



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

ANOREXIA NERVIOSA Y PSICODRAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Belén María Horcajo Marrupe, Daniel Aniorte Martínez, Anna María Boszczyk, María Teresa Izquierdo Ros, Marta Gómez Oltra, Joaquín Gil Sánchez.

belen.hm9@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una adolescente de 16 años con sintomatología compatible con el diagnóstico de Anorexia Nerviosa Restrictiva. Una parte importante del tratamiento psicológico se basó en el trabajo de su imagen corporal. En este caso, lo llevamos a cabo mediante ejercicios psicodramáticos en formato bipersonal.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

El motivo de consulta fue el descenso en su rendimiento académico el cual había sido, hasta ese momento, excelente. Aun así, dicho descenso no era significativo. Iba acompañado de sintomatología depresiva (bajo estado de ánimo, tendencia al aislamiento y a la clinofilia, apatía, anhedonia, anergia y alteración del patrón de sueño) que era el otro motivo de consulta.

Antecedentes personales

No presentaba antecedentes de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos. Aunque, a partir de la exploración de su historia biográfica, inferíamos rasgos de personalidad obsesivos y una tendencia a padecer sintomatología ansiosa en momentos de estrés.

Antecedentes familiares

Según lo referido por sus padres, la madre tuvo depresión postparto tras el nacimiento de nuestra paciente. Después del mismo, comenzó a tener algunos comportamientos compulsivos de limpieza que, aunque se han mantenido en el tiempo, no han llegado a presentar la intensidad suficiente como para interferirle en su funcionamiento diario. Describen a la madre como una persona con rasgos obsesivos. El padre es descrito con rasgos narcisistas.

Enfermedad actual

Además de la sintomatología motivo de consulta, identificamos en nuestra paciente sintomatología propia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), concretamente de una Anorexia Nerviosa restrictiva. Presentaba pérdida de peso significativa con un miedo intenso a recuperar un peso saludable, importante distorsión de la imagen corporal y amenorrea de 3 meses de evolución. Esta sintomatología había pasado desapercibida para la familia. La pérdida de peso la consideraban consecuencia del malestar sufrido por el descenso académico.

ANOREXIA NERVIOSA Y PSICODRAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Exploración física

En cuanto a la exploración física, se llevó a cabo por parte de una enfermera especialista en Salud Mental. Todos los parámetros estaban dentro del intervalo normal salvo el Índice de Masa Corporal que se situaba en 16.7.

Exploración funciones psíquicas

Además de las entrevistas clínicas realizadas conjuntamente con la familia, la paciente fue evaluada con una serie de cuestionarios. Por un lado, para evaluar sintomatología depresiva, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) donde la puntuación obtenida (22) era indicativa de gravedad moderada. Y por otro lado, se evaluó la sintomatología alimentaria mediante varios cuestionarios. En primer lugar, con el Cuestionario de Actitudes ante la alimentación (EAT-26), donde obtuvo puntuaciones elevadas en las escalas Restricción alimentaria (25) y Control oral (23). Y en segundo lugar, con el Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI-2) donde se observaron puntuaciones muy elevadas en las escalas Tendencia a la delgadez (90), Insatisfacción corporal (95), Perfeccionismo (85) y Miedo a la maduración (80). Los resultados de ambos cuestionarios indicarían la posible presencia de un TCA apoyando de esta forma, la impresión clínica obtenida en las entrevistas.

Informe del laboratorio, test y pruebas realizadas

Tras la evaluación de la paciente los resultados indicaban la presencia de sintomatología depresiva y alimentaria clínicamente significativa.

Diagnósticos diferenciales

El diagnóstico diferencial fundamental fue en torno a las diferentes categorías diagnósticas dentro del grupo de TCA. Al no presentar atracones, vómitos ni otras medidas purgativas, y debido a la presencia de un bajo peso con amenorrea, se descartó el diagnóstico de Bulimia Nerviosa.

Diagnóstico definitivo

Finalmente se realizó el diagnóstico de Anorexia Nerviosa tipo Restrictivo y Episodio depresivo moderado.

Tratamiento, terapias aplicadas

Una parte importante de la terapia fue el trabajo de su imagen corporal desde el psicodrama mediante la técnica de la silueta.

Los objetivos a conseguir era la toma de conciencia de la distorsión de la misma, trabajar el rechazo al cuerpo aceptándolo y valorando los aspectos positivos del mismo y la mejora de la autoestima consecuente.

Para ello se realizaron 5 ejercicios utilizando la silueta de la paciente: dibujar la imagen percibida y la real superpuestas en un papel continuo, lo que le permitió comprobar cómo sobreestimaba su tamaño real; colorear las partes del cuerpo y explicar el porqué de los colores elegidos; identificar emociones con cada una de las partes, lo cual le ayudó a darse cuenta de que cuando se encontraba mal lo pagaba con su cuerpo; enfrentarse a su silueta estableciendo un diálogo con ella; construir un collage con recortes de periódicos, revistas... sobre la silueta y explicar el porqué los había elegido. Esto nos sirvió para abordar miedos, necesidades, deseos...

EVOLUCIÓN

ANOREXIA NERVIOSA Y PSICODRAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tras estos ejercicios, se observó una menor distorsión de su imagen corporal y una mayor aceptación de su cuerpo. Ello se vio traducido en que comenzó a vestir ropa menos holgada y más colorida y a ponerse prendas hasta entonces rechazadas. Además, emitía menos comentarios negativos acerca de su cuerpo. Consecuencia de ello fue la atenuación de la sintomatología depresiva. Como conclusión, señalar la importancia del trabajo específico de la imagen corporal en el tratamiento de estos pacientes. En esta patología, el rechazo al propio cuerpo suele esconder el rechazo que sienten hacia otros aspectos de su vida y de sí mismas.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Cuando nos encontramos con pacientes que presentan psicopatología alimentaria, si su IMC es muy bajo, es prioritario realizar la rehabilitación nutricional antes de poder iniciar un tratamiento psicológico. En la medida en la que van aumentando dicho índice, se debe iniciar el tratamiento psicológico y psiquiátrico si fuera necesario. En el primero, es fundamental el trabajo con la imagen corporal partiendo de la idea de que el cuerpo es el "lugar" donde se depositan sus miedos, fantasías... Además, es imprescindible el trabajo con la familia, como coterapeutas y como parte del tratamiento, puesto que se ha visto que dicha sintomatología está influida por la estructura y el funcionamiento familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Volumen 1. Primera edición: Madrid. McGraw-Hill; 1995.
2. Minuchin S, Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Primera edición: Barcelona. Paidós; 1984.
3. Palazzoli MS, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Los juegos psicóticos en la familia. Primera edición: Barcelona. Paidós; 1990.
4. Población P. Manual de Psicodrama Diádico. Bipersonal, individual, de la relación. Primera edición: Bilbao. Desclée de Brouwer; 2010.