

ABORDAJE RELACIONAL EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO



*“Las cosas en realidad son más sencillas de lo que se pueda pensar,
pero mucha más complicadas de lo que se pueda comprender”*

AINHOA PASCUAL BORREGA
3º On-Line Curso de Psicoterapia y Familia
Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar

INDICE

- 1. Introducción**
 - 1.1 Magnitud del problema**
 - 1.2 Óptica de la complejidad y enfoque sistémico**
 - 1.3 La comida y sus múltiples significados**

- 2. Características Relacionales Familiares presentes y su papel en el inicio y mantenimiento de los síntomas.**
 - 2.1 Parentalidad y conyugalidad**
 - 2.2 El vínculo paterno-filial**
 - 2.2.1 Teoría del Apego**
 - 2.2.2 Bowlby**
 - 2.2.3 Ainsworth y los estilos de Apego**
 - 2.2.4 Mary Main**
 - 2.2.5 Cuidador-Capacidad Reflexiva-Mentalización**
 - 2.2.6 Evolución del Apego inseguro en el adolescente-adulto**

 - 2.3 Luigi Onnis: los modelos interactivos de las familias con algún miembro con enfermedad psicósomática**
 - 2.4 Características de las familias anoréxicas M. Selvini (Modelo Multidimensional)**
 - 2.4.1 Los Padres**
 - 2.4.2 Las madres**
 - 2.4.3 Relación de pareja**
 - 2.4.4 Relaciones fraternales**

 - 2.5 Historias Familiares**

 - 2.6 Mitos y fantasmas familiares**

 - 2.7. Conclusiones**

- 3. Personalidad de las pacientes con TCA**
 - 3.1 Tipos de Personalidad**
 - 3.1.1 Tipo Dependiente**

 - 3.1.2 Tipo Borderline**

 - 3.1.3 Tipo Obsesivo-Compulsivo**

 - 3.1.4 Tipo Narcisista**

 - 3.2 Tipos de Anoréxicas de acuerdo a su relación con sus figuras parentales**

- 4. Factores Psicosociales**
 - 4.1 Factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes**
 - 4.2 El papel de los medios de comunicación de masas en la aparición y mantenimiento de los TCA.**
- 5. Intervención**
 - 5.1 Razones que legitiman el trabajo con el sistema familiar**
 - 5.2 Objetivos del tratamiento para la paciente y familiares**
 - 5.3 Criterios de eficacia e instrumentos de evaluación**
 - 5.4 Nardone y su modelo de Terapia Breve Estratégica**
 - 5.4.1 Proceso de Abstinencia**
 - 5.4.2 Las intervenciones terapéuticas**
 - 5.4.3 Casuística**
 - 5.4.4 Propuestas de intervención**
 - 5.5 Las esculturas del presente y del futuro: un modelo de intervención terapéutica en las situaciones psicósomáticas.**
- 6. Funcionalidad del síntoma**
 - 6.1. Conexiones básicas entorno a la triple polaridad:
Síntomas - persona-familia**
 - 6.2. Funciones del síntoma en la historia personal de la
Paciente.**
- 7. Cronicidad**
- 8. Trastornos en la Infancia y Adolescencia**
- 9. Desvinculación procesos de individuación y sus desviaciones como generadores de psicopatologías**
- 10. Bibliografía**

1. Introducción.

El trabajo que se presenta a continuación pretende abordar el los TCA (1), desde la *óptica de la complejidad*, intentando entender un poco mejor la conexión entre la persona del paciente, su modo de estar en el mundo, y la elección de un determinado síntoma, coherente con la estructura, a la vez, defensiva y expresiva de su “drama original”, así como la funcionalidad del mismo.

Comenzar la búsqueda de un nexo, de un sentido, entre las vicisitudes de la historia personal de la chica y el inicio de la sintomatología anoréxica es precisamente el constructivo punto de partida del esfuerzo de entender y, por tanto, finalmente cambiar. Los TCA surgen y se expresan, en lo referente al contexto relacional y familiar, en un momento concreto de la evolución del individuo y de su entorno.

El *enfoque sistémico* pone su mirada en las interacciones, en la conectividad relacional, tratando de contextualizar y enseñar desde una mirada más amplia, que nos permite comprender los mecanismos que mantienen las conductas (teniendo en cuenta la función que éstas cumplen dentro del sistema en el que se encuadran) e intervenir sobre los múltiples aspectos que conforman dicho sistema.

1.1 Magnitud del problema

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la AN (2), la BN (3) y otras alteraciones menos específicas denominadas TCANE (4).

La prevalencia de los TCA ha sido descrita mayoritariamente en adolescentes y en mujeres, siendo menor los casos detectados en hombres y en personas adultas. Sin embargo, durante los últimos años, ha sido progresivamente reconocido que este trastorno se presenta en mujeres mayores y la edad promedio de inicio parece haber aumentado gradualmente.

Las primeras descripciones de la AN datan del siglo XVII, cuando Morton estableció que el origen de este trastorno, a diferencia de otros estados de malnutrición, era una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones. En el siglo XIX se describe como cuadro psicopatológico individual similar al observado en la actualidad, aunque se pensaba que era una enfermedad del ánimo. La historia de la BN es mucho más reciente, aumentando considerablemente el número de personas afectadas en los últimos años. Entre las razones, posiblemente su evolución menos dramática y la facilidad de las personas afectadas para pasar desapercibidas.

Las estimaciones sobre la incidencia y prevalencia de los TCA varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación. A pesar de estas dificultades metodológicas, es destacable el aumento de la prevalencia de los TCA, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países del tercer mundo. El aumento de la prevalencia es atribuible al incremento de la incidencia y a la duración y cronicidad de estos cuadros.

Los estudios realizados en España, en la población de mayor riesgo, mujeres en la franja de edad de 12 a 21 años, reflejan una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE (TCA atípicos o no especificados). En total, estaríamos hablando de unas cifras de prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41%.

En el caso de varones adolescentes, aunque existen menos estudios, obtenemos una prevalencia de 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TCANE, con una prevalencia total de 0,27% a 0,90%²⁻¹⁰.

1.2 Óptica de la complejidad y enfoque sistémico

La óptica de la complejidad, marca la evolución epistemológica de la orientación sistémica (Morin 1983). Esta propone que en cada realidad humana existe una pluralidad compleja de niveles, que a pesar de mantener su propia autonomía, presenta influencias circulares y puntos de intersección. Esto significa que los modelos de intersección y los mitos familiares, las relaciones reales y las representadas, y el presente y el pasado no constituyen niveles contrapuestos y separados como proponen algunas concepciones reduccionistas y dicotómicas, sino complementarios.

El objetivo del proceso terapéutico consiste, entonces, en recuperar no tanto el sentido holístico de una "totalidad" inalcanzable, sino el sentido de esta articulación compleja de la realidad humana. Si queremos que el cambio terapéutico no sea efímero debe relacionarse con respuestas terapéuticas que no ignoren esta complejidad.

Los TCA son considerados una *enfermedad psicosomática* (Gómez, 1996) y pueden ser entendidos como trastornos del comportamiento alimentario, multicausados, de naturaleza compleja (Onnis, 1994; Calvo, 2000), y que afectan de un modo total al individuo que los padece.

Por lo que respecta al trastorno psicosomático, una óptica de la complejidad presupone que dicho trastorno es el resultado de la correlación de múltiples componentes: biológicos, psicoemocionales, relacionales, familiares, pero cada uno de ellos conserva una propia especificidad y autonomía y puede requerir, en consecuencia, modalidades específicas de intervención. A un fenómeno complejo se le requiere dar una respuesta terapéutica que no sea reduccionista, dicha respuesta sólo podrá ser interdisciplinar, luego debe prever una copresencia y una coparticipación de múltiples figuras profesionales, como el médico, el psicólogo, el terapeuta familiar.

A esta enfermedad se le ha restituido su característica fundamental, la de punto doloroso de integración de factores biológicos y psicosociales, de encrucijada entre naturaleza y cultura.

La enfermedad psicosomática, más que un "enemigo contra el que luchar", avería a arreglar, anomalía a cancelar, se convierte también en indicador de un malestar que antes que nada hay que entender y que hace referencia no sólo al individuo que es su portador sino también al contexto al que pertenece.

La mayor parte de los modelos que han sido aplicados en dicho campo, influidos por las tendencias dicotómicas de inspiración cartesiana que caracterizan nuestra cultura, han fragmentado el fenómeno psicosomático, reduciéndolo a una sola de sus partes. Pero en el ámbito de estos modelos reduccionistas, la enfermedad psicosomática no encuentra ni hipótesis interpretativas adecuadas ni resultados clínicos satisfactorios, visto que, en un amplio porcentaje de casos, el trastorno evoluciona hacia la cronicidad.

1.3 La comida, en sus múltiples significados.

La comida en los TCA se presenta como medio para expresar la complejidad relacional de esta fase de paso, comer con la familia representa un óptimo observatorio para evaluar este tipo de dinámica. En particular, la comida familiar es una práctica fundamental para la construcción y la reproducción de la familia, de las relaciones emotivas y de las relaciones de poder. Morag Fraser (1994) sostiene que el compartir la comida “construye la familiaridad y la tolerancia y rinde una familia fuerte para superar las adversidades” La mesa donde la familia come es “el lugar de las confesiones, de las risas, de las revelaciones, de los rituales de paso y de iniciación. Más que en la casa, es en la mesa donde se adquieren las capacidades y las experiencias familiares”. Los tipos de comida y la frecuencia de las comidas son componentes muy fuertes de las relaciones afectivas y resultan directamente correlacionados con la construcción y la reproducción de relaciones emotivas.

El compartir la comida marca, por lo tanto, el sentido de pertenecer, el afecto y la identidad familiar. Esto viene “utilizado como mecanismo de orientación, de refuerzo o de destrucción de la sociabilidad”. La comida se convierte en un elemento importante en relación al cual giran los conceptos de educación, de control, de conformidad y de obediencia.

Para un adolescente comer en la mesa asume significados importantes. En la mesa se experimentan relaciones basadas sobre el afecto y la proximidad, pero en el mismo tiempo vienen experimentadas oposiciones y conflictos. Las diversas relaciones de poder, que existen entre hijos y padres, se expresan a través del resentimiento, la rabia y la frustración que pueden ser expresadas dentro y a través del cuerpo del adolescente y de su comportamiento alimentario.

Comer no es solo un momento de convivencia y de placer, también puede ser de rabia, de discusión y de protesta. En torno al rechazo de un plato de comida, está la lucha por el poder, la rebelión, el querer romper contra un ejercicio de autoridad considerado demasiado severo. Precisamente porque la comida en la mesa presupone el respeto de reglas comportamentales, comunicativas y emotivas, para un adolescente que quiere provocar a su familia, no existe lugar mejor para hacerlo. .

No comer significa rechazar al otro, a quien nos ha dado siempre de comer; significa distanciarse de una relación, agredirla. Por lo tanto, la comida representa un verdadero y propio canal de rebelión. Rechazar la comida significa también ejercitar una elección sobre costumbres alimentarias y por lo tanto representa el desplazamiento hacia la edad adulta y liberarse de la autoridad y de la influencia de los padres. Rechazar de comer con la propia familia significa rechazar el concepto de las comidas como vínculo familiar y rechazar el apoyo de los propios padres.

La anorexia representa un tentativo análogo, más extremo, de rebelarse al poder de los padres y ejercer la autonomía a través del rechazo de la comida, pero también poner en marcha una “*huelga de hambre*” que remite a temas afectivos y relacionales, ligados no solo a la fase específica del ciclo vital, sino también a elementos históricos y míticos del grupo familiar. En un movimiento psíquico de puesta en discusión de relaciones y de afectos, turbar el cuadro de las comidas familiares puede ser un comportamiento que el adolescente ponga en acción. La naturaleza de los alimentos y la cantidad hacen parte de estos cambios: “A través de estas nuevas conductas alimentarias es la aprobación de su cuerpo que el adolescente busca, así como un mayor control sobre sus necesidades” (Onnis, 2004). Y es propiamente en este cuadro que se comprenden los comportamientos alimentarios raros y desviados que los adolescentes pueden poner en juego.

2. Características Relacionales Familiares presentes y su papel en el inicio y mantenimiento de los síntomas



El camino no es buscar rígidas tipologías de juegos familiares, como tampoco que exista “la personalidad de la anoréxica”, a diferencia de ciertas reflexiones pasadas (Selvini Palazzoli, 1963, 1974) y de lo sostenido por otros autores.

No es viable pensar que exista y deba buscarse “la familia de la anoréxica” puesto que entre los numerosos autores consultados, se encuentra verdaderamente de todo (madres, padres, incluso abuelos dominantes...) y lo contrario de todo (madres, padres ausentes, etc). Por lo tanto, me parece evidente que la pretensión de identificar una “familia de la anoréxica” que se repita de un caso a otro es del todo imposible.

Tratar de entender mejor es más complejo, aunque no debemos extraviarnos en esta complejidad, considerando que toda configuración es igualmente probable y, por lo tanto, todo descubrimiento es arbitrario. En cambio, en ella se verifican dimensiones relacionales y familiares que son más recurrentes que otras, éstas son las redundancias personales, familiares y sociales.

2.1 Parentalidad y conyugalidad



En las familias existen dos dimensiones relacionales que son la Conyugalidad y la Parentalidad, los fenómenos que allí suceden no son independientes el uno del otro, es decir, ambos se influyen mutuamente (Linares, 2002).

En ambas dimensiones relacionales existen componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos, lo cual conforma lo que se conoce por “*nutrición relacional*”. Se entiende por nutrición relacional aquellos fenómenos orientados hacia el bienestar de los miembros de un sistema, en éste caso familiar, en donde prepondera el reconocimiento, la valoración, el cariño y la ternura, el deseo y el sexo (dentro de una dimensión conyugal) y la sociabilización y el cuidado (para la dimensión parental).

Si bien es cierto que en ambas dimensiones hay similitudes, también es muy cierto que hay una ineludible diferencia, determinada por los componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos, sobre todo por éste último. En la dimensión conyugal, por

ejemplo, vemos que dentro del componente cognitivo, tenemos el reconocimiento y la valoración, el primero es un movimiento perceptivo que permite descubrir la existencia del otro, el segundo permite apreciar las cualidades del otro. En el espacio emocional, dentro de la dimensión conyugal nos encontramos con el cariño y la ternura, preponderantes en el espacio afectivo, lo cual supone una implicación emocional, una entrega al otro. En el plano pragmático, dentro de la dimensión conyugal también, se encuentra el deseo y el sexo, aquí la reciprocidad en la pertenencia es lo que convierte al deseo y al sexo en amorosos, y aquí es donde se diferencia plenamente de la dimensión parental.

En la dimensión parental, los componentes cognitivos y emocionales se conservan iguales, es en el plano pragmático donde hay diferencias, aquí se encuentran lo que se conoce por sociabilización, cuidado, normatividad y protección, que no es más que la implicación de los padres en la supervivencia y adaptación social de los hijos, donde el niño además de ser protegido y cuidado por sus padres, debe ser instruido para que pueda desenvolverse por sí mismo.

La relación dentro de la conyugalidad puede ser simétrica o complementaria, mientras que la relación parento-filial es primordialmente complementaria, esto quiere decir, que básicamente es más fuerte la influencia de “problemas conyugales” sobre las relaciones parento-filiales, que los problemas de los hijos sobre las relaciones conyugales. Es casi imposible hacer ésta separación, sin embargo, como marco teórico referencial de la investigación propuesta por Linares, se cree que *los trastornos de la conducta alimentaria son producto de la disfunción de las relaciones conyugales que repercuten en las relaciones paterno-filiales.*

2.2 El vínculo paterno-filial



La familia es considerada una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc.

Por lo cual retornaremos a la familia como la institución que nos provee y que además nos da las herramientas necesarias para poder enfrentarnos al mundo, formando redes fundamentales, para la determinación de nuestra personalidad y que más adelante nos definirán como individuos.

Es necesario por lo tanto retomar la importancia de la figura de apego.

2.2.1 Teoría del Apego

Apego: utilización de la persona de preferencia como base de seguridad para a partir de la cual explorar el ambiente, y hacia la cual retornar en busca de refugio y confort en momentos de alarma.

El elemento central de esta teoría es el “vínculo de apego”, que hace referencia a una relación específica que un individuo establece con otro que es considerado más

fuerte y sabio, por ejemplo, el vínculo que tiene lugar entre un niño y su madre. Y por “conductas de apego”, se entiende todos aquellos comportamientos que fomentan el contacto o la proximidad física con la figura de apego, como puede ser llorar, sonreír o seguir a la figura de apego. Aunque en un momento dado, las conductas de apego puedan dejar de estar presentes, en cambio, el vínculo de apego perdura de forma relativamente consistente a lo largo del tiempo.

2.2.2. Bowlby

La teoría del apego fue originalmente formulada por el psicoanalista británico John Bowlby en el Instituto Tavistock de Londres. En 1958 introduce por primera vez esta teoría en el artículo “The nature of the child tie to his mother”. Las teorías más ampliamente aceptadas para la explicación del vínculo madre-hijo eran de tipo motivacional secundario. Esto significa que desde diferentes perspectivas teóricas, como la teoría psicoanalítica o la teoría del aprendizaje social, se propone que el vínculo madre-hijo surge porque la madre alimenta al hijo, asociándose así, de forma positiva, la satisfacción de necesidades primarias como el hambre con la presencia de la madre.

Según la teoría de apego planteada por Bowlby, este vínculo tan estrecho que se establece entre el bebé y su cuidador principal, y que es particularmente evidente cuando se interrumpe, es el resultado de un deseo, de base puramente biológica, de mantener la proximidad con el cuidador. Se trataría pues de un atributo biológico universal derivado de la historia natural de la humanidad. Desde esta perspectiva evolutiva, la selección genética habría favorecido los comportamientos de apego, como sonreír, llorar o seguir a la madre, porque aseguran la proximidad de un adulto protector. Cuando el entorno es favorable, la exploración y el juego se incrementan, mientras que si el entorno se considera peligroso, entonces se activan comportamientos como la búsqueda de proximidad con el cuidador principal a la vez que la exploración y el juego disminuyen. De este modo la figura de apego representa una base segura desde la cual el niño explorar el entorno sin peligro.

Una característica del apego es su estabilidad a lo largo de la vida adulta. Esta idea de continuidad del apego, se articula en torno a otro concepto fundamental en la teoría de apego como son los denominados *Modelos Internos de Trabajo*. Estos modelos son representaciones mentales que van forjándose a través de las interacciones repetidas diariamente entre niños y padres durante la infancia. A través de las interacciones diarias los niños van acumulando conocimiento y expectativas, a cerca de sí mismos, de las figuras de apego, de los demás y de las relaciones sociales en general, y de esta manera, las representaciones mentales acaban proporcionando esquemas para regular, anticipar e interpretar el comportamiento e interacciones de los demás.

Por lo tanto la teoría de apego no sólo es importante por señalar la función protectora inmediata de los vínculos de apego en la infancia, sino por el hecho de plantear que las relaciones cálidas y continuas con el cuidador principal promueven la salud mental, el equilibrio emocional y el bienestar del niño a lo largo de la vida adulta.

2.2.3 Ainsworth y los estilos de Apego

Mary Ainsworth, miembro del equipo de Bowlby, fue pionera en los estudios de observación de las interacciones madre-hijo y creó una herramienta para la evolución del apego durante la infancia, la *Situación Extraña*, a partir de la cuál desarrollo la primera categorización de los diferentes tipos de apego que se pueden establecer en las situaciones ordinarias entre madre e hijo.

En base a las reacciones de los niños ante separaciones y reuniones con la figura materna, Ainsworth identifica *tres estilos básicos de apego*:

- **Seguro** (grupo B, 65%): El niño es capaz de confiar en el cuidador, que es una fuente asequible de seguridad y protección si surge necesidad.
 - Aparece ansiedad frente a la separación, y reaseguramiento al volver a encontrarse con la madre.
 - Promueve la exploración del medio por parte del niño, por sentirse confiado.
 - Relacionado con madre sensible y rápidamente reconfortante.
- **Inseguro**: el niño no ha experimentado poder disponer de un cuidador que le proteja y reconforte en momentos de estrés.

Ansioso-evitativo (grupo A, 20%)

- Poca ansiedad durante la separación y desinterés en el posterior reencuentro con la madre.
- Relación con desconfianza en la disponibilidad del cuidador, rechazo materno.

Ambivalente-resistente (grupo C, 10%)

- Ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con la madre.
- Limitada exploración y juego. Relacionado con la imprevisibilidad de la madre.

Desorganizado (grupo D, 5%)

- Comportamientos contradictorios o episodios de desorientación.
- Su cuidador ha sido fuente de temor y de reaseguramiento.
- Frecuente historia de severa desatención o de abuso sexual o físico.

2.2.4 Mary Main

Propone la AAI (Adult Attachment Interview), entrevista de Apego del Adulto (EAA). Clasifica el estado mental en función de los patrones de pensamiento, recuerdos y relatos acerca de relaciones pasadas.

Tres tipos de apego del adulto:

- Seguro/autónomo: integran coherentemente sus recuerdos en una narración con sentido.
- Inseguro: dificultades en integrar las memorias de las experiencias con el significado de las mismas.
 - Inseguro/desatendido (despreocupado): tienden a negar recuerdos, idealizando o minimizándolos.
 - Inseguro/preocupado.

Es importante tener en cuenta que la clave de la AAI no es lo que el sujeto cuenta sino cómo lo hace (calidad, cantidad, relevancia y forma de la comunicación).

2.2.5. Cuidador-Capacidad Reflexiva-Mentalización

La capacidad de los padres para observar la mente de los niños facilita la comprensión general que los niños tienen de las mentes a través del apego seguro. Un cuidador reflexivo incrementa la probabilidad del apego seguro del niño, el cual a su vez, facilita el desarrollo de su capacidad de mentalizar.

El proceso es intersubjetivo: el niño consigue conocer la mente del cuidador de acuerdo a como este intenta comprender y contener el estado mental del niño. Nuestra capacidad reflexiva es por lo tanto, una adquisición transgeneracional (importancia para prevención y tratamiento)

Una relación de apego seguro provee un contexto también seguro para que el niño explore la mente del cuidador y de esta manera conozca más acerca de las mentes. Ve que el cuidador lo representa a él como un ser intencional, y de esta representación es internalizada para formar el self.

2.2.6 Evolución del Apego inseguro en el adolescente- adulto

El apego inseguro en si no es psicopatología pero puede favorecer una trayectoria. Unido a otros factores de riesgo puede incrementar el riesgo de patología internalizante, esta dimensión incluye los trastornos de ansiedad y depresión y de patología externalizante que incluye los trastornos de conducta, abusos de sustancias e hiperactividad. (Rutter, 1985)

Diversos estudios han encontrado que las personas con un estilo de apego no resuelto (desorganizado, según la clasificación de la AAI), presentan con mayor probabilidad trastornos bipolares (Tyrrell & Dozier, 1997), desórdenes afectivos mixtos, trastornos alimenticios, abuso de sustancias (Fonagy et al., 1996) y personalidad borderline (Fonagy, 1999b; Fonagy et al., 1997).Según el estudio de Fonagy el 64% de los TCA según la AAI se clasifica como inseguro-preocupado.

Las mujeres con TCA carecen de habilidad de examinar sus propios estados psicológicos y afrontan el estrés enfocándolo en su cuerpo. Alejan la atención de los problemas relacionados con el apego hacia un objetivo externo más "asequible": su cuerpo.

2.3 Luigi Onnis: los modelos interactivos de las familias con algún miembro con enfermedad psicosomática

Luigi Onnis en el libro “La palabra del cuerpo, psicosomática y perspectiva sistémica”, presenta un estudio de los modelos interactivos de las familias con algún miembro con enfermedad psicosomática.

Presenta un estudio de las modalidades de interacción de los estilos comunicativos y más en general de la “estructura organizativa”.

Se trata en realidad de sistemas familiares que son muy complicados con una delimitación muy inestable en las fronteras entre las generaciones y los miembros de la familia y con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también psicoemocionales de los individuos.

Además estos sistemas presentan un grado particularmente bajo de tolerancia hacia las tensiones conflictivas. Esto acaba impidiendo toda manifestación de desacuerdo, pero también la posibilidad de una definición clara de las relaciones.

Es como si todo se hubiese consolidado en una especie de consenso unánime que justifica la imagen de armonía (o mejor pseudoarmonía) que estas familias tienden a dar de ellas mismas, negando la existencia de cualquier otro problema que no haga referencia al síntoma del paciente. Cada tensión y cada preocupación están catalizadas en torno al síntoma, y es precisamente en este aspecto donde será posible ver con extrema claridad la función protectora que el síntoma del paciente ejerce circularmente sobre la homeóstasis familiar.

Se ha documentado, en la investigación propuesta por Onnis, *la existencia de una correlación estrecha entre estas dinámicas interactivas familiares y el síntoma psicosomático del paciente, que en estas dinámicas encuentra influencias emocionales y que con ello tiende a facilitar la manifestación de la enfermedad y a favorecer la persistencia en el tiempo y la evolución crónica.*

La investigación de Onnis y cols. (1985), orientada desde el punto de vista sistémico pone en evidencia dos aspectos fundamentales:

- La existencia de correlaciones significativas e importantes entre síntoma psicosomático y reacciones psico-emocionales del paciente y entre éstas y ciertas características típicas de su sistema de pertenencia, la familia, tanto por lo que hace referencia al nivel de reacciones observables (reagrupables en cuatro modelos interactivos simultáneamente presentes: aglutinamiento, hiperprotección, evitación del conflicto y rigidez, como ha sido indicado por Minuchin y cols.), como por lo que hace referencia a un nivel más profundo y escondido que podemos llamar “mítico”, que a menudo nos vuelve a enviar a una historia intergeneracional.
- La carencia de intervenciones terapéuticas en los servicios asistenciales, que tengan como finalidad el afrontar dichos componentes psicoemocionales y relacionales que caracterizan el sistema familiar; o sea, la tendencia a descuidar dicho contexto y “reducir” una vez más el trastorno psicosomático a un solo componente biológico, limitándose a tratar este último.

2.4. Características de las familias anoréxicas M. Selvini (Modelo Multidimensional)

Se basan en el denominado *Modelo multidimensional*, que propone la existencia de un grupo heterogéneo de familias, no existiendo una tipología familiar única sino una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes.

Algunas de las *características* más destacadas de este modelo pueden resumirse de la siguiente forma:

1. Los factores familiares son unos de los muchos que intervienen en esta patología multideterminada.
2. Carácter multidimensional de los modelos familiares ya que no existe un solo tipo de interacción familiar
3. Alta frecuencia de relaciones familiares excesivamente estrechas y con demasiadas implicaciones interpersonales y pobres relaciones entre los padres con elevado nivel de desacuerdo.
4. Diferencias relacionales entre las familias de anoréxicas restrictivas y anoréxicas bulímicas.
5. Importancia de los factores de personalidad como predisponentes al determinar una mayor vulnerabilidad frente a estresores ambientales y sociales.

SELVINI PROPONE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ANOREXICAS:

- Sus propias comunicaciones las definen como coherentes, y parecen estar seguros de lo que dicen.
- Rechazan los mensajes de los otros miembros.
- Problema del liderazgo de los padres.
- Las acciones de cada miembro no son atribuidas a preferencias personales sino a necesidades de otro miembro.
- Una determinada forma de liderazgo, aceptada por la familia, es la enfermedad.
- Sistema de alianzas y coaliciones (problema central en estas familias).
- Los síntomas aparecen después de un cambio en el sistema de alianzas secretas.
- La paciente se encuentra aislada respecto de sus hermanos (es odiada en secreto por su posición de privilegio).
- Dificultad para asumir responsabilidades:
 - Madre: autosacrificio
 - Padre: se entrega a la paz familiar
 - Paciente: no puede hacer nada, está enferma

De la casuística estudiada por Selvini, se observa un dato interesante, que es la ausencia de casos de separación o divorcio en las familias de esta población muestra, en una época en la que la inestabilidad del vínculo conyugal es relativamente frecuente. Pese a que normalmente se registra una cuota más o menos elevada de insatisfacción en la relación de pareja, se trata de familia rígidamente inseparables, a causa, quizá, de la persistencia en los cónyuges de infantiles necesidades

inconscientes de confianza en la pareja, necesidades que, aunque parcialmente insatisfechas, minan en ambos el impulso a la autonomía y a la exploración de nuevos vínculos. Estas familias tienen dificultades para vivir explícitamente las crisis conyugales.

Hace un par de décadas el equipo de terapeutas familiares italianos agrupados en torno a la llamada “Escuela de Milán” reflexionó sobre el fenómeno de entrometerse y querer ayudar; lo sistematizó y lo identificó como una de las principales causas familiares para el surgimiento de patologías severas (psicosis, trastornos de la alimentación, depresión, etc.). Lo bautizó como el “embrollo familiar” y lo catalogó como uno de los “juegos psicóticos de la familia” (Selvini y otros, 1995). A partir de allí el “*embrollo*” sirvió como hipótesis explicativa para la mayoría de casos que Mara Selvini y sus colegas trataron durante los años ochenta. De allí también se derivaron técnicas e intervenciones terapéuticas como la “prescripción invariable”, de gran utilidad y comprobada eficacia aunque posteriormente la descartaran por otras técnicas.

2.4.1 Los Padres

Según Selvini y cols. los padres de éstas familias han sido el fruto de una cultura machista, además de una condición social y familiar donde han sido poco atendidos, en tanto precozmente adultizados y responsabilizados, han crecido dolorosamente e internados o confiados a parientes, han trabajado desde muy pronto, han formado parte de fratrías muy numerosas, han sentido fuertemente el imperativo de estar a la altura de las rígidas expectativas de sus padres. Estos padres pueden haberse convertido en los protectores de madres en dificultades, reforzando así sus defensas narcisistas, colocándose en una posición de quien nunca debe pedir nada para sí, para sus necesidades, de quien estima que es la columna vertebral de la familia o de quien tiene unos “derechos” que hacer valer dentro de ella.

2.4.2 Las madres

Son mujeres sacrificadas que tienden a adaptarse a las necesidades de los demás renunciando a las propias. También se adjudican la tarea de responder a las exigencias afectivas de maridos e hijos. Por lo general y específicamente en familias de anoréxicas las madres tienden a ser la figura dominante, han hecho demasiado por sus hijas sin sacar ningún sentimiento de alegría de ello.

Parecen ser mujeres incapaces de hacer reivindicaciones en su propio nombre, a veces quejumbrosas, deficientes en la tarea de ser escuchadas con consideración. Son mujeres muy firmes y eficientes pero son infelices, sintiéndose obligadas a estar a las alturas de sus propias expectativas, incapaces de auténticos raptos afectivos, pues el componente del deber cerca la posibilidad del contacto interpersonal. Raras veces saben divertirse, bromear. Tienen dificultad para pedir ayuda, incluso en situaciones de emergencia.

2.4.3. Relación de Pareja

La característica fundamental de la relación de pareja de padres es la excesiva adecuación de las esposas, al comienzo de la relación conyugal, a las necesidades de los maridos. Los primeros años el matrimonio es satisfactorio, el marido aprecia a su esposa por la premura con que ella atiende sus necesidades y la disponibilidad afectiva que siempre ha deseado recibir de su propia madre.

Con frecuencia el cuidado de su hogar ha sido sostenible, incluso en aquellas mujeres que tienen labores extra domésticas. No obstante en dichas relaciones hay poco

margen tanto para la desestabilización que comporta la crianza de los hijos pequeños, como para la tolerancia de procesos perturbadores provenientes de las relaciones con las familias de origen y con el mundo laboral. El marido reacciona según las modalidades que ha experimentado inconscientemente en la infancia. En vez de recurrir a las modalidades adultas de asunción de responsabilidades, que sabe ejercitar en su puesto de trabajo, vive la incapacidad temporal de su esposa de estar maternalmente cerca de él como la enésima prueba de la escasa fiabilidad de las mujeres/madres para dar bienestar prolongado, restableciendo el mecanismo de bastarse a sí mismo y apartándose de la vida familiar, haciendo que a su esposa le falte ese calor que sostenía su autoestima y compensaba su amenazante depresión.

2.4.4 Relaciones fraternas

Respecto a las Relaciones fraternas es frecuente que un hermano o una hermana hayan asumido dentro de la familia un rol paterno que generalmente perturba a la paciente, dicho rol en el caso de ser asumido por hermanos varones puede ser bajo una modalidad machista, para así ganar prestigio ante la madre.

Por su lado, de ser asumido el rol por una hembra, toman una actitud crítica y descomprometida en vez de pseudoasistencial. La tensión competitiva es fuerte: la paciente captura tiempo y atenciones con los síntomas y la hermana tiende a despreciarla sutilmente por la debilidad que demuestra, reforzándola así involuntariamente en la percepción de su escaso valor y en un oscuro sentimiento de ilicitud en el uso del chantaje patológico.

2.5. Historias Familiares

La trama relacional de un sistema familiar tendría escaso significado sino estuviera enmarcada en una historia, si no se intentara reconstruir el proceso de su organización en el tiempo. Así mismo, bajo este punto de vista cualquier generalización es arbitraria, dado que nada tiene una especificidad tan singular como la historia de una familia.

Explorando las historias familiares, de hecho, encontramos con frecuencia áreas profundas de conflictos no resueltos, no declarados y no afrontados en la relación conyugal, caracterizada por una grave insatisfacción recíproca. También encontramos de forma paralela, esas alianzas transgeneracionales que involucran a la anoréxica en coaliciones con un progenitor contra otro, en que la paciente se convierte en un instrumento de lucha conyugal críptica y secreta (se trata de las dinámicas llamadas "juegos de instigación" por Selvini).

La crisis anoréxica a menudo coincide con la decepción de la adolescente cuando, más o menos conscientemente, advierte que ha sido un "instrumento" más que una persona. Los sentimientos de inadecuación, de frustración y de desvalorización que, bajo una máscara de eficiencia, caracterizan la experiencia personal de la adolescente y reproponen inevitablemente necesidades de dependencia, también nacen de estos complejos vínculos familiares.

2.6 Mitos y fantasmas familiares

Los mitos de unión familiar, emergen como valor supremo que hay que preservar a toda costa, mitos cohesivos rígidos que mantienen, una especificidad en relación a la singularidad de las historias familiares, y que, sin embargo, a menudo están acompañados de manera especular por "fantasmas de ruptura", es decir, por temores que cualquier movimiento de autonomía o de separación, cada instancia para

crecer o para distanciarse pueda representar una disgregación catastrófica de la unión familiar, antes que una transformación de los vínculos afectivos.

Mitos rígidos de unión y fantasmas de ruptura justifican e iluminan de significado el bloqueo evolutivo de un sistema en que la angustia de separación y de pérdida parece impedir cualquier proceso de transformación, congelando a la familia en una especie de mítica "detención del tiempo".

Se hace evidente una dificultad del núcleo familiar entero para realizar el paso de una fase a otra del ciclo vital, donde el vínculo a un mito que no se puede transgredir parece llevar a la familia a una "suspensión del tiempo".

A nivel del mito, la anoréxica vuelve a proponer su irreductible ambivalencia: paladina de la trasgresión del mito en cuanto su "huelga de hambre enmascarada" es una protesta clamorosa aunque implícita; paladina de la tutela del mito, dado que los que Boszormenyi-Nagy, llama los "vínculos invisibles de lealtad", hacen prevalecer las valencias regresivas y protectoras.

2.7 Conclusiones

El modelo sistémico considera al individuo no sólo en su subjetividad, sino también en función de *sus interacciones y sus relaciones con los demás*. Es decir, entiende que el comportamiento de un individuo, no se da aisladamente, sino que tiene sentido dentro de un contexto en el que siempre hay "otros" implicados. Por ello, se puede afirmar que su comportamiento está "conectado" de manera dinámica a los comportamientos de las personas con las que se relaciona -en su casa, en su trabajo, en su comunidad, en su sociedad, etc-.

El contexto más significativo de las personas es *la familia*. Desde el modelo sistémico, ésta es entendida como un sistema en el que un grupo de personas interaccionan entre sí, y donde las relaciones entre sus miembros están influenciadas y organizadas por una serie de reglas. Mediante estas reglas de relación, el sistema familiar se configura como una totalidad.

En este apartado, hago una definición de las características relacionales familiares presentes y su papel en el inicio y mantenimiento de los síntomas:

Globalizando los estudios parece que hay *dimensiones relacionales y familiares* más recurrentes que otras. Por ejemplo en la propuesta de Linares; los trastornos de la conducta alimentaria son producto de la disfunción de las relaciones conyugales que repercuten en las relaciones paterno-filiales.

Otra característica relacional presente puede ser, la dificultad en el *apego*, que impide mantener habilidad para examinar los propios estados psicológicos y por lo tanto se afronta el estrés enfocándolo en el cuerpo.

El apego inseguro en si no es psicopatología pero puede favorecer una trayectoria, unido a otros factores de riesgo, puede incrementar el riesgo de patología internalizante.

Desde la óptica psicosomática, se propone que se tratan en realidad de *sistemas familiares que son muy complicados con una delimitación muy inestable en las fronteras* entre las generaciones y los miembros de la familia y con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también psicoemocionales de los individuos.

El denominado Modelo multidimensional, de Mara Selvini, propone la existencia de *un grupo heterogéneo de familias*, no existiendo una tipología familiar única sino una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como factores predisponentes. Estos sistemas presentan un grado particularmente *bajo de tolerancia hacia las tensiones conflictiva*, lo que acaba impidiendo toda manifestación de desacuerdo, pero también la posibilidad de una definición clara de las relaciones.

Para finalizar el apartado se expone como la trama relacional de un sistema familiar tendría escaso significado si no estuviera enmarcada en una historia, con sus mitos y fantasmas familiares.

Por lo tanto el abordaje sistémico-relacional, es pues una modalidad de intervención que tiene en cuenta e interviene en el contexto donde aparecen los conflictos.

3. Personalidad de las pacientes con TCA



Selvini en el libro “Muchachas anoréxicas y bulímicas”, realiza una hipótesis clasificatoria de la personalidad de las pacientes, nacida de la casuística estudiada (52 casos de pacientes con TCA), que se aventura a presentar en calidad de ejemplo clínico con función orientativa. No se inventan una clasificación de tipos de personalidad, sino que hacen referencia al DSM IV, aunque siendo conscientes de lo problemático de la elección (en cuanto a superposición entre diferentes diagnosis). Se dieron cuenta que la mayor parte de los trastornos de personalidad no tenían nada que ver con sus pacientes anoréxicas y bulímicas aunque cuatro de ellos describían muy bien al menos algunos *rasgos importantes de sus personalidades*: los trastornos de personalidad dependientes, borderline, obsesivo-compulsiva y narcisista.

Para utilizarlo correctamente es indispensable prestar una gran *atención no sólo a la historia clínica de la paciente, sino también a su desarrollo infantil y preadolescente, de modo que el área sintomática pueda ser correctamente relacionada con la personalidad global del sujeto*. Es fundamental al respecto indagar con precisión el nivel de funcionamiento general de la chica en la fase presintomática, es decir, el nivel más evolucionado alcanzado por ella en el crecimiento, para poder tenerlo en cuenta en el inventario de los recursos individuales.

También será importante considerar con atención qué *evento/s estresante/s ha/n contribuido, presumiblemente a precipitar la patología*, para valorar la naturaleza de los puntos frágiles del desarrollo del sujeto y, por lo tanto, formular las hipótesis de los proyectos terapéuticos más oportunos.

Al describir los distintos cuadros de personalidad, se efectúa también un intento de relacionarlos con las características personales de los padres, que se combinan entre sí para dar vida a un particular tipo de ordenamiento familiar.

En su investigación se hizo una primera categorización de la personalidad de la anoréxica, con el objeto de aplicar terapias distintas. La primera se situaba en un extremo borderline y la segunda en un extremo narcisista. En ambas hay un sentimiento profundo de la existencia de algún defecto en sí misma.

En el extremo borderline, hay una interiorización de una actitud negativa hacia el yo, del tipo “soy malo, los otros son buenos, me tratan mal por mi culpa, debo intentar cautivarlos”. Mientras que en el extremo narcisista el individuo se defiende del sufrimiento, pero también tiene una visión negativa del yo, con una actitud del tipo “yo soy valeroso y bueno, los malos son los demás, tendré éxito y seré admirado”.

Posteriormente, a medida que fue desarrollando su investigación entre 1971 y 1987, distinguió, de acuerdo a la muestra, cuatro tipos de trastornos de personalidad dentro de la anorexia, los cuales fueron:

- Dependiente
- Borderline
- Obsesivo – compulsivo
- Narcisista

3.1 Tipos de Personalidad

Selvini expone en su investigación sobre pacientes con TCA diferentes tipos de personalidad en esta población:

3.1.1. Tipo Dependiente

Aquí prevalece un rol sexual infantil. En la vida social ninguna estuvo aislada, compartiendo generalmente sus intimidades con amigas. En cuanto al estudio y al trabajo existía una adaptación adecuada.

Habían sido criadas con una relación estrecha con la figura materna, mostrándose un apego de tipo ansioso ambivalente. Paradójicamente se sienten humilladas por su dependencia de la madre y por la incapacidad de pensar por sí mismas.

Recurriendo a la dieta y exacerbándola gradualmente, buscan alivio a sus sentimientos de desvalorización, de escasa autoestima y de no contar para nada, el ayuno y el control representan, la propia independencia de juicio sobre sí misma, su propio cuerpo y sus propias decisiones.

Generalmente el padre la considera la niña de la madre y se mantiene alejado de ella, siendo a menudo un rival para las atenciones maternas.

Además de esto presentan el siguiente perfil, de acuerdo al DSM IV:

- a. dificultades para tomar decisiones sin solicitar una excesiva cantidad de consejos y confortaciones
- b. necesidad de que otros asuman la responsabilidad de la mayor parte de los sectores de su vida
- c. dificultad para iniciar proyectos o para hacer cosas autónomamente
- d. Sensación de desagrado al encontrarse solo
- e. Al término de una relación estrecha, busca urgentemente otra relación como fuente de asistencia y de apoyo
- f. Dificultad de valerse por sí mismo

3.1.2 Tipo Borderline

En el estudio realizado sobre la muestra, éstas pacientes tuvieron una historia familiar en dónde su crecimiento se basó en la inversión paterna, desconfiadas de la relación de apego ambivalente y desorganizado con la madre. Encontrándose personalidades muy dolientes, mostrando rasgos presicóticos indicativos del grave sufrimiento infantil.

Encontraron muchachas interesadas en su cuerpo, en vestirlo, en maquillarlo, en enmascarar su excesiva obesidad o su delgadez con vestidos incluso costosos y rebuscados que subrayan su identidad sexual. En el lado opuesto, habían también chicas desaliñadas, que parecían poseídas por la inconsciente necesidad de destruir su belleza con conductas autolesivas de tipo penitencial, habiendo en ocasiones abuso de sustancias estupefacientes, promiscuidad, hurto dentro y fuera de casa, además de otros desórdenes de la conducta que están ausentes en las demás categorías.

La orgía bulímica, en ocasiones adquiere características compulsivas y caóticas, y luego en las manifestaciones del cuerpo, que van desde raparse la cabeza o conductas más gravemente autolesivas como cortes o heridas, al abuso de drogas, al riesgo físico, revelan una naturaleza antidepresiva, en el esfuerzo de romper las vivencias subyacentes de fragmentación y desánimo, vivencias, que son de intensidad psicótica.

El peso puede oscilar entre el adelgazamiento excesivo y la obesidad. Los estados de ánimo por su parte, pueden mostrarse como apatía, retraimiento y estados depresivos, en los que existe la posibilidad de que se manifiesten tendencias suicidas, seguidos por períodos de hiperactividad, experimentados como intentos de procurarse una norma y una consistencia psíquica a través de la acción. El control alimentario, asociado a aspectos de rígida organización cotidiana, es vivido como una aspiración a estabilizar un mundo interior fluctuante y caótico, caracterizado por la angustia. El ayuno y la restrictividad suelen ser severísimos, intercalados por explosivos atracones angustiantes, peligrosos y desordenados por la cantidad y la calidad de los alimentos, tragados sin ritualidad o preparación. A menudo el vómito es practicado varias veces al día, en ocasiones después de cada comida no restrictiva. Entre las conductas de eliminación deben considerarse los laxantes, de los que a menudo se abusa en las fases depresivas, no sólo para generar una mágica limpieza interna, sino también porque, ingeridos en dosis altas, producen una experiencia de extrema debilidad que, con la sensación de muerte, induce una especie de quietud que pone un efímero término a la angustia.

Además presentan el siguiente perfil de acuerdo al DSM IV:

- a. esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario.
- b. Cuadro de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre los extremos de hiperidealización y desvalorización.
- c. Alteración de la identidad: imagen y percepción de sí misma marcadas y persistentemente inestables.
- d. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para el sujeto, como gasto excesivo y superfluo, sexo, abuso de sustancias estupefacientes, conducción temeraria, atracones.
- e. Amenazas y gestos recurrentes, comportamientos suicidas, o comportamientos automutiladores.
- f. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del humor.

- g. sentimientos crónicos de vacío
- h. rabia inmotivada e intensa o dificultad de controlar la rabia
- i. imaginación paranoide, o graves síntomas disociativos transitorios, ligados al estrés.

3.1.3 Tipo Obsesivo-Compulsivo

Mantienen un control sobre la propia alimentación, la mayoría del grupo estudiado por Selvini y colaboradores estaban socialmente muy aisladas, o mantenían una relación única y exclusiva con un chico.

En éste grupo de pacientes faltaba un vínculo preferencial con uno de sus padres, habían recibido una crianza irreprochable en el plano formal, pero casi actuada.

En el plano laboral y escolar, éstas chicas se aplicaban con dedicación. En cuanto a la vestimenta usada, Selvini describe que casi se vestían de manera anónima, en ocasiones aparentaban rechazar la identidad sexual. A menudo practicaban actividades motorizadas y deportivas de manera compulsiva.

Como se nombró anteriormente, a pesar de que su vida social es reducida, la vida amistosa es modesta pero ésta presente. Son capaces de entrar en relaciones importantes con chicos, amigos/as o hermanos/as, aun cuando a menudo se trata de relaciones exclusivas que no borran un cuadro general de soledad y aislamiento. Mantienen una capacidad crítica hacia los padres, oscilando de manera contenida entre condescendencia y agresividad, que aparece, cuando ellos se oponen a sus rituales.

Además de los descritos presentan las siguientes características de acuerdo al DSM IV:

- a. Atención por los detalles, las reglas, las listas, el orden, la organización o los esquemas, al punto de que se pierde el objetivo principal de la actividad
- b. Muestra un perfeccionismo que interfiere con el completamiento de las tareas
- c. Excesiva dedicación al trabajo y a la productividad, hasta la exclusión de las actividades de esparcimiento y de las amistades
- d. Exageración en cuanto a temas de moralidad, ética o valores.
- e. Incapacidad de tirar objetos gastados o sin valor, aún cuando no tienen ningún significado afectivo.
- f. Incapacidad para delegar tareas o trabajar con otros, a menos que se sometan con exactitud a su manera de hacer las cosas.
- g. Modalidad de gastos basada en la avaricia, tanto para sí mismo como para los demás
- h. Rigidez y terquedad

3.1.4 Tipo Narcisista

En cuanto al rol sexual, prevalece la rigidez y el infantilismo, están muy aisladas en cuanto a su vida social.

El egocentrismo, la megalomanía, la intolerancia a la crítica y al fracaso, hace que asuman actitudes de superioridad hasta el desprecio por los padres o por uno de ellos en particular, sobre todo la madre.

Para ellas alimentarse está asociado a acciones de control sobre el entorno y las relaciones. El cuidado del cuerpo es meticuloso y las ropas son a menudo costosas y rebuscadas cuando está prevista la interacción social.

Casi siempre son ellas las que dejan a un chico con el que han tenido una relación, incluso bastante formalizada en la que se situaban en la posición de ser cortejadas y rechazaban entrar en una relación más íntima.

El daño precoz, con un apego de tipo esquivo y una prematura adultización, ha sido luego estabilizado por una crianza carente de empatía.

Selvini identificó dos variantes, la primera de tipo autista, donde prevalecen los rasgos depresivos, y la más paranoide, caracterizada por una historia de “síndrome de indemnización” o reparación de daños y perjuicios sufridos respecto a los padres.

La fratría, cuando está presente, es turbada por los típicos celos competitivos característicos de una crianza en la que la disponibilidad afectiva de los padres, está acompañada por ambiguas señales de privilegio ora por uno ora por otro. De acuerdo al DSM IV, además de lo nombrado, presentan las siguientes características:

- a. Sentimiento grandioso de su importancia
- b. Fantasías de ilimitado éxito, poder, fascinación, belleza y amor ideal.
- c. Creencia de ser especial y único, y que debe frecuentar y poder ser entendido sólo por otras personas especiales o de clase elevada.
- d. Exige excesiva admiración
- e. Sensación de que todo se le debe
- f. Explotación interpersonal, se aprovecha de los demás para sus propios fines
- g. Falta de empatía, incapacidad de identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás
- h. Envidia hacia los demás
- i. Comportamiento arrogante y presuntuoso.

Para efectos de nuestra investigación, se hace preciso entrar un poco en el ámbito de la identidad y narrativa, para así, tener una visión sobre las características de las familias de las pacientes con TCA, sobre en lo que a Parentalidad y Conyugalidad se refiere.

3.2 Tipos de Anoréxicas de acuerdo a su relación con sus figuras

Parentales

- Grupo A: las pacientes estaban afectivamente centradas en la figura materna.
- Grupo B: se caracterizaba por las inobservancias maternas y estaban orientadas hacia el padre como figura afectiva predominante.
- Grupo C: en dónde las pacientes fueron confiadas en su primera infancia a parientes o niñeras que no favorecieron su apego, y para las cuales era imposible encontrar un vínculo de dependencia del que hubieran disfrutado o en otros casos, la madre sí se había ocupado de su hija pero con escasa implicación afectiva.

Para **el grupo A** la función compensatoria que la muchacha desarrolla hacia la madre responde más a las necesidades de ésta respecto a las propias vicisitudes de crianza que a sus insatisfacciones conyugales, tratándose de madres adecuadas, asexuadas, un poco deprimidas, necesitadas de fusionalidad y recíproco control.

Los cónyuges se caracterizan más como padres que como parejas, la conflictividad puede ser más o menos explícita y se caracteriza por tensiones que parecen ligadas a

la incapacidad de los cónyuges de satisfacer las recíprocas necesidades de aceptación y de estima que las necesidades intersexuales. Haciendo que la relación privilegiada madre-hija pueda partir de la decepción de la madre en la relación conyugal.

En **el grupo B**, suele encontrarse un juego de provocaciones y amenazas sexuales. Puede ocurrir que la esposa insinúe o practique la traición conyugal más o menos abiertamente, siempre con el fin de reconfortarse respecto de las grandes vivencias de desestimación o de distancia emotiva. En otros casos el marido expresa su propia insatisfacción, en el sentido tanto de una histórica frialdad de la mujer como de una excesiva dependencia, al punto de no poder considerarla una "pareja". La hija bajo éste contexto puede sintonizar con la seductora depresión paterna y se liga a él con un mudo anhelo de complacerlo para recibir su aprobación.

En **el grupo C**, la implicación que la paciente demuestra hacia los suyos parece caracterizada por un crónico aislamiento. Los padres, aún cuando se afanan a su alrededor, no parecen capaces de rozar su intimidad en sentido positivo, pues están alejados para ella, a veces el padre es más estimado y se nota una inclinación hacia él como fruto de la necesidad de protegerse y distanciarse de la madre, percibida como angustiada por las reglas que impone, vueltas intolerables por la actitud de distanciamiento afectivo.

4. Factores Psicosociales de los TCA



Los datos de los estudios realizados, en las tres últimas décadas, sobre la incidencia de los TCA ponen de manifiesto el progresivo aumento de estos trastornos, y en especial de la anorexia, en las sociedades industriales en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Más del 90% de los casos se observa en mujeres... Otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la adolescencia (13 – 18 años de edad) el pronóstico es mucho más favorable.

Toro y col. (Onnis, 2004) afirman que no es posible entender la anorexia nerviosa sin tener en cuenta determinados fenómenos que parten y se desarrollan en el medio social que envuelve a los pacientes.

Para Selvini y colaboradores (1999), la cultura crea las condiciones de la vulnerabilidad anoréxica, aunque no está socialmente establecido en qué medida determinará el paso al síntoma, sino que exige las múltiples coincidencias de las demás variables personales y familiares.

Algunos de los factores socioculturales que destaca Selvini como más influyentes son la entrada de la mujer en la lucha tradicionalmente masculina de la escuela, de la profesión o, en cualquier caso, de la carrera, junto con el no disminuido narcisismo femenino, fomentado por la moda, los medios audiovisuales y el aumento de la riqueza.

Los actuales estereotipos culturales del mundo occidental piden a la mujer que sea bella, elegante y esté en forma, que dedique mucho tiempo y cuidado a su persona; pero esto no debe impedirle competir intelectualmente con los hombres y con las demás mujeres, hacer carrera, y tampoco enamorarse románticamente de un hombre, ser tierna y dulce con él, casarse y representar el tipo ideal de esposa – amante y de madre dedicada. Evidentemente el contraste de antagónicas exigencias, pone a prueba a las mujeres y específicamente a las adolescentes, especialmente las más sensibles, en su presentación en la escena social.

Aunque los patrones estudiados por Selvini, hayan pertenecido a un período evolutivo determinado de nuestra sociedad, siguen siendo vigentes en muchas de las familias actuales de pacientes anoréxicas aún ancladas en dictámenes del pasado, pese a los cambios de nuestra sociedad actual. Por otro lado, en las familias anoréxicas de nueva generación que se caracterizan por la existencia de nuevos padres (familias reconstituidas), parejas en las que ambos tengan carreras, acentuada nuclearización, es de esperar que tengan dificultades psicológicas distintas a las familias sometidas a su estudio.

Las manifestaciones de los TCA están correlacionadas a un clima sociocultural que tiene como protagonista el cuerpo en lugar de la persona, el control en lugar de la expresión de uno mismo, la apariencia en lugar del ser.

En el estremo tentativo de “tenerlo todo”, es posible que las chicas y las mujeres perciban de no tener más el control de la propia vida y que lo busquen en el ejercicio de la dieta estricta. Una mujer puede llegar a pensar que ser delgada la puede ayudar en su carrera profesional, en ser más aceptada por parte de los otros, en encontrar una pareja y amigos. El cuerpo delgado de la mujer occidental, parece representar la antítesis del cuerpo materno, que se puede identificar con la mujer tradicionalmente pasiva del pasado, exaltando así características de gran valor para la sociedad contemporánea: autonomía, independencia, autocontrol. Desde este punto de vista, la pérdida de peso corporal representaría un modo eficaz para apartarse de las tradicionales constricciones atribuidas a las mujeres y facilitaría el cumplimiento de un suceso personal y económico (Onnis, 2004).

4.1 Factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes

Según una revisión sobre los factores de riesgo de los TCA, algunos estudios han mostrado resultados consistentes para predecir los TCA tanto en estudios longitudinales como en estudios transversales: género, etnia (excepto asiáticos), problemas de alimentación y trastornos gastrointestinales en edades tempranas de la infancia, abuso sexual y otras experiencias adversas, baja autoestima, morbilidad psiquiátrica general, peso elevado e insatisfacción corporal y realización de dietas.

De los diferentes modelos explicativos de la AN, el de Garner (1993) propone que *es el resultado de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.*

Los primeros confieren susceptibilidad a la AN. Algunos de éstos vienen determinados por la carga genética, como el sexo femenino. Otros factores predisponentes son individuales, familiares y culturales. Los precipitantes, como por ejemplo la insatisfacción con el peso corporal y la silueta, interaccionan de tal forma con los predisponentes que condicionan a la persona lo suficiente para decidir que debe perder peso y restringir la ingesta alimentaria. Una vez iniciada la AN, progresando la pérdida de peso empiezan las complicaciones derivadas de la malnutrición. Las consecuencias multidimensionales del trastorno (físicas, psicológicas y sociales) son a

la vez factores perpetuantes del trastorno y potenciadores de los factores predisponentes y precipitantes.

La literatura actual sugiere que los TCA se encuentran parcialmente determinados tanto por factores socioculturales, como por factores biológicos genéticos (éstos últimos explicarían entre el 60% y el 70%). Sin embargo, una parte de la varianza no queda explicada ni por unos ni por otros, de ahí que cada vez más estudios analicen la relevancia que tienen los factores ambientales no compartidos, los cuales explicarían por qué hermanos gemelos que han crecido en un ambiente familiar similar, pueden diferenciarse respecto a su conducta alimentaria, siendo patológica en unos casos mientras que en otros no. Entre ellos, estarían incluidos: el trato diferencial que pueda darse a los hermanos por parte de los padres, la personalidad y el temperamento de los sujetos, el estilo relacional de los sujetos, las situaciones estresantes vividas y las características diferenciales específicas. La evidencia científica publicada muestra que factores ambientales no compartidos poseen una mayor relevancia que factores compartidos. Y en este sentido, del 24% al 42% de la varianza en AN y del 17% al 46% de la varianza en BN34, quedarían explicadas por la influencia de factores ambientales no compartidos.

Sobre los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados con los TCA, mencionar los siguientes: abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas respecto al físico y antecedentes de crisis vital.

4.2 El papel de los medios de comunicación de masas en la aparición y mantenimiento de los TCA.

La prensa, la TV, el cine, la radio... bombardean constantemente mensajes sobre los modelos estéticos corporales que están de moda en el mundo occidental. Para comprender la influencia que la televisión y la publicidad pueden tener en la creación de comportamientos, más concretamente en la imposición de actitudes relacionadas con la anorexia, hace falta referirnos al placer que nos produce el hecho que nos ofrezca constantemente modelos gratificantes y los efectos que produce este consumo de modelos. En otras palabras, hace falta referirnos al termino que académicamente se conoce como *aprendizaje por observación, por imitación, por identificación o modelamiento* (Onnis, 2004)

La importancia socializadora del modelamiento simbólico se basa en el hecho de que incide en el pensamiento anticipador. Las personas, que tenemos que tomar una decisión o adoptar un comportamiento anticipamos de forma inconsciente, las consecuencias que derivarían de cada una de las opciones de que disponemos. Esto lo hacemos a partir de nuestras experiencias previas, las cuales la mayoría de las veces, no son directas sino mediadas.

La mayoría de las pautas de conducta que interiorizamos provienen de la observación de los efectos que derivan del comportamiento de otras personas, hasta llegar al extremo de que en muchas lenguas la palabra enseñar es la misma que mostrar, y la sinonimia es exacta El aprendizaje por observación, a partir de experiencias vicarias, supone para la persona un importante ahorro de tiempo y de riesgo.

Las consecuencias de las respuestas observadas en los modelos presentados por la publicidad, películas y las series, actuarían como elemento motivador, potenciando y legitimando unos tipos de comportamiento y reprimiendo otros. Los modelos televisivos observados crearían expectativas de beneficio para determinados tipos de comportamiento y anticiparían consecuencias negativas para otros.

La televisión es un medio audiovisual, es imagen y apariencia. Como tal, tiende a potenciar el interés para el cuerpo, imagen y apariencia. La televisión concreta esta necesidad, la encarna en unos modelos específicos de belleza física. Una vez más, cuando se refleja y se potencia un deseo, le da una orientación, un sentido; lo canaliza en una dirección definida.

El hecho que la anorexia se haya ido convirtiendo en un problema generalizado ha coincidido con la época en que los medios audiovisuales de masas han ido imponiendo un nuevo prototipo de belleza física.

Pero no podemos generalizar los efectos de los medios de comunicación sobre la conducta alimentaria. Tenemos que tener siempre en cuenta que influye mucho la personalidad de la persona, la manera como aquella persona interpreta los medios de comunicación, el contexto cultural de la persona, de la propia capacidad de asimilación, de su entorno.

5. Intervención



Según se explicita en la “*Guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*” del Ministerio de Sanidad y Consumo, el tratamiento en los TCA exige la colaboración multidisciplinar y puede realizarse en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales.

Los objetivos del tratamiento en los TCA son los siguientes:

- 1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional** a un nivel saludable para el paciente en el caso de la AN .En el paciente ambulatorio, la realimentación habitual incluye seguir una dieta normal. En el hospital de día, el tratamiento es más intensivo y prolongado que a nivel ambulatorio. Cuando el tratamiento ambulatorio o de hospital de día es insuficiente, o el paciente presenta algún problema agudo, está indicado el ingreso hospitalario.
- 2. Tratar las complicaciones físicas.**
- 3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos.**
Además, se pueden entregar unas recomendaciones generales sobre los principios de la dieta equilibrada, en proporción, variedad y frecuencia de alimentos o más específicas según el tipo de TCA.

Con la educación nutricional se pretende orientar a la persona afectada y a la familia respecto a la conducta a seguir e incrementar la motivación del paciente para que coopere y participe en el tratamiento.

4. **Modificar/mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA** (pensamientos, actitudes, sentimientos, conductas inadecuadas), así como incrementar el peso, reducir/eliminar los atracones y purgas, depresión, entre otras variables clínicas de interés. Para ello se dispone de diferentes tratamientos:
 - Terapias psicológicas
 - Tratamientos farmacológicos
 - Combinación de intervenciones
5. **Tratar los trastornos asociados** (comorbilidades), tanto psiquiátrico (incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la baja autoestima, la conducta, etc.) como físicos (diabetes mellitus, etc.)
6. **Conseguir el apoyo familiar de la persona afectada del TCA** y proporcionarle asesoramiento y terapia cuando sea necesario.
7. **Prevenir las recaídas.** Incluye abordar y prevenir situaciones que puedan favorecerlas y planificar estrategias para enfrentarse a ellas. Entre los aspectos que controlaremos cabe mencionar las variaciones del peso corporal, la solicitud de dietas y de fármacos por parte del paciente, el control de los hábitos alimentarios correctos, el uso de conductas purgativas, la práctica de ejercicio físico excesivo, el control de un correcto desarrollo pondo estatural y psicomotor, la detección de cualquier desequilibrio emocional o presión ambiental y el control y la atención a la familia.
8. **El tratamiento en los casos de TCA crónicos**, así como la atención de los TCA ante situaciones especiales como el embarazo y el parto.

Tomando en cuenta la influencia de los *factores psicosociales* en las personas que padecen de Trastornos de la Conducta Alimentaria, la importancia del *entorno familiar* y su posible *predisposición biológica*, se han desarrollado intervenciones muy variadas, destinadas a la atención de esta problemática.

Lo ideal sería que los programas destinados a intervenir sobre estos trastornos sean integrales, que puedan contemplar los diferentes *factores que influyen en su origen y mantenimiento*, para que su eficacia sea cada vez mayor.

Se hace necesaria la superación de las concepciones reduccionistas a favor de enfoques capaces de relacionar circularmente las partes, sustituyendo los conceptos que hablan de "sumatividad", con aquellos que hablan de "totalidad", enfoques capaces de integrar los múltiples componentes de lo humano, o sea, biología, emociones, pensamientos, relaciones con el ambiente y con el mundo; en suma, enfoques capaces de restituir al cuerpo la globalidad de su existir. Es lo que llamamos una visión sistémica, que a la fragmentación reduccionista de los componentes contrapone una organización, dotada de sentido, de los componentes mismos.

La enfermedad no requiere tanto intervenciones reparativas o retornos al *status quo ante* (como en la tradición médica corriente), sino más bien procesos de

transformación y de cambio; *en un perspectiva sistémica evolutiva dicha enfermedad se transforma en punto “crítico” de inestabilidad y puede representar un momento particularmente favorable para iniciar movimientos de crecimiento hacia nuevos órdenes de equilibrio y de complejidad.*

La investigación llevada a cabo por Onnis y Cols. Tiene como hipótesis el que un enfoque terapéutico integrado y multidisciplinar que afronte la enfermedad psicósomática a una multiplicidad de niveles sistémicos, es decir biológico, psicoemocional, relacional-familiar, sea más eficaz que una intervención reductivamente médico farmacológica de cara a favorecer la remisión del trastorno y la prevención de la cronicidad.

5.1. Razones que legitiman el trabajo con el sistema familiar

Para cada uno, la familia es un contexto primario de aprendizaje y experiencia, terreno en el que se desarrollan o en el que fracasan tanto los movimientos de *individuación y de diferenciación* como los procesos de adquisición de identidad. En la familia, pueden instaurarse más fácilmente aquellas marañas relacionales, aquellas distorsiones comunicativas, aquellas influencias emocionales que vinculan circularmente al paciente y a su síntoma con el sistema familiar.

El sistema familiar se define como un complejo sistema de intersección de múltiples niveles: donde un plano sincrónico de interacciones y de modelos comunicativos se cruza con un plano diacrónico de historias individuales y colectivas, de significados y de valores compartidos, de mitos y de fantasmas, que atraviesan el pasado para continuar viviendo en el presente; y esto tanto en los miembros individuales como en toda la familia. Por ello hay intersecciones de planos y niveles, que se influyen recíprocamente. Y el síntoma si bien corpóreo, adquiere un significado “simbólico”, que va más allá del símbolo individual para convertirse en un “metáfora familiar”.

La *consulta familiar* tiene un doble fin:

- Formular, trabajando con la familia al completo, una hipótesis relativamente precisa y articulada sobre la cual se alcance, entre el equipo y la familia, un acuerdo suficientemente compartido sobre las principales razones de sufrimiento de la paciente que han generado, en la evolución de la familia, la elección, por su parte, de la anorexia como desesperado intento de exorcizarla.
- Verificar cuáles son los recursos para el cambio que se generan en la familia gracias al encuentro con nuestro equipo, a través de la confrontación con el proceso reconstructivo.

El trabajo individual y paralelo con todos los miembros de la familia representa para el terapeuta una experiencia de excepcional riqueza. En efecto, le permite identificar el enredo de las distintas vidas con los eventos existenciales que las caracterizan, aparte de comprender cómo las estructuras de personalidad de los seres humanos se forman en relación con las circunstancias externas, además de con modelos operativos internos.

En la práctica dar espacio al *tratamiento individual*, y a su integración con el trabajo paralelo con la familia, permite comparar entre sí los aspectos más personales de las pacientes, tal como surgen de las relaciones terapéuticas con ellas

Se pasa del método paradójico fundado en la provocación y el desafío entre el equipo terapéutico y las pacientes a la colaboración con las familias y la transparencia de las intervenciones, cómo principios básicos de la relación terapéutica.

5.2 Objetivos del tratamiento para la paciente y familiares

El objetivo de fondo del tratamiento es el común a las terapias familiares relativas a todas las graves patologías mentales de la adolescencia: *hacer evolucionar a la paciente de una condición de impotencia y de confusión, en que manifiesta sólo a través del síntoma el sufrimiento* que le proviene de la posición existencial insostenible en que ha acabado encontrándose, hacia una apertura al entendimiento de qué les ha acaecido a los demás y así misma. Es decir, se trata de ayudarla a identificar sus necesidades, a convertirse en protagonista consciente de las vicisitudes que ha caracterizado su historia personal, sosteniéndola para expresar, en la interacción con las figuras significativas de su vida, las propias solicitudes y las propias críticas con un renovado sentimiento del propio derecho y valor.

Este objetivo general se articula de diferente manera, según cuál sea el tipo de personalidad subyacente a la defensa anoréxica.

En relación con el tratamiento familiar, se ha hablado por diferentes autores de distintos niveles de intervención según las necesidades. Vandereycken habla de cuatro niveles que seguirían cierto orden o jerarquía y que irían desde el simple aconsejamiento y orientación del paciente hasta un tratamiento intensivo. Ante cualquier paciente el terapeuta empieza por el primer nivel, el de identificación del problema y el diagnóstico. A partir de aquí y según diferentes variables pasará o no al nivel superior, dependiendo también de su experiencia en este tipo de intervenciones.

- Nivel 1 Identificación
- Nivel 2 Información
- Nivel 3 Intervención
- Nivel 4 Terapia intensiva

El primer tipo de aproximación sería la *“intervención o trabajo con la familia”* estaría basado en un modelo psicoeducativo y de apoyo a los padres y consideraría los siguientes objetivos:

- Abordar ambivalencia y resistencia al cambio
- Proveer a los padres de pautas concretas respecto a su actitud y comportamiento con el fin de disminuir su ansiedad y desesperanza en las relaciones con su hija anoréxica.
- Reemplazar el patrón parental de control absoluto por uno de supervisión.
- Enfatizar la responsabilidad de la paciente, que debe hacerse cargo de su cuidado y de su propia enfermedad
- Estimular aspectos de independencia y autonomía de la paciente.

La otra posibilidad de *intervención en el terreno relacional* sería la realización de una *terapia familiar específica basada en un modelo sistémico - relacional* y que estaría dirigida a:

- Desfocalizar la comida como principal tema de preocupación intentando centrar la atención en otros aspectos importantes, que generalmente tienen que ver con dificultades del desarrollo o conflictos familiares no resueltos.
- Abordar problemática familiar específica presente habitualmente aunque por lo general no manifestada abiertamente.
- Evitar triangulaciones manipulatorias ⁽⁵⁾ influyendo sobre la involucración triangular del hijo en el conflicto parental, sobreimplicación del paciente en los problemas de la pareja.
- Desvelamiento de secretos familiares.
- Incluiría habitualmente trabajo con la pareja y otros subsistemas Intervenciones específicas: prescripción del síntoma (en la línea de continuar el “sacrificio” de la paciente, intervención paradójica muy potente, Selvini, 1999), ritual del milagro, de epistolario nocturno ⁽⁶⁾, etc. (Nardone, 2002)

Junto a estos dos tipos de intervenciones terapéuticas se plantea en la rutina asistencial la necesidad de efectuar una o dos sesiones de consulta familiar encaminadas a conseguir un clima positivo facilitador del cambio y a una correcta evaluación del contexto y las interacciones familiares, que nos permitirán valorar la necesidad de una intervención más específica. Puede corresponder a las primeras entrevistas, si es posible, o ser diferidas si circunstancias varias así lo aconsejan.

Esta consulta familiar se encuentra diseñada para detectar problemática familiar específica concomitante al trastorno alimentario y para valorar las repercusiones de este último en el funcionamiento familiar, así como posibilidades de mejor aprovechamiento de recursos dentro de la propia familia.

Se configura de esta manera un programa terapéutico individualizado que pretende tener en cuenta los diferentes factores implicados en la génesis y mantenimiento de los TCA, facilitando el cambio tanto al individuo como a la familia, estancada en el proceso de crecimiento y emancipación de uno de sus miembros.

5.3 Criterios de eficacia e instrumentos de evaluación

La anorexia y la bulimia nerviosas son enfermedades mentales y de la conducta alimentaria, por lo que su tratamiento debe abarcar ambos aspectos. No hay reglas preestablecidas ni programas fijos que resulten apropiados para todas las familias o para todos los casos. Hay tanta variedad de pacientes como de padres o de dinámicas familiares; por lo tanto, las generalizaciones corren el riesgo de simplificar indebidamente una problemática tan compleja y riesgosa. Esto significa que *para la selección del tratamiento se deben tener en cuenta tanto los criterios de eficacia establecidos en el campo científico como la factibilidad o la conveniencia del mismo en las circunstancias particulares.*

Desde los aspectos médico, psicopatológico e interpersonal, la anorexia nerviosa es una afección frecuentemente grave y compleja. Su tratamiento requiere de la atención interdisciplinaria por parte de estos distintos aspectos. Se ha logrado acordar que el tiempo mínimo para evaluar los resultados de un tratamiento es de

cuatro años. Según el informe de Lineamientos para Atención de los Trastornos Alimentarios de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en 1993, los mejores resultados en el tratamiento se vinculan con el restablecimiento nutricional, acompañado por terapias familiar e individual. Es indiscutible que la recuperación de peso debe ser el objetivo primero para el paciente severamente desnutrido, pues no sólo salva su vida sino que además mejora sus trastornos de personalidad y de humor, así como el pensamiento obsesivo y la distorsión de la imagen corporal.

Un análisis del que deriven estrategias de cambio, aplicadas con éxito, conduce a un auténtico conocimiento operativo que permite tener de un fenómeno patológico no solamente una descripción, sino también los instrumentos y las capacidades para cambiarlo. Se conoce un problema a través de su solución y el conocimiento así adquirido permite perfeccionar las estrategias de intervención.

La reseña de las teorías y propuestas terapéuticas podría extenderse a lo largo de un denso volumen. Es inútil disertar teóricamente sobre cuál de ellas es la más adecuada, ya que “la mejor prueba de una teoría es su aplicación”. En este orden de cosas, George Bateson escribía que “la única prueba de comprobación es la eficacia”. Si utilizamos esta perspectiva en las teorías aplicativas sobre trastornos alimentarios, es decir, si medimos su validez sobre la base de los resultados de su aplicación, en lugar de sentirnos fascinados por sus hipótesis, las conclusiones a las que llegamos son inexorables: ninguna teoría que proponga una explicación causal de tales patologías resulta fiable, puesto que los resultados de su aplicación son claramente insatisfactorios (Nardone).

En los últimos años, se han descrito numerosos instrumentos que permiten evaluar los diversos signos y conductas de riesgo que presentan las personas que padecen TCA. Los cuestionarios auto aplicados y las entrevistas estructuradas son dos de los principales instrumentos para la evaluación. Destacando los siguientes instrumentos: EAT, EDI, BULIT-R, BITE, QEWP-R, EDE-Q y SCOFF y siendo necesario tener en cuenta para su aplicación sus características generales y la manera en cómo se evalúan. También existen mediciones que pueden ser utilizadas junto con los instrumentos para evaluar trastornos de la conducta alimentaria, como es la percepción de la imagen corporal y la ingesta dietética.

5.4. Nardone, modelo de Terapia Breve Estratégica.

“No hay que ocuparse de cómo se forma un problema, sino de su persistencia”

Nardone apuesta por un modelo de Terapia Breve estratégica, es decir el arte de resolver problemas complicados mediante soluciones aparentemente sencillas.

Expone el fruto de una investigación empírico experimental que, siguiendo una metodología rigurosamente científica, ha llevado a la elaboración de protocolos de tratamiento de las patologías alimentarias que se han demostrado realmente eficaces y eficientes. Destaca el hecho de que haya sido demostrado, de forma específica, que es posible recuperarse de las patologías alimentarias en un espacio de tiempo relativamente breve (de tres meses a un año de terapia).

La exposición de su trabajo se limitará a citar en algunas ocasiones las ópticas tradicionales, para discriminar claramente las presentes propuestas teóricas y aplicativas - orientadas prioritariamente a la solución de problemas- de aquellas orientadas a la explicación de los mismos.

En otros términos, como el autor ha expresado en algunas obras (Nardone y Watzlawick, 1997), la investigación de las explicaciones causales poco tiene que ver con la elaboración de soluciones. El hecho de que los problemas puedan sufrirse, complicarse y persistir durante años no significa que tengan que ser resueltos con soluciones sufridas, prolongadas y complicadas. Por el contrario las patologías psíquicas más severas pueden desbloquearse en tiempos cortos, si se encuentra la palanca adecuada sobre la que pulsar.

5.4.1. Proceso de Abstinencia

La primera característica que debemos aclarar respecto a la anorexia es su aparición gradual y no de forma traumática: es decir, una persona no se hace anoréxica de un día para otro, sino a través de un proceso gradual de abstinencia alimentaria que lleva al rechazo de la comida.

El proceso de abstinencia de la comida procede habitualmente de la exigencia de adelgazar o de no engordar, para adecuarse a modelos de belleza socialmente avalados. Después de algún tiempo esta tendencia se hace autorreferencial, es decir, se alimenta sola, puesto que cuando la delgadez excesiva se enfrenta precisamente a los cánones estéticos en los que se había inspirado. A menudo y por desgracia la patología ya se ha estructurado y la persona no está capacitada para dominar la idoneidad de sus propias percepciones. Como consecuencia, adelgazar se convierte en el objetivo principal, aunque choque con la opinión de los demás. No es extraño que en esta fase de la patología los sujetos sientan que los demás no ven la realidad con claridad.

Con frecuencia, la tendencia a la abstinencia no es sólo respecto a la comida, sino también respecto a cualquier tipo de sensación agradable, así como a las relaciones sociales. Por lo tanto, los sujetos comienzan a rechazar paralelamente la comida, la vida social y cualquier actividad agradable. Es como si se pusieran una especie de armadura que les protegen de las sensaciones que les asustan pero, que al mismo tiempo, les aprisiona. Este aprisionamiento se vuelve cada vez más rígido hasta lograr que el sujeto sea incapaz de salir de la jaula que él mismo se ha construido. A menudo, se observan pacientes que racionalmente quieren salir del problema, pero que emocionalmente son incapaces y, cuando se encuentran frente al plato, su miedo a comer es más fuerte que su intención.

En otros términos, todo comienza como una especie de recorrido ascético de renuncia a las sensaciones terrenales hasta que, después de un largo periodo de semejante “ejercicio espiritual”, la abstinencia se instala como modo predominante de reacción y percepción de la realidad.

5.4.2. Las intervenciones terapéuticas

El primer paso supone, la mayoría de las veces, *la modificación de actitudes y comportamientos adoptados por los familiares*. La lógica que guía la intervención de las personas vinculadas afectivamente a un sujeto anoréxico trabaja en realidad en un nivel lógico diferente del que guía la lógica del trastorno. Cualquier tipo de relación afectiva, por sí misma, no tiene nada que ver con una dimensión terapéutica: son diferentes niveles de relación entre individuos.

La solución de este problema exige, en primer lugar, por parte de quien interviene, la *capacidad de asumir la lógica*, aparentemente absurda, de la persona

anoréxica, sintonizar con ésta en la formulación de la intervención terapéutica y adquirir poder sugestivo y de influencia sobre el sujeto y la familia.

Las intervenciones terapéuticas están basadas, por lo tanto, en *estratagemas terapéuticos* o, lo que es lo mismo, en *prescripciones de comportamiento* y en la *reestructuración de las percepciones de los pacientes* que les llevan a salir de la rígida jaula mental que mantiene y alimenta su patología. O sea, desbloquear la sintomatología aguda y después, cambiar su perspectiva perceptiva de la realidad.

Nardone propone en sus intervenciones: llevar a las personas afectadas por patologías alimentarias a una recuperación efectiva y rápida y evitar, en este trabajo, ser víctima de dos excesos habituales del pensamiento humano, indicados por Blaise Pascal, "excluir la razón, no admitir más que la razón". Así como tener en cuenta que la elasticidad es necesaria al trabajar con fenómenos aparentemente ilógicos y absurdos.

5.4.3. Casuística

1. El atracón: la obsesión por perder el control.

Ejemplo de familia en perfecto acuerdo, incluso después de que se presentarán los trastornos alimentarios de la joven hija. Armonía envidiable que se convierte en el alimento del trastorno.

La joven, estaba obsesionada con perder el control sobre su alimentación y, como consecuencia, engordar y volverse estéticamente desagradable. El intento de solución del problema tan temido por ella le había llevado a complicar la situación más que a resolverla. Se construye su propio trastorno basado en días completos de atracones, seguidos de períodos de alimentación muy controlada y de nuevo atracones.

Los padres apoyan a Elena en su petición de que le impidieran darse atracones, aunque esto alimenta más el trastorno, comprándose la joven la comida a escondidas.

5.4.4. Propuesta de intervención

- Aclarar que quien está unido por una intensa relación afectiva a la persona problemática, la mayoría de las veces es desarmado por ésta, desde el punto de vista terapéutico, puesto que está demasiado comprometido por su amor en la relación y, por lo tanto, es incapaz de asumir actitudes y comportamientos que a veces tiene que ser precisados claramente.
- Reestructuración de su situación familiar, poniendo de relieve que ésta era excepcional por su característica de equilibrio y relación esplendida entre los miembros, pero que, por desgracia, frente al problema, que era rebelde y del que la familia no tenía ninguna responsabilidad, habría que asumir una actitud totalmente diferente. Liberar de responsabilidad a los padres de las hipotéticas culpas de los problemas de la hija supone, en estos casos, un paso esencial que generalmente permite que éstos colaboren aún más y ayuda a establecer una relación alianza terapéutica con la hija.
- Pedirles que asumieran respecto al problema la "conjura del silencio": evitar hablar del problema teniendo presente que al hacerlo se alimenta.
- Después de haber hecho salir a los padres, poner en práctica la maniobra específica elaborada para el trastorno de Elena: *La reestructuración del miedo al*

ayuno y a las restricciones. Esta maniobra se inicia al preguntarle a qué debería temerle más, si a los atracones o al ayuno y a la restricción alimentaria. Habitualmente la respuesta inmediata es la primera, pero ante ésta se le pide a la persona que considere bien cuál es la respuesta normal del deseo, es decir, de que se desencadene el impulso alimentario incontrolado.

En ese momento, las personas comienzan a reflexionar, adoptando una perspectiva diferente del problema, y así lo hizo la paciente del caso, que respondió: “Pensándolo bien, intento contenerme, limitar lo que como, pero después explotan las ganas y no puedo dejar de atracarme. Por lo tanto quizás sea precisamente, el tratar de contenerme lo que desencadena el deseo de comer mucho”.

Un experto en comunicación terapéutica puede observar que toda esta maniobra es un ejercicio sutil de persuasión a través del cual se lleva a la persona a que tenga miedo de lo que hasta ahora ha utilizado precisamente para protegerse del temor a perder el control.

5.5. Las esculturas del presente y del futuro: un modelo de intervención terapéutica en las situaciones psicósomáticas.

Este modelo de Onnis y cols, indaga mediante técnicas no verbales la percepción de la dimensión temporal de la familia, entendida como capacidad de evolución, y favorece a su vez, terapéuticamente, su desarrollo. Utiliza para ello las esculturas familiares del presente y del futuro, y la originalidad de la técnica consiste en asociar a la metáfora espacial, siempre presente en la escultura, la dimensión diacrónica del tiempo.

Este modelo de intervención nace como modo empírico y progresivamente durante en trabajo clínico, adquiere precisión hasta convertirse en una técnica de elección para tratar familias con problemas psicósomáticos.

Las motivaciones que llevan a esta elección fueron:

- La profunda renovación conceptual ocurrida en el campo sistémico en los últimos años. La consideración del sistema como “realidad compleja”, donde el individuo y la familia, las interacciones del aquí y ahora y los aspectos históricos y evolutivos constituyen niveles sistémicos independientes, y paralelamente, la tendencia a incluir en el capó de la observación al terapeuta y su “subjetividad”.
- El lenguaje analógico, menos definido pero al mismo tiempo más rico de significados posibles respecto al lenguaje digital, permite por un lado estimular la creatividad entre sistema y terapeuta, y por otro explorar niveles emocionales más profundos y menos evidentes.
- Las familias que presentan problemas psicósomáticos se caracterizan, por un lado, por una detención del proceso evolutivo, por otro lado, porque el malestar se manifiesta somáticamente, a través del cuerpo, es decir analógicamente, asumiendo las modalidades de comunicación no verbal.

Las “esculturas” fueron introducidas como técnica en el campo de la terapia familiar por V. Satir y después Duhl y Kantor y Papp, y consisten en solicitar a la

familia que represente espacialmente la imagen que posee de sí misma, a través de la disposición de cuerpos en el espacio, la adopción de fisionomías y posturas, las distancias entre los miembros y la dirección de las miradas. Se trata de una representación no verbal o analógica que solamente después de haber sido realizada puede eventualmente completarse con un comentario de cada participante acerca de aquello que ha experimentado.

El modelo de intervención en las situaciones psicósomáticas incluye algunas variaciones: la primera, cómo “escultura del presente”, es decir el “escultor” debe representar a la familia así como la ve en el momento actual y la segunda, como escultura del futuro, donde debe representarla cómo se imagina que será trascurrido un periodo de tiempo, por ejemplo de diez años.

El trabajo con las esculturas intenta evitar el reduccionismo y respetar, en cambio, la perspectiva de la complejidad en el esfuerzo de considerar varios niveles:

- El nivel del cuerpo
El síntoma psicósomático se expresa a través del cuerpo. La utilización metafórica del cuerpo, en las esculturas, introduce un mensaje, es decir, que no sólo el cuerpo, también el síntoma puede adquirir un lenguaje metafórico. El cuerpo por lo tanto reúne múltiples niveles volviéndose lugar de intersecciones y permitiendo conexiones entre cuerpo, contexto e historia.
- El nivel psico-emocional del individuo
En la particularidad de la representación familiar que cada individuo propone con la propia escultura expresa su especificidad e identidad.
- El nivel familiar de los mitos compartidos
Principalmente, en las esculturas del futuro, las representaciones, las imágenes y las fantasías propuestas por los distintos miembros, más allá de la singularidad que la diferencia unas de las otras, se construyen en torno a “valores” comunes que configuran un mito familiar.
- El nivel terapéutico
El terapeuta aun manteniendo una posición diferenciada respecto a la familia, queda comprometido en el proceso terapéutico, recibe y envía información en un juego especular, donde la familia no sólo se ve en la representación que de sí misma da en las esculturas, sino también en la imagen que de ella le devuelve a su vez el terapeuta, una imagen nueva, diferente a la anterior. En este juego de imágenes, circularmente refleja, tiene lugar a través de las esculturas un proceso de “co-creación” entre el terapeuta y la familia.

Las esculturas exponen al terapeuta un espacio rico de informaciones sobre las cuáles es posible elaborar nuevas lecturas y redefiniciones del síntoma, es decir, nuevas estrategias de intervención.

6. Funcionalidad del síntoma, la interpretación relacional y las defensas del paciente



El síntoma aunque sea síntoma corpóreo, puede ser sustraído de la oscuridad sin significado de los accidentes biológicos, y recuperar el sentido histórico de un lenguaje, de *una comunicación*; un sentido que, si se descifra, revela en el síntoma un nudo de sufrimiento en el que se intersecan biología y emotividad, relaciones interpersonales y reglas comunicativas del contexto en el que aparece.

Si se observa al paciente dentro de un contexto más amplio, como el sistema familiar, si se buscan conexiones, es posible observar que la construcción de la funcionalidad emocional atribuida al paciente, más que una característica de personalidad, es una *"cualidad" del sistema*: es una expresión fenomenológica más evidente en el miembro sintomático de modelos interaccionales y mitos compartidos que determinan rígidamente las comunicaciones dentro del sistema familiar, y a las cuales el paciente debe obligatoriamente conformarse. *El lenguaje del síntoma entonces, expresado somáticamente por el paciente, no es sólo el lenguaje del cuerpo del paciente sino del entero cuerpo familiar.*

Explicar el síntoma como efecto de un *complejo embrollo de relaciones familiares*, que involucra la responsabilidad de cada uno, tiene indudablemente la potencialidad de inducir unas vivencias antidepresivas en la paciente, que es considerada sólo una, y no, desde luego, la primera de las personas de la familia que deben reflexionar sobre su comportamiento y finalmente modificarlo.

Asimismo, entre los comportamientos que deberían modificarse no está comprendido, en primer lugar, el síntoma que es definido, según los casos, como benéfico para la familia o cómo expresión de un daño psíquico infligido a la paciente que se convierte, así, en una víctima de los juegos relacionales ajenos, o es desatendido como si fuera una entidad irrelevante, pues los "verdaderos" problemas son otros muy distintos y conciernen a la familia.

El síntoma no es definido como una entidad patológica, signo de una incompetencia individual del sujeto portador, que así se vería disminuido. Es más, por lo general es definido como un *componente activo*, como "elección" o "huelga de hambre no declarada", o bien, en el otro extremo como "sacrificio" abocado a favorecer el equilibrio psíquico de los miembros de la familia más débiles o incapaces.

Esta definición como comportamiento activo es mucho más tolerable para estas chicas que viven la pasividad como una grave amenaza al yo.

6.1. Conexiones básicas entorno a la triple polaridad: síntomas-persona-familia

. La investigación moderna ha superado teorías desorientadoras del pasado (teoría de pulsión de Freud), a favor de construcciones más útiles de entender (las teorías de Bowlby sobre el apego, las de Kohut sobre las necesidades de empatía en el desarrollo del yo infantil, etc...) Es decir de qué modo el individuo (al que suponemos en su nacimiento como único, singular e irrepetible), una vez que ha sido socialmente condicionado por las interacciones, elabora su experiencia primaria y, si ésta ha sido penosa, se defiende de ella.

Podemos correlacionar más bien cierta constelación de síntomas con cierta personalidad de la paciente, por un lado, y con un cierto tipo de familia, por el otro. Se debe trabajar sobre tres polos y no sobre dos. No puede haber una correlación directa entre el síntoma y la familia, porque en medio está la compleja mediación de cómo un individuo, que dispone desde el nacimiento de sus propias características, elabora el sufrimiento y se defiende de él.

6.2. Funciones del síntoma en la historia personal de la paciente

- *Expresión de sentimiento de desvalorización que experimenta la paciente, y, a la vez, la defensa que está adopta contra la ola creciente de su sufrimiento, que amenaza con sumergirla y a la que ella mantiene a raya con el ayuno y el sentimiento de lucidez y de potencia que de él deriva. Cuando el deseo de poder de la futura anoréxica fracasa en las relaciones, ésta va en busca de la compensación de un poder en la relación con su propio cuerpo. La “enfermedad” es por lo tanto, una reacción defensiva frente a un estado depresivo del yo. El alivio subjetivo fundamental dado por la anorexia (al igual que por otras defensas, como las obsesivas) consiste en efectuar la inversión de una angustia vivida como pasividad en la actividad, que permite el comportamiento anoréxico.*
- La segunda función de la anorexia, por el contrario, es típica de la fase crónica, en la cual el sujeto se precipita en una condición de estancamiento. Es la experiencia de *una enorme capacidad de control* sobre el ambiente (y, en particular, sobre los padres).

El cuerpo se convierte en escenario de conflictos que no se pueden expresar de otro modo, el sujeto no se vale de su discurso e interviene sobre su propio cuerpo. Es un intento de contrarrestar la presión ejercida sobre el individuo, alzándose este ante el discurso del poder. Resiste al asalto al que está sometido constantemente. Éste es el sentido en el que parecen haberlo entendido los huelguistas de hambre.

7. Cronicidad



Las cifras presentadas por diferentes estudios realizados a nivel mundial sobre la presencia de los TCA, son dispares en cuanto a la incidencia de esta enfermedad sobre la población general. Sin embargo y acorde con el DSM-IV estos datos ponen en evidencia que estos trastornos afectan cada vez a mayor número de personas, especialmente del sexo femenino. Según Constin (1996) el 40% de los casos de pacientes con TCA no responden al tratamiento y se hace crónico, el 15% muere por Anorexia; sólo el 45% mejora sus condiciones, es decir que existe un 55% de los casos en donde su recuperación total es difícil.

En el ámbito de los modelos reduccionistas, la enfermedad psicósomática no encuentra ni hipótesis interpretativas adecuadas ni resultados clínicos satisfactorios, visto que en un amplio porcentaje de casos, el trastorno evoluciona hacia la cronicidad.

La investigación tiene cómo hipótesis el que un enfoque terapéutico integrado y multidisciplinar que afronte la enfermedad psicósomática a una multiplicidad de niveles sistémicos, es decir biológico, psicoemocional, relacional- familiar, sea más eficaz que una intervención reductivamente médico farmacológica de cara a favorecer la remisión del trastorno y la prevención de la cronicidad.

La estrategia terapéutica integrada en sentido interdisciplinar y *la formación de los operadores* (es decir, si están formados para mantener aperturas interdisciplinarias) parecen representar un binomio inseparable si se quiere intentar abrir un camino hacia la prevención de la cronicidad de los trastornos psicósomáticos.

Si la familia o la paciente no se dirigen a un especialista o si la intervención terapéutica fracasa, se observan dos evoluciones posibles de la patología. La primera, una estabilización de la sintomatología anoréxica, es decir, aquellos casos que se denominan crónicos. La segunda, un incremento del adelgazamiento que si no se interrumpe lleva desgraciadamente al sujeto hasta la muerte. Una tercera posibilidad son aquellos casos en tratamiento que presentan mejorías que se alternan con recaídas, en una secuencia que, a menudo, se hace persistente. Este tipo de paciente se define en la literatura como crónico.

Según ha demostrado en sus investigaciones el premio Nobel Henry Laborit, el ser humano es tan dúctil y corruptible que es suficiente que repita durante algunos meses un guión perceptivo-reactivo, impuesto por él mismo o por las circunstancias, para que se le vuelva automatizado y, aparentemente, natural y espontáneo. Precisamente, esto es lo que hace que el trastorno anoréxico sea tan resistente a los tratamientos basado en la sensatez y en la racionalidad, ya que las percepciones y reacciones se instalan como consecuencia de reiterar la abstinencia, produciéndose antes de que la conciencia del individuo pueda intervenir. Por lo tanto se hacen necesarias *intervenciones terapéuticas basadas en estratagemas con capacidad para soslayar esta portentosa resistencia al cambio.*

8. Trastornos en la Infancia y Adolescencia



En el tratamiento de los TCA es indispensable prestar una gran atención no sólo a la historia clínica de la paciente, sino también a su desarrollo infantil y preadolescente, por ello propongo una revisión a estas dos etapas y a los posibles trastornos que se pueden presentar.

8.1 La Infancia

Tal como se ha comentado con anterioridad, el subsistema parental se hace cargo de la crianza de los hijos, es el que da afecto y nutre emocionalmente a los hijos y lleva a cabo las funciones normativas y de socialización. El subsistema parental que es el formado por los padres ocasionalmente puede incluir a los abuelos o a algún hermano que de forma “no natural” realiza funciones parentales. Este subsistema se modifica y se adapta a las necesidades de los hijos ya que estos crecen y sus necesidades cambian.

El subsistema infantil y filial, además de las funciones de tipo filial, se dan las relaciones entre hermanos que constituyen para el niño su primer grupo de iguales. En el subsistema fraterno, se aprende a negociar, cooperar y competir. Este tipo de pautas ayuda al niño a establecer relaciones en su grupo de iguales fuera de la familia como es en la escuela. Dentro de las funciones filiales están también las relacionadas con el respeto a los padres y el acercamiento a ellos. La comunicación entre subsistemas, tiene que preservar ciertas diferencias y relaciones de intimidad y sobre todo no mezclar funciones que corresponden a la pareja con funciones de tipo paterno. La comunicación entre subsistemas es necesaria y debe ser fluida, pero manteniendo los límites adecuados entre padres e hijos, evitando alianzas disfuncionales entre subsistemas y no mezclando funciones.

Los procesos de identidad y de autonomía, requieren de procesos de diferenciación y de unión a la vez.

8.1.1 Patología infantil

La forma en que se expresan los síntomas, son diferentes en los niños en referencia a los adultos. En ellos están muy influidos por la edad y por la manera en cómo se organiza su comportamiento. Desde el punto de vista sistémico, los trastornos están en relación a las diferentes etapas del ciclo vital y a los mecanismos relacionales dentro de la familia.

Durante la crianza de los hijos, las parejas pueden distanciarse dando lugar a una dinámica relacional trianguladora en la cual se alienta a un hijo hacia un problema emocional al que entonces se pueda dedicar la atención. La triangulación, está definida como una sobreinvolucración de los hijos en los conflictos conyugales

“Una pareja enzarzada en una relación simétrica poco compensada con dificultades para armonizar y unificar sus problemas relacionales, involucra a sus hijos. El niño triangulado recibe mensajes contradictorios en el núcleo de las funciones

sociabilizantes. La información desconcertante que el niño recibe y que no sabe elaborar, le genera angustia y una inseguridad en patrones de relación muy básicos, todo ello ingredientes de los *trastornos neuróticos*”

Esta definición es indicativa de que la triangulación de un hijo como medio de compensar los problemas conyugales es una de las disfunciones familiares generadoras de patología en los hijos.

Cuando los hijos crecen, en la edad escolar los límites familiares deben adaptarse para que los hijos puedan además relacionarse con otras personas y con otros sistemas, como es la escuela y los patrones de triangulación no son facilitadores de estos procesos. Las crisis pueden observarse en la escuela, pero son derivadas de la disfunción familiar.

Cancrini, describe un esquema que relaciona el tipo de patología expresada con la interacción con el ambiente.

La expresión de síntomas dentro del circuito de tipo neurótico, se expresa en el plano comportamental como inestabilidad, impulsividad, angustia, molestias psicosomáticas, de rechazo o abuso de alimentos, no dormir y retraso o bloqueo del aprendizaje o del desarrollo. Lo que se pone de manifiesto es que la reacción neurótica esta en evidente relación con la situación que se está viviendo. Dentro del circuito psicosociopático el área del comportamiento se ve invadida por la agresividad y el rechazo. Los trastornos dentro de los circuitos psicóticos que se expresan precozmente, hacen pensar en esquizofrenias graves en el futuro o bien en trastornos psicóticos preexistentes en alguno de los padres.

Cancrini describe también una clasificación de los trastornos psíquicos del niño, en función del ciclo vital que engloba además de los trastornos concretos en el niño, otros posibles en los padres.

8.2 La Adolescencia

El contexto familiar del adolescente se configura como el marco de desarrollo de un conflicto que en esta etapa resulta básico y que está relacionado con la dependencia y el impulso hacia la autonomía personal.

Tradicionalmente, existe una imagen del adolescente enfrentado a la familia probablemente por el hecho de que este conflicto se produce precisamente en el contexto familiar, es una etapa en la que la oposición y el enfrentamiento son utilizados como herramientas para lograr la diferenciación.

Durante la infancia los hijos dependen de los padres que “dirigen” de alguna manera sus vidas, durante la adolescencia los padres se convierten en oponentes de sus hijos como contrapunto a que estos puedan encontrar su propia “identidad” y puedan adquirir su autonomía como individuos. Este proceso de individuación no es un proceso personal, sino que toda la familia participa de él. El adolescente asume el hecho de crecer y los otros miembros de la familia lo facilitan y aceptan mediante su adaptación a este proceso.

Esta etapa de cambio, puede resultar más o menos conflictiva y difícil tanto para padres como para hijos, y dependerá de la flexibilidad y de la capacidad de morfogénesis del sistema familiar, que la adolescencia se desarrolle con normalidad. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la actualidad, la familia se encuentra inmersa en un doble mensaje que provoca ambivalencia en el proceso, por un lado se empuja a los jóvenes hacia la independencia, mientras que por otro se favorecen y

mantiene situaciones prolongadas de dependencia dentro del ámbito familiar y del ámbito social.

Los cambios de una etapa a otra del ciclo familiar ponen a prueba la capacidad de adaptación del sistema y la etapa de la adolescencia implica cambios de gran envergadura que suelen provocar "crisis" en el estatus quo del sistema. Si además de lo que pasa con el propio adolescente, tenemos en cuenta a los demás componentes del sistema y a las familias de origen, la adolescencia es el momento del ciclo vital en que la familia está pasando por su periodo más centrífugo. Cada generación que la conforma, se encuentra frente a un momento de reevaluación. La generación de los abuelos, está en fase de retiro de la vida activa y en muchas ocasiones en fase de necesidad de cuidados y de atención por parte de sus hijos. Los padres que se encuentran en la etapa media de la vida suelen plantearse un periodo de autoevaluación personal y profesional. Los hijos adolescentes, por su parte, están construyendo su identidad y su proyecto vital autónomo de la familia. Por tanto cada parte o subsistema, se plantea retos propios a la vez que los retos que se plantea la familia en general.

Por este motivo, es un periodo en el que pueden darse grandes cambios dentro de ámbito familiar, como puede ser el estilo de vida, la profesión, la pareja, la familia de origen etc. La familia en general se decanta hacia una forma de funcionar más individualizada y diferenciada

8.2.1 Patología adolescente

La desconfirmación como moneda de cambio en la base y mantención de los TCA. Desconfirmación entendida como agresión a la identidad (Linares, 1996) que, cuando está presente de forma continuada en las relaciones significativas de estas personas, dificultan una adecuada nutrición emocional y obstaculizan el establecimiento de relaciones cercanas y/o significativas que favorezcan su crecimiento, individuación e independencia.

La evolución de las crisis de la adolescencia está influida por todo tipo de factores además de los derivados del propio sistema familiar, la escuela, la elección de la profesión, los amigos etc. y el conflicto se resuelve, en la mayoría de familias, con el apoyo también de todos estos factores. Sin embargo hay familias en las que las crisis adolescentes pueden derivar a situaciones generadoras de patología, desarrollándose diferentes grados de síntomas.

Según algunos autores, las familias en las que se desarrolla patología son familias en las que se dan dos tipos de situaciones relacionales: Los problemas relacionales están presentes desde su constitución como familia. Son adolescentes que ya desde niños, presentan problemas de tipo escolar, de comportamiento o incluso psicosomático. Habitualmente ya se han hecho consultas previas respecto a este hijo a diferentes profesionales. Son chicos "señalados" ya con anterioridad y la crisis adolescente les recoloca en el rol de enfermo o de conflictivo.

Los miembros de la familia impiden el desarrollo del chico y los signos de cambio. Se intenta prolongar la infancia más allá del transcurso del tiempo y se niega la evidente necesidad de autonomía.

Es muy frecuente encontrar en las familias modalidades similares en los tipos de organización y de enfrentamiento a la crisis que estuvieron presentes en la adolescencia de los padres y que se repite en la adolescencia de sus propios hijos como pauta relacional.

9. Desvinculación, procesos de individuación y sus desviaciones como generadores de psicopatologías.



A principios de los 90, Cancrini (profesor de psiquiatría y psicoterapia de la Universidad de Roma) propone una clasificación de los trastornos psiquiátricos, tras revisar las clasificaciones nosográficas psiquiátricas clásicas (Kraepelin, Jaspers), las de la psicodinámica clásica (Laplanche -Pontalis, Bergeret-Kernberg), la sistémica de Bowen sobre grados de diferenciación del self y el concepto de ciclo vital familiar.

Por un lado los conceptos de las clasificaciones fenomenológicas clásicas, los criterios psicoanalíticos de fuerza del yo y de elección de los mecanismos de defensa predominantes, nos permiten obtener una tipificación de las formas de producción de síntomas (llamado también emergencia subjetiva), los cuales hacen referencia a situaciones muy distintas.

El estudio desde el punto de vista de la emergencia subjetiva, nos lleva a una clasificación de cinco áreas de pertinencia del trastorno proporcionándonos una lectura horizontal de la situación.

La observación de los trastornos psiquiátricos en torno a los cambios de fase del ciclo vital de la familia nos proporciona una lectura longitudinal de los mismos. Los estadios del ciclo están basados en la clasificación de Milton Erickson.

La propuesta de Cancrini es que existen correspondencias significativas entre los resultados obtenidos a partir de los dos sistemas de organización de los datos, siendo esta diferenciación relevante desde el punto de vista de la indicación y propuesta psicoterapéutica. Los datos se ordenan en tablas basadas en la construcción de correspondencias, pero no deben concebirse en términos de relación causal, sino en términos de manifestaciones detectadas en una misma realidad psíquica utilizando distintos puntos de vista. El ciclo vital de la familia, para que sea completo hay que integrarlo con todas las situaciones psicopatológicas que se desarrollan dentro de otros sistemas interpersonales.

Parámetros a utilizar para crear las correspondencias:

Fases del ciclo vital

- . Individuación hijo adolescente
- . Desvinculación
- . Joven adulto en fase individuación
- . Familia con niño pequeño
- . Adaptación a tercera edad

Áreas de emergencias subjetivas

- A. de las reacciones
- A. de las neurosis
- A. situaciones límite
- A. de las psicosis
- A. de los desarrollos

A continuación describo los diferentes trastornos de cada una de las áreas:

- Área de las reacciones: en ella se aprecia una evidente cronología entre los síntomas o trastorno psíquico y un acontecimiento externo (depresión reactiva y algunos trastornos del anciano)
- Área de las neurosis: comprende desde el punto de vista de la emergencia subjetiva, el carácter neurótico, la neurosis histérica, fóbica, de ansiedad, obsesiva, trastornos de la función sexual, trastornos precoces de la pareja, trastornos de ansiedad más o menos somatizada, trastornos depresivos, trastornos psicossomáticos.
- Área de las situaciones límite: estas condiciones se habían definido a caballo entre las psicosis y neurosis y se presentan como trastornos de la personalidad con síntomas fugaces e inconstantes de tipo diverso (neurótico o psicótico) aunque algunos autores incluyen formas graves de neurosis obsesivas.
- Área de las psicosis: esquizofrenia catatónica, hebefrénica, paranoide, simple pseudoneurótica, florida o reactiva, verdadera o defectual, brote psicótico, autismo, carácter esquizoide, delirios, disociación, posición esquizoparanoide, posición depresiva, psicosis, psicosis delirante crónica, psicosis maniacodepresiva (cíclica, ciclotimia, crisis maníacas o depresivas, trastorno afectivo bipolar), trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno límite de la personalidad, trastornos psicóticos de tipo productivo.

Cancrini propone en su libro La caja de Pandora, Manual de psiquiatría y psicopatología (Paidós, 1996) un glosario tanto para las neurosis como psicosis, para aclarar las definiciones que se dan en cada área y que es forzoso consultar ya que no provienen de una sola fuente como podría ser el DSM-IV-R o ICD-10.

- Área de los desarrollos o patologías intersistémicas: son condiciones de sufrimiento caracterizadas por la interacción recurrente entre los trastornos de la personalidad del individuo y las respuestas de la realidad social circundante como el desarrollo sociopático, el paranoico el deficitario.
- Comportamientos sintomáticos de segundo nivel: Son comportamientos que a pesar de tener su origen en las dificultades propias de una de las áreas anteriores que solo se ven al bloquear el síntoma que aparece como más evidente, se desarrollan a lo largo del tiempo de una manera autónoma. Se incluyen las toxicomanías, trastornos del comportamiento alimenticio y los psicossomáticos.
- Los trastornos de la infancia, adolescencia y tercera edad están expresados también en términos de ciclo vital y emergencia subjetiva pero no siempre están relacionados con alguna de las áreas.

10. Bibliografía

- *Selvini, M. y otros* (1998) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós. Barcelona.
- Luigi Onnis (1996). *La palabra del cuerpo. Psicósomática y perspectiva sistémica*. Herder. Barcelona.
- Giorgio Nardone (2003). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Paidós. Barcelona.
- Juan Luis Linares (2009). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós. Barcelona.
- Cancrini, L., La Rosa, C. (1991). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología*. Paidós. Barcelona.
- Olaia Carrera Guermeur. *Apego y anorexia nerviosa: manipulación de las experiencias tempranas en ratas y desempeño en el procedimiento experimental basado en la actividad*. Universidad de Compostela.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya

Artículos:

- *Anorexia y Bulimia: nuevas tendencias desde la óptica sistémica*. Luigi Onnis, Ángela María Mulé y Agostino Vietri.
- *Síntomas y sistemas familiares. Diagnóstico relacional*. Soriano, J
- *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. Liliana Betancourt.
- *Trastornos psicósomáticos: Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos de la infancia y adolescencia*. Teresa Moratalla, José Soriano.
- *El embrollo familiar y o cómo enredarte (y enfermarte) metiéndote donde no te llaman*. César Vásquez Olcese & Teresa Mendo Zelada.

- *Terapia Familiar en los trastornos del comportamiento alimentario.* Pilar Lamuela
- *Trastornos alimentarios de larga evolución: factores relacionales.* Montse de la Vega D.Gustavo Faus B.
- *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*
Tratamientos de los trastornos de alimentación. Cecile Herscovici
- *Cuando el cuerpo habla. La Perspectiva Sistémica en psicósomática.* Por Luigi Onnis y Marcelo R. Ceberio
- *“Instrumentos de Evaluación para los Trastornos de los trastornos de la conducta alimentaria”* María del Carmen Iñarritu Pérez, Verónica Cruz Licea e Isabel Cristina Morán Álvarez

Curso:

- “Evaluación del daño psíquico sobre el vínculo en las relaciones patológicas padres-hijo”. Impartido por Aránzazu Fernández Rivas. Psiquiatra Jefe Sección Infanto- Juvenil. Sº Psiquiatría H. de Basurto. Bilbao.

Notas:

- (1) **TCA:** Trastorno del Comportamiento Alimentario
- (2) **AN:** Anorexia Nerviosa
- (3) **BN:** Bulimia Nerviosa
- (4) **TCANE:** Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, que incluyen aquellos cuadros clínicos similares a la anorexia y la bulimia, pero donde falta algún criterio para poder considerar el síndrome como completo. En ocasiones, estos cuadros incompletos no son tales, sino una etapa inicial del trastorno en el que aún no ha terminado de expresarse toda la patología.
- (5) **Triangulaciones Manipulatorias:** una pareja enzarzada en una relación poco compensada, tendrá dificultades para armonizar y unificar sus propuestas relacionales a sus hijos. El resultado puede ser un sistema de doble parentalidad, que puede traducirse en solicitudes de alianzas. El niño triangulado recibe mensajes contradictorios en el núcleo de las funciones sociabilizantes. Es una información desconcertante, que el niño no sabe cómo elaborar y que genera una angustia básica que constituye uno de los ingredientes de la experiencia neurótica.
- (6) **Epistolario nocturno:** estrategia no ordinarias para la rápida solución de problemas complejos, que tiene que ver con una prescripción o ritual familiar, nocturno, como hablar del problema durante un tiempo concreto o sólo hacerlo en este horario.

