio, al menos dos veces por semana durante tres meses.
- 5) La auto-evaluación está indebidamente influenciada por la figura y el peso corporal. Las personas con bulimia nerviosa ponen énfasis excesivo en la figura y peso corporal en su auto-evaluación, y estos factores son típicamente los más importantes en la determinación de su autoestima. Las personas con este trastorno pueden parecerse mucho a aquellas con anorexia nerviosa en su miedo a subir de peso, en su deseo de perder peso y el nivel de insatisfacción con sus cuerpos.
- 6) Se pueden distinguir dos subtipos según la presencia o ausencia de uso regular de métodos purgativos como medio de compensar la ingesta voraz:
 - a) Tipo purgativo: la persona se involucra regularmente en vómito autoinducido o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

b)Tipo no purgativo: la persona usa otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio excasivo, pero no se involucra regularmente en vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos o enemas”.¹⁴

b. Signos Asociados

Las personas con bulimia nerviosa están dentro del rango de peso normal, aunque algunas pueden tener un leve sobrepeso o bajo peso. El trastorno ocurre pero no es común en personas moderadas y mórbidamente obesas. Hay sugerencias de que, antes del inicio del trastorno alimentario, las personas con bulimia nerviosa tienen más sobrepeso que sus pares. Entre los atracones, restringen su consumo calórico total y seleccionan preferentemente comidas de bajas calorías.

Hay una frecuencia aumentada de síntomas depresivos (por ejemplo, baja autoestima), y síntomas de ansiedad (por ejemplo, temor a las situaciones sociales). Estas perturbaciones del ánimo y de la ansiedad remiten luego de un tratamiento efectivo de la bulimia nerviosa. El abuso o dependencia de sustancias, particularmente de alcohol y estimulantes, ocurre en alrededor de un tercio de personas. El uso de estimulantes a menudo comienza con un intento de controlar el apetito y peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de personas con bulimia nerviosa también tienen trastornos de personalidad (más frecuentemente trastornos de personalidad borderline).

c. Condiciones Médicas Asociadas

El vómito recurrente eventualmente lleva a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de las superficies linguales de los dientes frontales. En algunas personas pueden agrandarse notablemente las glándulas salivares, las personas que inducen el vómito pueden desarrollar callos o escaras en la superficie dorsal de la mano por el trauma repetido con los dientes. Se han observado severas miopías cardíacas y esqueléticas entre las personas que usan regularmente jarabe de ipecap para inducir el vómito.

A veces ocurre irregularidad menstrual o amenorrea, es incierto si estas fluctuaciones se relacionan con las fluctuaciones de peso, las deficiencias nutricionales o el estrés emocional. Las complicaciones raras pero potencialmente fatales incluyen desgarros esofágicos, ruptura gástrica y arritmias cardíacas.

d. Curso

La bulimia nerviosa habitualmente comienza en la adolescencia tardía o adultez temprana. La ingesta voraz frecuentemente comienza durante o después de un episodio de dieta. La conducta alimentaria perturbada persiste durante al menos varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternando con recurrencias de ingesta voraz.

3. ETIOLOGÍA

La causa de esta afección, continúa siendo un enigma. En la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales, radica la etiología y los factores de mantenimiento de la bulimia.

a) Factores biológicos

Existen en la actualidad tres líneas de investigación:

- 1) La primera atribuye a la bulimia un origen común al de la depresión endógena.
- 2) Rau y Green han identificado algunos casos, donde demostraron EEG patológicos y usaron medicación anticonvulsiva con buenos resultados, pero en estos casos los atracones van acompañados de un cuadro sintomático de cleptomanía, parestesias y presencia de aura antes del atracón.
- 3) Wurtman enfatiza que el trastorno primario está en la alteración del Feed-back de serotonina de tal forma que los bajos niveles de este neurotransmisor serían la base biológica de la desesperación por los hidratos de carbono y el resto de la sintomatología una consecuencia de este hecho.

b) Factores psicológicos

Presentan trastornos de la imagen corporal, menores que en la anorexia pero manteniendo los síntomas de insatisfacción extrema cuando están algo gordos y de temor extremo a engordar cuando alcanzarían un peso más bajo.

La presión social articulada con un cierto déficit en la constitución del yo da como resultado una percepción y una valoración del cuerpo errónea, que puede ser el punto de



partida para buscar una dieta restrictiva. Luego de la restricción se darían los primeros atracones y luego las purgas para los atracones, perpetuando el ciclo. Los síntomas depresivos se dan característicamente después de los atracones, pero también se pueden ubicar en diferentes niveles.

c) Factores socio-familiares

La presión social hacia la delgadez se incrementó en las dos últimas décadas generando un desfasaje entre la realidad corporal promedio y la figura idealizada ofrecida por los medios. Los valores adjudicados a la delgadez oscilan entre la simple pertenencia al grupo de moda hasta atribuciones éxito erótico, intelectual y laboral. La mayor parte de los bulímicos han tenido sobrepeso leve que por razones sociales han evaluado como indeseable, incitando a la búsqueda del adelgazamiento irracional.

Citando a Sights y Richards: "las madres de jóvenes bulímicas tienen puestas más expectativas de éxito y son más dominantes que las jóvenes no-bulímicas. De todas formas es difícil precisar una estructura familiar específica, donde se desarrolla bulimia; en su lugar se pueden describir mecanismos de vinculación, valores y conductas familiares comunes a las que se dan en familias de adictos, anorexia nerviosa, ciertos obesos y trastornos serios de la personalidad. En nuestra experiencia hemos observado vínculos simbióticos e insatisfactorios en ambientes donde la valoración del cuerpo y del alimento es a veces confusa. Sin embargo no hay que olvidar que como cualquier patología donde hay

trastornos severos en la conducta, algunos datos que el observador externo califica de etiológicos pueden ser simple consecuencia del cuadro ya instalado".¹⁵

4. TRATAMIENTO

La gran mayoría de los pacientes bulímicos, puede ser tratado en forma ambulatoria, reservándose la internación solo para aquellos en los que hay serias complicaciones médicas y el riesgo de suicidio es elevado, o bien cuando la severidad de los síntomas permanece inalterada aún luego de haberse hecho intentos de tratamiento ambulatorio.

A continuación se describirán, los tratamientos psicológicos incluyendo el enfoque psicoanalítico, el enfoque cognitivo-conductual con una modalidad individual y grupal, el enfoque sistémico de terapia individual y familiar.

a) Terapia Psicoanalítica

Desde la propuesta de Marcelo Hekier y Celina Miller, en tanto psicoanalistas, sostienen una clínica centrada en la escucha posibilitando así el pasaje de una boca forzada a comer, a una boca urgida a poner en palabras el sufrimiento del sujeto. Articulación que intenta intercambiar goce por significante.

En las entrevistas preliminares debe posibilitarse que el sujeto logre "incluirse en sus propios decires" situando así su "localización subjetiva", requisito indispensable para la entrada en un análisis.

La dimensión del acto del analista cobra aquí todo su valor. Deberá articular su estrategia, su táctica y su política en relación con la dirección de la cura e intentar contrarrestar el rechazo "a saber" del analizante. Deberá operarse un viraje que implique el pasaje de una problemática supuestamente referida al cuerpo para lograr la convicción de la existencia del inconsciente.

"Si la anorexia y la bulimia se han convertido en una patología paradigmática de nuestro tiempo es porque, predominantemente, nuestra cultura está objetalizada. Se intenta responder a un ideal de completud, abundancia y progreso a través de una economía de mercado planetarizada, donde el valor del intercambio es aquello que cubre el orden de la necesidad, pero no aquello que responde al orden del amor".¹⁶

Existe entre el sujeto bulímico y el alimento, un vínculo de sujeción. Sujeción que es sometimiento. Sujeción que es esclavitud; como un lazo, un vínculo especial, intenso y exclusivo, amoroso y a la vez despótico entre el sujeto y aquel al que el considera su objeto, objeto deseado y temido, idealizado y siniestro.

Dolto sostiene que "las palabras, para cobrar sentido, ante todo deben tomar cuerpo, ser al menos metabolizadas en una imagen del cuerpo relacional".¹⁷ Esto llevó a los autores antes citados a pensar que estos pacientes precisamente evitan metabolizar no solo los alimentos sino también las palabras.

Actúan con las palabras de la misma manera como con el alimento: devoran sin degustar así como escuchan sin oír- se restringen, mastican, vomitan, evacuan alimentos, así como palabras.

El paciente con bulimia, debate su ser clamando por un mas del Otro, lo que implica:

- que en el acto mismo, en su iteración (apilamiento de crisis), el sujeto intenta captar, recuperar aquello que supone haber poseído alguna vez;
- que en su maniobra –dimensión del acto bulímico- intenta incluir al Otro para rehallar el objeto y, a su vez, objeto mediante, rehallar al Otro;
- que incluye al otro al insistir en *estar vacía*.

b) Enfoque Cognitivo-conductual

El representante mas notorio de este enfoque es Fairburn. Este autor advierte en contra de inclusión, en este tipo de tratamiento, de pacientes graves en cuanto a riesgo de suicidio, a trastorno de personalidad o abuso de drogas. El programa propuesto se desarrolla a lo largo de tres etapas.

En la primera etapa, el objetivo consiste en que el paciente pueda controlar su ingesta. Para evitar que el paciente pase de una dieta restrictiva que le ocasione hambre y luego gatille un nuevo atracón, se le indica un programa alimentario fijo, junto con técnicas conductuales tales como evitar las situaciones de estrés o contextos de hábito o de tentación, que lo precipitan generalmente a los atracones.

La segunda etapa se aboca a la reestructuración cognitiva y consiste en intentar modificar las creencias desajustadas e irracionales que mantienen y refuerzan los patrones bulímicos. También se exploran métodos alternativos de solución de problemas.

La tercera etapa se centra en mantener los logros de las etapas anteriores y prevenir las recaídas por medio de anticipar y prepararlo para enfrentar situaciones de estrés que previamente activaban el patrón bulímico.

Fairburn sostiene que para estas personas estos valores y creencias no son solamente sintomáticos, sino fundamentales en el mantenimiento de este trastorno. Por ello, para el modificarlos es prerequisite para la recuperación.

c) Modelo Conductual

Quienes se encuentran en este modelo lo denominan “tratamiento para la bulimia nerviosa con exposición y prevención de la respuesta”. Indican que las bulímicas restringirían su ingesta y no se atracarían, ni siquiera comerían cantidades normales de ciertos alimentos de alto contenido calórico si no pensarán vomitar después. Su hipótesis es que vomitar es una conducta reductora de ansiedad y es la que mantiene el atracón, y no viceversa. Así, el atracón y el vómito autoinducido están unidos por la ansiedad en un círculo vicioso. El vomitar sería una respuesta de la fuga reforzada por la consiguiente reducción de la ansiedad acerca del peso.

Los ingredientes básicos del programa de tratamiento son los siguientes:

- a) exponer al paciente al estímulo temido, en presencia del terapeuta. Es decir, que debe comer frente a él determinados alimentos o determinadas cantidades;
- b) prevenir la respuesta habitual de fuga, es decir, el vómito. La idea es exponer al paciente a situaciones repetidas de ingesta que son productoras de ansiedad. Al bloquearse la posibilidad de vomitar, el paciente se verá forzado a enfrentar su ansiedad vinculada a la ingesta. Esta a su vez, irá disminuyendo a medida que el paciente verifica que las consecuencias temidas no ocurren o bien es posible controlar estos sentimientos sin el recurso de vomitar.

d) Abordaje grupal

Por lo general, la terapia individual la indican sólo cuando hay una psicopatología evidente y severa que no está vinculada al trastorno alimentario, y que es más importante que éste.

Establecen la abstinencia como meta del programa. Se centra en la conducta, utiliza la presión grupal y la confrontación para reforzar la abstinencia, y parten del supuesto de que los otros problemas serán más fácilmente abordados una vez que se halla corregido el problema alimentario.

Otra corriente de influencia en este modelo proviene de la psicología de la conducta.

El tratamiento se centra básicamente en la conducta alimentaria, y destacan tres aspectos:

- 1) que los pacientes deben mantener un peso estable para poder regularizar sus patrones alimentarios;

- 2) deben comer tres comidas balanceadas cada día;
- 3) las comidas deben planearse con anticipación, utilizando técnicas especificadas.

Si bien los resultados del seguimiento son buenos, se advierte que se podrá validar este programa cuando halla seguimiento a largo plazo.

Al mismo tiempo se explicitan las limitaciones del programa en lo psicoterapéutico, pues solo tiene como objetivo solucionar el trastorno alimentario.

e) Enfoque Sistémico

En este modelo se conciben las relaciones causales como un fenómeno circular. Esto implica que en lugar de centrarse en una cadena lineal de causa y efecto, el terapeuta tiene la flexibilidad de considerar al sistema como un círculo autorreforzador o reacción en cadena que se alimenta a sí misma. El poder de la causalidad circular radica en que el cambio (mejoría del paciente sintomático) pueda lograrse abordando otra parte del sistema (por ejemplo, los padres).

Se incluyen diversos contextos (familia, equipo terapéutico, otras personas significativas), con el objetivo de enriquecer las posibilidades y optimizar los recursos.

f) Enfoque Humanístico- Existencial

Si bien no hemos encontrado bibliografía específica de estas patologías abordada desde este modelo, lo consideramos de importancia y válido como los anteriormente citados será por ello que expondremos conceptos de F. Perls y de C. Rogers.

La teoría guesáltica, plantea que una de las formas de llegar a cierto entendimiento del funcionamiento natural del cuerpo y de las diversas formas de intervenir en él, es aprendiendo a suprimir el control que se ejerce sobre él. Esto es dejar que el cuerpo haga lo que quiere hacer. Mi cuerpo sabe mejor que yo lo que le conviene. Las sensaciones desagradables disminuyen o desaparecen con tan sólo ponerse en contacto con ellas. Los organismos vivos llevan en sí una especie de "deseo" o tendencia innata a estructurarse, a diferenciarse del ambiente y a crecer. Un mandato a ser.

"La mayoría de los proyectos de vida o guiones, o roles, provienen de fantasías infantiles, fantasías alimentadas por adultos, al seguir aferrados a estas fantasías a pesar de los cambios de situación, edad, etc., no estamos escuchando a nuestro CUERPO como TOTALIDAD."¹⁸

Estamos siendo gobernados por una parte solamente, llamada voluntad, motivación, etc. Apoyados en estos fantasmas agredimos a nuestro cuerpo. La intención es entonces descubrir el significado, el sentido de esa enfermedad para esa persona, en ese momento.

El enfermar empobrece al hombre, lo limita en su cualidad esencial de libertad, reduciendo la gama de posibilidades para "planificar o construir" el mundo. Es en el encuentro con el terapeuta comprometido totalmente con la situación donde se generarán las condiciones para que el paciente pueda recuperar su libertad. La meta de la psicoterapia no es la resolución de conflictos, sino la realización personal a través de la recuperación del sentido de la existencia, perdido en el curso de la enfermedad.

La Psicología Humanística se interesa primordialmente por aquellas capacidades y potencialidades humanas que no tienen un lugar sistematizado ni en la teoría conductista ni en la teoría psicoanalítica clásica, por ejemplo, el amor, la creatividad, el autodesarrollo, el organismo, la gratificación de las necesidades básicas, la autorrealización, los valores más altos, el ser, el convertirse, la espontaneidad, la trascendencia del yo, la autonomía, la responsabilidad, la salud psicológica y otros conceptos afines.

Así Carl Rogers, en su libro “El proceso de convertirse en persona” dice:

“Si puedo crear una relación que, de mi parte, se caracterice por:

una autenticidad y transparencia y en la cual pueda yo vivir mis verdaderos sentimientos;

una cálida aceptación y valoración de la otra persona como un individuo diferente, y

una sensible capacidad de ver a mi cliente y su mundo tal como él lo ve:

Entonces, el otro individuo

experimentará y comprenderá aspectos de sí mismo anteriormente reprimidos;

logrará cada vez mayor integración personal y será más capaz de funcionar con eficacia;

se parecerá cada vez más a la persona que querría ser;

se volverá más personal, más original y expresivo;

será más emprendedor y se tendrá más confianza;

se tornará más comprensivo y podrá aceptar mejor a los demás, y podrá enfrentar

los problemas de la vida de una manera más fácil y adecuada.”¹⁹

CAPÍTULO IV

PREVENCIÓN

Los trastornos alimentarios se han incrementado de forma alarmante en los últimos años, afectando a altos porcentajes de adolescentes y adultos jóvenes, poniendo en peligro su salud física, coartando el desarrollo de sus potencialidades emocionales e intelectuales y perturbando el funcionamiento familiar. Dada la gravedad de los síntomas y consecuencias de la anorexia y la bulimia, se torna relevante el área de la prevención.

Si atendemos al nivel primario (acciones tendientes a que la patología no se desarrolle), la prevención debería implementarse a través de políticas institucionales que apunten a lograr el máximo de información, y su adecuada utilización, entre los profesionales correspondientes, especialmente en áreas de Salud y Educación, que colaboren en la detección y orientación de este complejo cuadro. Lamentablemente, en nuestro país estas políticas se tornan lentas y hasta inexistentes en relación al incremento de la patología.

En cuanto a la tarea preventiva a nivel secundario, aquella que contempla el diagnóstico precoz y el rápido acceso al tratamiento, los resultados son exitosos, contando con equipos profesionales especializados en el tema. Fuera de los ámbitos médicos-

psicológicos, la patología puede detectarse en gimnasios y centros de tratamiento de obesidad y centros de belleza integral.

Según estadísticas, el 95% de los pacientes son mujeres. La edad de aparición promedio es en la pubertad y adolescencia, menos en la juventud y rara vez en la adultez. Pertenecen en general a una clase socio-económica media a media alta. Sin embargo, es interesante observar que ultimamente el rango de sexo, edad y nivel socio-económico se está ampliando hacia ambos extremos.

Es posible conceptualizar cuatro niveles en que la preocupación por el cuerpo, dietas y comida incide en la vida de las mujeres, de modo de corregir posibles distorsiones en la evaluación de la importancia de este tema:

Primer Nivel:

Es la preocupación natural por el cuerpo derivada de la lógica coquetería y deseo de responder a las normas estéticas de moda. Se manifiesta de modo ocasional en mujeres que objetivamente tienen algún kilo de más, para lo cual puede hacer algún tipo de dieta sin que esto dificulte su vida cotidiana y emocional.

Segundo Nivel:

Es el de la preocupación molesta y más intensa por el cuerpo que lleva a la persona a dietas autoprescriptas o consultas a médicos o centros de adelgazamiento. De todas

maneras, la autoestima de la persona no se ve comprometida en relación al éxito en el logro de un cuerpo ideal deseado.

Es por ello, que tanto este nivel como el anterior, no presentan mayor riesgo en lo que hace al daño emocional, aunque es necesario aclarar que en la adolescencia este segundo nivel puede convertirse en la antesala de un trastorno más importante.

Tercer Nivel:

La persona se siente compelida a hacer dietas porque su autoestima depende de la conformidad que tenga con su cuerpo. Si bien esta persona puede percibir sin distorsiones como es su cuerpo, se somete con regularidad a dietas estrictas (que generalmente fracasan) y limita en gran medida su vida social y ocupacional. Este nivel ya implica mayor gravedad.

En la adolescencia este es un signo alarmante, porque en la mayoría de los casos es el primer paso hacia el próximo nivel, el de la patología alimentaria franca.

Cuarto Nivel:

En este nivel , de alto riesgo y suma gravedad, la persona está obsesionada por el cuerpo, por la comida y por las dietas, y tiene un gran descontrol alimentario. Esto se acompaña de un desequilibrio emocional, que se percibe en el aislamiento, en la agresividad creciente, en momentos de gran depresión e inhibición general.

Una clara diferenciación de los niveles expuestos apunta a la eficacia en la prevención, lo cual beneficiaría el pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

Por otra parte, también es importante la información a los padres y amigos acerca del modo cómo detectar los signos de qué la persona está enferma, dado que en general ella tiende a ocultarlos.

Las siguientes conductas pueden ser signos de alarma:

- Con exagerada frecuencia se pesa o se mide, se compara físicamente con las demás personas, se mira al espejo o en las vidrieras, afirma que está gorda, habla de comidas y dietas, selecciona alimentos y hace mezclas raras.
- Su estado de ánimo y su humor cambian aparentemente sin motivo poniéndose más hostil a la hora de la comida. Se deprime o se pone agresiva, y cada vez empieza a estar más pendiente de la madre y más alejada del padre.
- Evita las situaciones de comida (en general programando otras actividades en esos horarios, o yendo a “comer” a otras casas). Se altera también su sociabilidad, ya sea porque se aísla progresivamente o porque sus relaciones se vuelven cada vez más superficiales (pseudosociabilidad).

- Hay irregularidades en la menstruación (o directamente falta), se seca la piel y el pelo, siente mucho frío, aparecen los edemas y el estreñimiento.

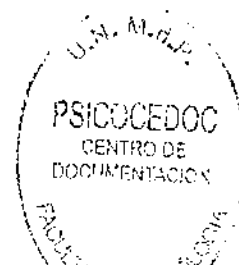
Si los amigos comienzan a notar estos síntomas, deben informar lo antes posible a los padres, de modo que ellos puedan hacer una consulta a un centro especializado.

Estas son patologías que no remiten espontáneamente, es decir, que no se curan sin el tratamiento adecuado.

Siguiendo a Ana Ma. Bonsignore, Marily Contreras y Jorge Parral, en relación a los instrumentos para la prevención que proponen, estos dicen:

“Desde nuestra apreciación los factores culturales, que en este momento posibilitan la aparición de trastornos de la alimentación, son los siguientes:

- Alimento abundante y ofrecido.
- Delgadez como sinónimo de éxito social.
- Bienestar de los hijos como objetivo central de la familia y como consecuencia de la falta de límites.
- Dependencia de los hijos respecto a sus padres, más allá del ciclo vital de la adolescencia.
- Modalidad organizativo-evolutiva de la familia. Niña involucrada en el juego conflictivo de la pareja.



Pensamos que las “charlas” o informaciones donde se enfatiza las descripciones de los síntomas terminan siendo inductoras de estas patologías. Los adolescentes tienen tendencia a ser imitativos, y si esto se apoya sobre una personalidad de base con serios conflictos, puede desencadenar la enfermedad. Por lo tanto para una eficaz prevención, nos inclinamos a realizar talleres de reflexión con niños y adolescentes con utilización de materiales (dibujos, collages) en donde el objetivo sea la educación respecto a una alimentación adecuada.

Con los padres y maestros se trabaja con información sobre la enfermedad, para que estos puedan hacer detección precoz de la patología respecto de la alimentación y al mismo tiempo corregir en ellos, conceptos erróneos.

Las relaciones afectivas de la familia, son otro aspecto de interés a trabajar con los padres en base a cuatro puntos fundamentales:

- Autoestima.
- Comunicación (clara, directa, específica).
- Normas (flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios).
- Relación con la sociedad (abierta y confiada).»²⁰

CAPÍTULO V

ENTIDADES QUE TRABAJAN CON BULIMIA Y ANOREXIA

A continuación, mencionaremos las instituciones que trabajan aquí en Mar del Plata, con estos trastornos de la alimentación. Entre ellas, ALUBA y CIPA, dos entidades diferentes pero con un mismo objetivo: la recuperación del paciente.

C.I.P.A. :

Es una Institución cuyo fin es la investigación, docencia, prevención y asistencia, en trastornos de la alimentación, en particular Bulimia y Anorexia Nerviosa.

Su fundación data del año 1988 y se ha constituido en el primer centro privado marplatense en esta especialidad.

Su labor se basa en un programa de tratamiento de alta complejidad, formación de profesionales, así como las tareas de prevención que realiza un departamento de extensión a la comunidad, a través de charlas, consultas grupales gratuitas, distribución de material referido al tema y publicaciones en diversos medios de comunicación.

Cuenta en la actualidad, con un plantel de diez profesionales como staff permanente y cuatro de ellos en calidad de consultores, cubriendo las áreas necesarias para la recuperación de estas patologías (médico especializado en nutrición de los trastornos

alimentarios, psicólogos, clínicos, psiquiatra, ginecólogo, endocrinólogo, médico de familia).

En el área científica, ha publicado artículos en revistas dentro y fuera del país. Sus profesionales han sido invitados a brindar conferencias en congresos nacionales e internacionales. Estas experiencias con colegas del exterior, permiten decir que Mar del Plata cuenta con una Institución, fundada por profesionales de su ciudad, cuyo programa de tratamiento se encuentra a la altura de otros similares en el mundo.

Esta labor no sólo tiene reconocimiento científico sino también social, a través de Instituciones prestigiosas como el Rotary Club, que ha premiado a los directores del CIPA, por su intensa labor profesional en estas dos graves patologías.

En la actualidad, ya han consultado esta Institución más de doscientos pacientes de los cuales ciento cincuenta aproximadamente han recibido tratamiento. Toda esta experiencia pone en evidencia la importancia de la PREVENCIÓN.

Finalmente, es bueno volver a recordar que estos trastornos deben ser tratados, que su porcentaje de recuperación y cura es importante y que permite un modo más cómodo y feliz de vivir. Para ello es necesario enfrentar que uno está con un grave problema y recurrir en lo posible a la familia para que ésta pueda buscar una solución en un equipo interdisciplinario especializado y con experiencia en el tratamiento de estas graves patologías.

A.L.U.B.A. :

Es una entidad de carácter civil, de bien público y sin fines de lucro con personería jurídica registrada en los Estatutos Sociales, Escritura Pública N° 34 del registro de la Secretaría de Salud de la nación.

ALUBA integra:

- C.A.E.S.P.O Comité Argentino de Educación para la salud de la Población.
- CENOC. Centro Nacional de Organización de la Comunidad (Dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación).
- CANCELLERÍA En calidad de organización no gubernamental.
- NACIONES UNIDAS Integra como Organización No Gubernamental, el departamento de información pública.

ALUBA ha recibido los siguientes premios:

- Prossa
- San Martín de Tours
- Diamantes de Sociedad (en Montevideo- uruguay)
- ALUBA ofrece propuestas terapéuticas integrales a enfermedades como anorexia nerviosa y bulimia.
- El tratamiento es transdisciplinario, centrado en la autoayuda y organizado como Hospital de día.

Una amplia casuística de más de 10.000 casos tratados en la sede Central de ALUBA, en el Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorio Udaondo” y en las distintas filiales, avala la propuesta terapéutica.

- Investigar en el campo de las Patologías Alimentarias en orden a aumentar la eficiencia terapéutica.
- Formar profesionales de la Salud en el campo de las Patologías Alimentarias.
- Formar jóvenes libres de adicciones.

CARACTERÍSTICAS DE ALUBA

ENFOQUE INTEGRAL CIBERNÉTICO

Responde a todas las necesidades terapéuticas del paciente, en sus aspectos médicos y psicosociales.

PERSPECTIVA INTEGRADORA

Se ocupa de todas las características de cada caso sin perder de vista al paciente como persona integrada en un contexto social determinado.

TRANSDISCIPLINARIA

Los profesionales, provenientes de diversas áreas de especialidad, han desarrollado enfoques complementarios.

OBJETIVOS

- Difundir las características y magnitud de estas patologías para generar conciencia social del problema.
- Desarrollar actividades de prevención primaria.

- Facilitar la detección temprana de estos cuadros.
- Ofrecer un diagnóstico completo y preciso de la patología individual y familiar conexas.
- Integrar en el tratamiento al paciente y su familia.
- Estabilizar los factores que generan recidivas.
- Apoyar mediante los grupos de autoayuda el proceso de recuperación del paciente.
- Organizar mediante los mismos grupos el proceso de reinserción social del paciente recuperado.
- Brindar información y consejo a las familias y profesionales de la salud involucrados en la atención de Patologías Alimentarias en todo el país, y en el mundo.

AREA DE ACTIVIDAD

MÉDICA

En el tratamiento integrado, bajo la coordinación psiquiátrica, desarrollan sus actividades las siguientes especialidades: Clínicos, endocrinólogos, ginecólogos, psicólogos, pediatras, nutricionistas, asistentes sociales, odontólogos, terapeutas ocupacionales y paramédicos.

SOCIAL

En lo social se actúa en:

- El relevamiento de factores socio-ambientales.
- La organización de Grupos de Autoayuda.
- El seguimiento y control de pacientes recuperados.
- La organización de actividades terapéuticas no médicas como laborterapia, actividades culturales y recreativas.

EDUCACIÓN

- Elabora programas de difusión de la problemática de las patologías alimentarias.
- Ha creado y dicta el primer curso de especialización para graduados auspiciado por la Universidad de Buenos Aires.
- Instruye acompañantes terapéuticos y familiares de pacientes para convertirlos en colaboradores activos del proceso curativo.

ADMINISTRATIVO

- Mantiene en operación el centro médico en sus aspectos organizativos y de relación con el medio social.
- Organiza la publicidad, jornadas, congresos y seminarios de trabajo y coordina todo el apoyo de infraestructura.

DOCENCIA

La Universidad de Buenos Aires dispone de un curso anual de especialización en Patología Alimentaria para graduados que se dicta a partir de 1992.

- El mismo está a cargo de la Dra. Mabel Bello, quién se encarga de formar a los futuros profesionales de acuerdo a la experiencia terapéutica y metodología propias del sistema empleado en ALUBA.
- Recibe residentes de hospitales nacionales y provinciales de Argentina.
- A partir de 1993 se realizan pasantías para alumnos del último año de la carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano y Kennedy.



INVESTIGACIÓN

Esta área utiliza la casuística propia de ALUBA y de otros centros para avanzar en el conocimiento y desarrollo de métodos terapéuticos cada vez más eficientes.

INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN

- Elabora información de fuentes propias y de otros orígenes para ponerla a disposición del proceso terapéutico y de prevención primaria. Ha este respecto se ha elaborado un plan específico para escuelas, que es donde se encuentra el grupo de riesgo.
- Realiza cursos para maestros. Organiza charlas en escuelas del país como parte de la tarea de prevención.
- También es de incumbencia de esta área la relación con los medios de comunicación social y con los centros del país y del exterior que trabajan en el tema.

CONSIDERACIONES FINALES

La conceptualización de estas enfermedades no puede seguir entendiéndose desde entidades reduccionistas y definidas. El origen de la enfermedad tanto como sus efectos son diferentes en cada persona. Dependiendo muchas veces no sólo de ella sino también de su entorno. De allí que se deben elegir estrategias haciendo hincapié en la situación particular de la persona concreta que consulta.

La anorexia y bulimia nerviosa, son enfermedades de suma importancia médico-psicológico y social, pues comprometen la salud y el destino de un gran número de personas.

La anorexia y bulimia nerviosa no son padecimientos de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes, por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vincula con complejas complicaciones psicológicas y con distintas modalidades enfermizas de la vida familiar.

Se le suman a esta trama, complejos mecanismos socio- culturales, ya que en nuestra sociedad existe la preocupación por la comida, las dietas, el talle, la figura, especialmente entre las mujeres, se considera como ideal un cuerpo esbelto y hay una creencia prevaleciente de que la gordura es mala.

Es por esto que el tratamiento correcto requiere un marco institucional, con facilidades para llevar a cabo estrategias diversas, y de un equipo multidisciplinario integrado y comprometido con la ardua tarea.

Dada la multicausalidad y la multiplicidad sintomática, se hace necesario un abordaje interdisciplinario e integral, en donde convergen los aportes de la psiquiatría, la medicina interna, la psicología, y otras especialidades médicas.

En relación al tratamiento no cabe duda de que la anorexia nerviosa, tiene fama de ofrecer serios obstáculos al mismo; de hecho, no son excepcionales ni los fracasos terapéuticos, ni la evolución hacia la cronicidad ni aún la muerte. Con estos pacientes se han ensayado diversos abordajes terapéuticos, que van desde atender solamente a la recuperación de peso, con total desestimación de los aspectos psicológicos, hasta el psicoanálisis que se extiende a lo largo de años haciendo caso omiso del bajo peso.

El tratamiento efectivo requiere que se realicen cambios en varias áreas, y no se pueden desechar aquellos aportes que hasta el presente han desarrollado diversas escuelas.

En cuanto al tratamiento de pacientes bulímicos, los mismos plantean un desafío importante de trabajo. Para encarar el tratamiento es necesario tener en cuenta todas las variables que pueden estar actuando, y enfatizamos las ventajas de trabajar en equipo.

El tratamiento comienza con una cuidadosa historia clínica para conocer al paciente, sus características personales, sus síntomas de enfermedad, su familia. Una vez obtenida toda la información se puede hacer un diagnóstico correcto y plantear para cada caso una estrategia terapéutica adecuada.

Toda esta problemática pone en evidencia la importancia de la prevención tanto en el nivel primario como secundario. Debiéndosele asignar mayor importancia a políticas institucionales que apunten a lograr el máximo de información y su adecuada utilización, entre los profesionales correspondientes, especialmente en áreas de salud y educación que colaboren en la detección y orientación de este complejo cuadro.

Finalmente, es importante volver a destacar que la bulimia y la anorexia son trastornos que deben ser tratados, ya que su porcentaje de cura y recuperación es alto, permitiendo una mejor calidad de vida.

NOTAS

NOTAS

1. Ma.Cristina Rojas,Susana Sternbach: " Entre dos siglos.Una lectura psicoanalítica de la Posmodernidad." Cáp.5 Patologías del fin del milenio. Pág.141.
2. CIPA – Bulimia y anorexia: Aspectos Generales, 1995.
3. Ibidem.
4. Cecile Rausch Herscovici, Luisa Bay: "Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía." Terapia Familiar. Editorial Paidós. Pág.23.
5. DSM IV American Psychiatric Association, 1994.
6. Idem 4., pág.24.
7. Guillermina Rutzstein: "La anorexia nerviosa y el proceso de separación- individuación." VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría 1998, vol IX 118-124.
8. Winnicott,D.: "La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso", en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós. Buenos Aires,1960.
9. Kaplan,L.:"Adolescencia El adiós a la infancia." Paidós, Buenos Aires, 1991.
10. Salvador Minuchin: "Familias y Terapia Familiar." Cáp. XII Un enfoque longitudinal, los Brown y El Salvador Minuchin.
11. Idem 7, Pág. 121.
12. Idem 10, Pág. 344.
13. S. Palazolli
14. DSM IV, 1994.
15. R. Zukerfeld: "Acto bulímico, cuerpo y Tercera Tópica." Pág. 24.
16. M. Hekier, C. Miller: "Anorexia- Bulimia: Deseo de Nada." Editorial Paidós. Pág.13.
17. Ibidem, Pág.34.
18. Snake, A.: "Lo Organísmico y lo Autoestructurante en Terapia." Pág.299.
19. C. Rogers: "El proceso de convertirse en persona." Paidós. Pág.44y 45.
20. E.Becker, C. Benedetti, N. Goldvarg: "Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria." Editorial Atuel. Cáp.10. Pág.195.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Battegay, R.**, El hambre como fenómeno patológico, Barcelona, Editorial Herder, 1986.
- (2) **Beker, E., Benedetti, C., Goldvarg, N.**, Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria, Editorial Atuel, 1996.
- (3) **Crispo, R., Figueroa, E., Godar, D.**, Trastornos del comer, terapia estratégica e intervenciones para el cambio
- (4) **DSM IV**, American Psychiatric Association, 1994
- (5) **Hekier, M., Miller, C.**, Anorexia- Bulimia: Deseo de nada, Editorial Paidós, 1994.
- (6) **Kaplan, L.**, Adolescencia, el adiós a la infancia, Bs. As. Editorial Paidós, 1991.
- (7) **Minuchin, S.**, Familias y Terapia Familiar, Cap. XII Un enfoque longitudinal, los Brown y El Salvador Minuchin
- (8) **Perls, F.**, Yo, Hambre y Agresión, México, Fuentes Impresora, 1975.
- (9) **Rauch Herscovici, C., Bay, L.**, Anorexia nerviosa y bulimia, Amenazas a la autonomía, Editorial Paidós, 1993.
- (10) **Rogers, C.**, El proceso de convertirse en persona, Editorial Paidós, 1993.
- (11) **Winicott, D.**, Los procesos de maduración y el ambiente facilitador, Bs. As., Editorial Paidós, 1960.
- (12) **Zukerfeld, R.**, Acto bulímico, cuerpo y Tercera Tópica, Ediciones Ricardo Vergara.

REVISTAS

- (13) **Borel, M., Maldonado, M., Mato, L.,** Importancia del Hospital de día como recurso terapéutico en la anorexia y bulimia nerviosa, VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, 1998.
- (14) **Moro, G., Camezzana, G., Melamed, F., Bunge, T.,** Bulimia y anorexia. Una visión integral, en CM Publicación Médica, 1990.
- (15) **Paleo, Ma. del Carmen,** Anorexia- bulimia nerviosa, aportes de investigación sobre el tema visto desde la materia "Comunicación humana y sistemas humanos", en CM Publicación Médica, 1994.
- (16) **Rutzstein, G.,** La anorexia nerviosa y el proceso de separación- individuación, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 1998, vol. IX.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
ESCUELA SUPERIOR DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN- REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDO: Ma. Cecilia Bou, Carolina Gorga.

MATRICULA Y AÑO: 2092/91 2142/91

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: Psicología Clínica

SUPERVISOR: Lic. Alberto Vilanova

CO-SUPERVISOR:

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:
SI..... NO.X....

TITULO DEL PROYECTO: Bulimia y Anorexia.

PALABRAS CLAVE (hasta cinco): Identidad- Deseo- Imágen corporal- Contexto Familiar- Modelos Culturales.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad, en no más de 120 palabras, escrito a máquina o P.C. y luego pegado):

Nuestro trabajo de Investigación intentará abordar la problemática de los transtornos alimentarios, específicamente bulimia y anorexia, desde distintos marcos teóricos psicológicos (Psicoanalítico, Sistémico y Humanístico-Existencial).

Nos proponemos con el mismo, desarrollar los temas relativos a la conformación de la identidad, aceptación del sí mismo y modelos vinculares, teniendo en cuenta que toda persona se constituye a través de un proceso de identificación que se desarrolla en el seno del núcleo familiar con el cual convive tempranamente.

Entendiendo a la bulimia y anorexia como la punta de un iceberg formado por un cierto conflicto individual y familiar sobre el cual la cultura hace su aporte dándole una forma particular.

OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES (Alcances de la Investigación: exploratoria, descriptiva y/o explicativa): Describir y explicar desde diferentes marcos teóricos los diversos factores individuales, familiares y sociales que contribuyen en la formación de la bulimia y anorexia.

METODOS Y TÉCNICAS (Fuentes, procedimientos y análisis de datos):

-Entrevistas a informantes calificados:

- * Psicólogos
- * Entidades relacionadas

-Recopilación de material bibliográfico:

- * Biblioteca de la Universidad de Mar del Plata
- * Biblioteca Municipal
- * Facilitado por miembros pertenecientes a entidades.

LUGAR DONDE REALIZARA EL TRABAJO: Ciudad de Mar del Plata

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

- 1° Etapa: -Recopilación de información: Reunir datos a través de entrevistas, lectura de material bibliográfico.
- 2° Etapa: -Selección del material: Extraer de los datos obtenidos los aportes significativos a nuestro quehacer investigativo.
- 3° Etapa: -Organización y armado del trabajo: procesamiento y elaboración de la información.
Consideraciones finales a las que se arribaron.
- 4° Etapa: -Impresión gráfica y encuadernación-

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE REFERENCIA:

- Rubén Zukerfeld: "Acto bulímico, cuerpo y Tercera Tópica". Ricardo Vergara Ediciones.
- Salvador Minuchin: "Familias y Terapia Familiar".
- Guillermina Rutzstein: "La Anorexia Nerviosa y el proceso de separación- individuación". VERTEX Revista de Psiquiatría. 1998, Vol.IX.
- Marta Borel, Marta Maldonado y Liliana Mato: "Importancia del Hospital de Día como recurso terapéutico en la Anorexia y Bulimia Nerviosa". VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría. 1998.

.....
.....
.....
Firma Supervisor

.....
.....
.....
Firma Co-supervisor

.....
.....
.....
Firma del Alumno

.....
.....
.....
Comité de Investigación

FECHA CONFORMIDAD:

.....
.....
.....
Comité de Investigación

18/10/99