

Psicoterapia de los trastornos de la conducta alimentaria

M. Mateos, J.J. de la Gándara

Resumen

En el presente trabajo se analizan distintos aspectos sobre la psicoterapia de los TCA. Se plantea un modelo contenedor, de amplio espectro, ecléctico, activo y participativo; realizado por un equipo interdisciplinar entendido como un grupo de trabajo que interviene desde un modelo grupal, con un programa único, con intervenciones integradoras y espacio para lo individual.

El abordaje de los TCA exige simbolizar las conductas concretas, pues son patologías caracterizadas por un déficit de la identidad, que impide la separación de las figuras parentales, adoptando una solución adictiva que encubre un núcleo depresivo. Suele darse en familias desorganizadas (BN) o que se equilibran sustituyendo el conflicto conyugal por la enfermedad (AN), quedando así la hija atrapada en esta identidad de enferma.

En consecuencia, la psicoterapia debe buscar la escucha empática de las necesidades emocionales del paciente, dar sentido a los síntomas y elaborar los duelos pendientes, independientemente del posicionamiento del terapeuta.

Palabras Clave: Trastorno de la conducta alimentaria. Psicoterapia. Grupo.

Summary

Presently work different aspects are analyzed on the psychotherapy of the TCA. He/she thinks about a model container, of wide spectrum, eclectic, asset and participativo; carried out by a team interdisciplinar understood as a work group that intervenes from a model grupal, with an unique program, with integrative interventions and I space for the individual thing.

The boarding of the TCA demands to symbolize the concrete behaviors, because they are pathologies characterized by a deficit of the identity that impedes the separation of the figures parentales, adopting an addictive solution that hides a depressive nucleus. He/she usually gives in disorganized families (BN) or that they are balanced substituting the married conflict for the illness (AN), being this way the daughter caught in this identity of sick.

In consequence, the psychotherapy should look for the he/she listens empática of the patient's emotional necessities, to give sense to the symptoms and to elaborate the pending bereavements, independently of the therapist's positioning.

Key words: I overturn of the alimentary behavior. Psychotherapy. Group.

Correspondencia: Jesús J. de la Gándara Martín
Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital
"Divino Vallés"
Carretera de Santander S/N
09006 Burgos

INTRODUCCIÓN

La primera dificultad que se presenta al clínico cuando se plantea abordar ésta o cualquier otra patología desde un enfoque psicoterapéutico es definir:

- El Objeto de atención: Qué es el trastorno
Quiénes son los que sufren el trastorno
- Cuál es el Encuadre en que se va a dar respuesta a los problemas que nos traen esos pacientes, encuadre institucional, de organización del equipo, y de las normas, límites espacio – temporales – psicológicos en que se hará nuestra actuación.
- Cuál es el modelo de intervención que elegimos.

Las respuestas a estas preguntas vienen dadas, en gran medida, por criterios de realidad, por ello comenzamos por el encuadre institucional:

El modelo que presentamos en estas líneas, trata de resolver cómo realizar la intervención desde una institución Pública: Lo que nos remite a las necesidades institucionales y a la filosofía general del marco hospitalario, y del servicio en el que estamos insertos:

- Esto conlleva una demanda numerosa, con una alta presión asistencial para el clínico y con las dificultades consiguientes para encontrar tiempo para pensar, lo que facilita la actuación compulsiva o la protocolización defensiva, que obvia las necesidades del paciente real en favor de la eficacia estadística o respuestas planificadas estandarizadas.
- Una demanda diversa en cuanto a la patología (no encontramos pacientes que se ajusten a los patrones nosológicos), y en cuanto a lo que acompaña a la patología (aspectos socio-familiares y personales muy diferentes que exigen respuestas también muy distintas).
- Frente a las consultas privadas – no gratuitas, o a las unidades de élite, son pacientes no seleccionados, poco motivados para el cambio, a menudo traídos contra su voluntad o por presión familiar o social; sin una demanda definida (protodeterminada) por parte del sujeto, para el que se pide psicoterapia, o con demandas muy parti-

culares (“quiero mejorar, pero no quiero ni creo que mi vida pueda cambiar”).

- En general, una baja conciencia de enfermedad, con vivencia de malestar, tanto los pacientes, como sus familiares.

Para resolver estos problemas podemos optar entre dos posibilidades:

1. Realizar una oferta basada en un número variable de actividades terapéuticas, que se diseñarían en función de su pertinencia para modificar la patología que pretendemos tratar, y de la formación de los profesionales del Equipo (realidad), pero que sean ofertadas en función de las posibilidades de tiempo, características del paciente, y necesidades específicas. De manera que a cada paciente se le asigna a unas actividades diferentes diseñadas a su medida. Sería una psicoterapia a la carta, que atiende aspectos parciales de la patología.

2. Un programa integrado, que pretende ser más que la suma de las partes (actividades clínicas concretas), en el que éstas siguen una dirección única, y se espera que el conjunto de actividades terapéuticas tenga un efecto potenciador e integrador en el sujeto, facilitando un cambio estructural.

Detrás de estas elecciones suele existir, aunque no siempre, dos conceptos radicalmente distintos de la patología, de la forma de actuar, y de las funciones de los distintos profesionales que intervienen en ella. En realidad se trata de dos filosofías radicalmente distintas.

Es cierto que hoy es raro encontrar alguien que no defienda una intervención multidisciplinar, ante la evidencia de que no existen modelos explicativos unicastales en la patología psiquiátrica, pero esta intervención puede verse como simultánea, aunque separada, de los distintos profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros), en la que cada uno interviene según las necesidades detectadas por sí, más o menos coordinados, pero como si se trataran de compartimentos estancos, en los que como forma más usual un psiquiatra responsable del equipo, solicita la intervención específica de otro profesional cuando lo cree necesario.

En frente está la idea integral de lo biopsico-

social, en la que el conjunto pretende ser más que la suma de las partes, y en la que un programa único conforma una matriz capaz de producir un cambio estructural, con la aspiración (a veces excesiva) de trascender el malestar evidente para intervenir en el lugar de donde procede.

Ante esta disyuntiva, elegimos un modelo que sea:

1.- Contenedor: capaz de delimitar nuestro objeto de atención y dar una explicación comprensiva de los fenómenos observados, de manera que al hacer entender al paciente y a sus familiares el cómo y el porqué de su malestar, acotemos éste. Lo hacemos comprensible, y ellos pueden depositar en nuestro saber una seguridad necesaria para la esperanza y creando un lugar en el que lo preverbal puede transformarse en símbolos y la angustia-conducta en palabras y proyectos.

2.- De amplio espectro: un modelo capaz de abarcar los distintos factores que intervienen en la génesis de la patología y que la acompañan, pero también un modelo capaz de ayudar a los distintos pacientes con sus problemas particulares y distintos.

3.- Ecléctico: no ligado a una única escuela, que sería incapaz de dar cuenta de la multicausalidad del trastorno. Sin embargo es conveniente que cada profesional haga un aporte desde un determinado paradigma, fruto de su especialización.

4.- Integrador: en la comprensión de la psicopatología y de la trayectoria vital del sujeto, en la disposición del modelo teórico que sustente nuestra intervención, en la disposición del equipo que soporta la intervención, en la participación de los pacientes y familiares, y en la concepción holística de toda la intervención.

5.- Activo y participativo: frente al modelo médico que favorece la dependencia en la que Yo (profesional) tengo el saber /poder y Tú (paciente) sigues mis indicaciones para ser curado, asumimos un modelo activo, en el que el paciente es quien tiene que realizar un cambio y es quien más sabe de sí mismo para realizarlo. Nuestra función es crear un continente que dé soporte, oriente y acompañe.

Como consecuencia, el equipo es concebido como una unidad funcional, en la que el paciente es responsabilidad de todos los miembros del equipo, pues todos intervienen desde el área específica que les atañe, para de forma integrada actuar dentro de un proyecto único que también tiene su jerarquización.

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL

Esto requiere primero constituirse como tal, construyendo un proyecto consensuado y definido explícitamente, donde todos sepan qué hace el otro, cómo y porqué, sin perder la iniciativa ni la confianza básica. Para ello los miembros del equipo han de hacer un tránsito doloroso: ceder el narcisismo, asumir la responsabilidad y tener sentimiento de pertenencia al Equipo. Esto exige que el equipo pueda darse espacios de encuentro para mantener una comunicación fluida entre sus miembros, planificar intervenciones, revisar las realizadas, integrar las intervenciones y las comunicaciones recibidas a lo largo del día, y por fin cuidar de cada uno de los miembros del equipo. De esta manera es posible integrar toda la experiencia y se evitan las actuaciones y las transferencias parciales.

Es cierto que los equipos que atienden la salud mental tienden a mimetizar a sus pacientes, de manera que si trabajan con psicóticos se comportan autísticamente, y si lo hacen con drogodependientes o con TCA, por ejemplo, tenderán a la actuación, a la pérdida de límites y a defenderse por medio de la identificación proyectiva.

Este hecho hace necesario un espacio de retroalimentación a través del que cada miembro del equipo se someta a la mirada de alguien externo, que en un clima no persecutorio, pueda devolver en espejo la imagen que cada miembro o el equipo en su conjunto da. Todo esto debe hacerse desde la idea de que una de las funciones primordiales del equipo es la de cuidar de sus miembros, repartiendo las responsabilidades, pero con un sentido de apoyo, contraste y confirmación. Y es necesario, porque si el equipo no se siente cuidado sobre unas bases sólidas, no podrá cuidar de sus pacientes. Por tanto, el equipo se encuentra entre la disfunción de los pacientes y la disfunción institucio-

nal, de manera que tendrá que crear espacios funcionales para poder ser útil.

Crear un equipo que asuma el tratamiento global del paciente no diluye la responsabilidad que cada uno de sus miembros tiene, pero opera haciendo que no se viva la responsabilidad con un peso excesivo y en soledad; permitiéndose que las decisiones tomadas puedan ser contrastadas, integrando los aspectos parciales que los pacientes u otros miembros del equipo depositan en cada uno de nosotros, o los que depositamos nosotros en ellos y así poder terminar el trabajo cuando salimos del hospital.

Optamos por un modelo de intervención grupal por diversas razones, unas tienen que ver con el modelo teórico que sustenta nuestra intervención, dada la importancia que entre los factores causales de los TCA tienen los aspectos familiares y sociales, por ello el grupo se constituye en un instrumento muy eficaz para generar espacios emocionales correctores. El grupo es por otra parte un instrumento potente para favorecer cambios e influir en los otros, incluso cuando no están motivados para ello o también cuando se resisten a él.

La afinidad con este modelo por parte de los terapeutas se basa en su historia personal y en sus propios conflictos, de la misma manera que las patologías que eligen tratar o las técnicas o sustentos teóricos que utilizan (ninguna elección profesional o adscripción a un determinado paradigma se escapa de las implicaciones histórico-emocionales).

Por último, la presión asistencial favorece también la elección de un modelo grupal, al permitir una economía de tiempo con una eficacia similar o incluso superior, al poder intervenir en una hora sobre 8 pacientes, lo que sería muy difícil y más costoso personalmente para el terapeuta con un modelo preferentemente individual.

Sin embargo, una concepción grupal no significa que la intervención no sea individualizada ni haya espacio para lo individual. Por una parte se necesitan espacios individuales para resolver aspectos que por su naturaleza requieren trabajarse sólo con el paciente o su familia, y por otra la intervención en grupo también se fija objetivos específicos para cada uno de sus miembros. Ponemos entonces el acento en la necesidad de realizar programas individualizados.

¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?

La psicoterapia es un método para obtener un cambio en un paciente, que se sustenta en un modelo teórico y se realiza en un contexto explícito (normas, espacio, tiempo, situación) por un terapeuta entrenado a través de los encuentros con el paciente. Esto que pretendemos modificar puede abarcar desde los aspectos más externos hasta la estructura de la personalidad.

El objetivo de la psicoterapia es por tanto obtener un cambio independientemente del paradigma al que nos adscribamos, pero aunque esto parezca evidente, y siguiendo a Foulkes (5), inevitablemente deberemos hacernos una serie de preguntas:

- ¿Quién desea que cambie?
- ¿Por qué cambiar?
- ¿De qué manera esperamos que se produzca el cambio?
- ¿Por qué acude el paciente al terapeuta para cambiar?

Todas las respuestas a estas preguntas tienen un aspecto consciente y otro inconsciente, y en respuesta a ello, el terapeuta se tendrá que formar una idea de:

- La capacidad de insight que tiene el paciente.
- De su integración.
- De la fuerza y el modo de sus defensas, me refiero a como se resistirá al cambio.
- De la motivación que tiene para realizar ese cambio. Éste es el factor más importante entre los que indican la necesidad de llevar a cabo una psicoterapia.

Como decíamos antes, para hacer una psicoterapia necesitamos (8):

- Primero un modelo teórico que explique las causas de la patología, porqué, cuándo y cómo se da ésta.
- Diseñar una técnica que desde la teoría sea capaz de facilitar el cambio en distintas condiciones y lugares. En este sentido, hay una diferencia fundamental en cuanto a lo que podemos esperar de la acción de los psicofármacos en la mayoría de los trastornos neuróticos, en la que hay dos

posturas, la de los que esperan que sean capaces de modificar la etiología del trastorno por su acción intrínseca, y otra más cercana a la posición de la psicoterapia, que los considera como tratamientos sintomáticos capaces de crear un terreno en el que si los mantenemos un tiempo suficiente, el paciente tendrá la posibilidad de vivir experiencias correctoras que se incorporaran a su repertorio emocional y conductual. La psicoterapia la concebimos como una experiencia capaz de facilitar experiencias emocionales correctoras, pero de una forma planificada, no dejada al azar como en el caso de los psicofármacos.

- Un encuadre, que es el marco que nos señala los límites de la psicoterapia, las reglas explícitas por las que se rigen terapeuta y paciente. El encuadre tiene una función principal, pues nos permite saber por dónde discurre el proceso en cada momento, y da sentido al acto terapéutico, al tiempo que es la referencia para determinar cuales son las resistencias del paciente para cambiar.

- Por último se necesita un terapeuta entrenado, capaz de integrar teoría y técnica sin alterar el proceso con sus propios conflictos.

Partimos en psicoterapia de dos premisas básicas:

- Que la palabra tiene capacidad para influir en los otros, ya sea en forma de instrucciones o compromisos, ya sea como vehículo emocional o material de elaboración, que permite transformar el mundo interno y la visión del mundo externo.

- Que el síntoma no es el trastorno, sino la expresión de éste.

¿QUÉ SON LOS TCA?

Cuando nos situamos en un modelo psicoterapéutico, intervenimos desde un determinado presupuesto, (que la patología es secundaria a unos determinados condicionamientos, o a determinadas cogniciones, o procede de una alteración de la comunicación familiar o de los grupos de pertenencia etc...), pero no olvidamos los otros factores que influyen y los otros modelos teóricos que deben estar integrados en nuestra manera de trabajar. Esto es, cuando actúo como conductor de un grupo de psicoterapia de orientación grupo-

analítica, entiendo que la patología se origina en la alteración de la comunicación, por ejemplo, y desde ahí realizaré mi intervención. Esto no significa que sólo pueda escuchar lo que ocurre desde ese presupuesto, afortunadamente mi escucha también tendrá en cuenta los aspectos biológicos y sociales y conductuales que ante mí aparecen, pero sin embargo, limitaré mi actuación a la técnica que aplico en cuanto psicoterapeuta de grupo. Aunque veo muchas cosas, sólo intervengo desde la técnica que aplico en ese determinado momento.

Más allá de las definiciones reduccionistas que encontramos en las clasificaciones como el DSM o la CIE, necesitamos para hacer una intervención psicoterapéutica dar sentido a las conductas (síntomas) descritos en ese trastorno, ya que entendiendo de forma amplia el proceso de psicoterapia, la concebimos como una reconstrucción histórica de la trayectoria vital de la paciente, que dé un nuevo sentido a su experiencia, simbolizándola, y dando un nuevo significado a los hechos vividos.

Desde este punto de vista, los TCA son un fenómeno complejo definido por aspectos como:

- Los físicos: amenorrea, anorexia, bulimia...
- Emocionales: rechazo del propio cuerpo, de la sexualidad, etc...
- Cognitivos: distorsión de la imagen corporal, autoconceptos sobre su propia capacidad de control, de sí mismo, y recursos, etc...
- Conductuales: estímulos antecedentes, conducta (inanición, purgas, ejercicio compensatorio, aislamiento social, etc.) y consecuencias.
- De desarrollo y adaptación psicodinámica: organización de las defensas, etc...

Esta complejidad nos plantea una serie de dudas:

- ¿Es este concepto de los TCA, de la misma manera que otros basados en conductas complejas, una manera adecuada de clasificar el fenómeno?.
- ¿Se trata de un concepto único, bien delimitado, o por el contrario es la suma de muchos fenómenos distintos agrupados de forma artificial?.

Esta discusión fue enriquecedora en el campo de la esquizofrenia, por ejemplo, en las distintas posiciones de Kraepelin, Bleuler o Schneider, que ponían el acento en unos u otros fenómenos como núcleo de la enfermedad. Sin embargo, se echa en falta una discusión más profunda en el campo de las toxicomanías, los trastornos del control de los impulsos o los trastornos de la conducta alimentaria; donde tratamos de atrapar el trastorno con tres o cuatro criterios basados en conductas que parecen ser epifenómenos de uno o varios trastornos más nucleares, y que quizás, sean más amplios que las categorías. Se echa en falta un análisis fenomenológico más riguroso, ya que la experiencia clínica nos dice que muchas bulímicas se parecen más a algunas alcohólicas o toxicómanas que a otras bulímicas, por ejemplo. También está por aclarar el papel del incesto o los abusos sexuales, tan frecuentes en los TCA y su relación con el Trastorno por estrés postraumático, (en nuestra casuística un 22% de las pacientes atendidas en Hospital de Día) etc.

- ¿Qué significado tiene la alta prevalencia de comorbilidad con otros trastornos del Eje I (91-03% según Braun 1994)? (1). ¿Son los TCA una forma de presentarse los trastornos afectivos como afirman algunos autores?. ¿Deberían agruparse todos los trastornos de la impulsividad en una sola categoría?

- ¿Qué significado tiene la alta prevalencia de los trastornos de personalidad en este grupo de pacientes (hasta un 77% según Fahy 1993 (4), sobre todo de T. Límites e Histriónicos)?. ¿Son éstos un factor predisponente, una complicación, un factor patoplástico o una entidad independiente?.

- Y ya centrándonos sólo en los TCA: ¿Es lo mismo una AN restrictiva con rasgos obsesivos, que otra con características esquizoides?, o ¿qué significa el frecuente paso de la anorexia restrictiva a la forma compulsivo-purgativa?.

- ¿Qué relaciones tiene la BN con la AN?.

- ¿Qué manifestaciones son primarias en los TCA y cuáles son secundarias a la desnutrición o a las purgas?.

Parece que hay muchas transiciones y evoluciones, pero también existen muchas organizaciones distintas en los pacientes:

Distintos autores [Laboucarié y Barrés (1970)] (6) han distinguido entre una AN:

- *Histérica*: La más frecuente. Aparece frecuentemente tras la aparición de factores desencadenantes en el ámbito familiar, y parece estar en relación con trastornos afectivos subyacentes que han incidido en el desarrollo psicoafectivo. Rechazan intensamente el alimento, destacan su delgadez a través de su indumentaria, y niegan todo factor estético producto de su condición femenina.

- *Obsesiva*: Tienen una gran necesidad de ejercer un control entre la necesidad de nutrirse y el temor de satisfacer el hambre, que viven con culpa. Es frecuente el que la anorexia se alterne con períodos de bulimia.

- *Fóbica*: Propia de las más jóvenes y reactiva a sucesos traumáticos. Espontáneamente evoluciona de forma desfavorable, pero responden bien al tratamiento.

- *Depresiva*: Es la expresión clínica del estado depresivo, frecuentemente reactivo a acontecimientos vitales de pérdida. Muchos autores consideran que estos cuadros no tienen categoría de entidad nosológica.

- *Formas presicóticas y psicóticas*: Hay autores que consideran incompatible la sintomatología anoréxica y la psicótica. Los que están a favor de esta forma clínica la asemejan a los estados paranoides que cursan con despersonalización y alteraciones de la imagen corporal.

En adelante y para teorizar sobre los TCA, y a riesgo de que pueda llevar a confusión, nos centraremos en describir la AN, ya que facilita una exposición más didáctica, porque la mayoría de los teóricos se han centrado en ella, y solo a partir de estas observaciones se ha teorizado sobre la BN y los otros TCA. Más adelante intentaremos explicar sus peculiaridades.

El acto de comer es un hecho principal en nuestras vidas que adquiere múltiples significados como señalan Caparrós y Sanfeliú (1997) (2):

Por un lado y en un primer lugar, es una conducta biológica destinada a la supervivencia, pero además tiene una significación socio-cultural que nos vincula a los otros, y por último, una significación personal. Estos distintos significa-

dos hacen posible que el No comer pueda ser utilizado como una manifestación de los otros.

Lo cierto es que el 87% de los casos de AN comienzan en la pubertad y la adolescencia, que es la etapa en la que las perturbaciones del carácter acompañan la conquista de la autonomía y de la identidad sexual. Por tanto, en este período la imagen corporal adquiere una importancia capital.

Siguiendo a estos autores (2), podemos decir que es un período vital que exige una adaptación en distintos niveles:

- En el del pensamiento, que debe evolucionar desde un pensamiento intuitivo – concreto a otro abstracto – deductivo.

- En el nivel de los impulsos, el adolescente siente una gran inquietud instintiva y debe ir controlando y dirigiendo hacia fines creativos.

- El nivel de la afectividad se caracteriza por una importante labilidad y excitabilidad.

- Y por último, el nivel de las tendencias yoicas, que exige la reafirmación de la identidad. En este período el sujeto debe afrontar la separación de los padres, para buscarse e identificarse con algo que desde entonces será el mismo. Es el paso de una protoidentidad, caracterizada por las identificaciones y la seguridad y dependencia que aporta el manto familiar, a la definición de los propios límites y la responsabilidad. Es un momento en el que existe una gran tensión entre las necesidades narcisísticas y la necesidad de salvaguardar la propia identidad, frente a los ataques a su autoestima. El adolescente tiene que pasar por realizar el duelo por su cuerpo infantil y las fantasías de bisexualidad, por la identidad y el rol infantil y por los padres de la infancia, pues necesita simbolizarse como un extraño.

Es cierto que éste es un proceso continuo, que se va desarrollando durante toda la vida (3), pero es en este momento y por la presión de los cambios biológicos (el desarrollo de la sexualidad adulta), y las sociales, debe producirse un cambio, que implica el abandono del mundo infantil de las seguridades y dependencias, lo que se manifestará en una identidad nueva.

Los TCA entonces supondrían un fallo en el paso de la prepubertad a la pubertad, que impide el adecuado desarrollo de una identidad sexual

(corporal), individual (de responsabilidad y proyección de futuro) y social (adaptación al entorno). De manera que el sujeto se siente incapaz de asumir el rol de adulto. El conflicto central, dicen Caparrós y Sanfeliú (2), no se encuentra en la función alimentaria, sino en el cuerpo como totalidad. El cuerpo no se vivencia como amenazado, sino como amenazante, y es a la vez negado e hipervalorado (distorsión de la imagen corporal).

Estos autores señalan algunos significados atribuidos a la delgadez, que cobra un valor simbólico con el que la paciente se identifica o proyecta; la delgadez:

- como cualidad,
- como forma de pasar inadvertidas (sobre todo en las tímidas),
- como representación de la edad infantil, y la ausencia de sexualidad adulta,
- o como expresión de hostilidad hacia sí mismas o hacia los demás.

Como consecuencia, la obesidad es entendida:

- como falta de control,
- como causa de infelicidad, fealdad y aislamiento social,
- y tiene connotaciones sexuales, caracterizados por deseos y temores,
- a veces también puede representar el embarazo.

LA ESTRUCTURA NARCISISTA Y LA SOLUCIÓN ADICTIVA

Para introducirnos en la dinámica intrapsíquica de la anorexia, vamos a apoyarnos en un trabajo reciente de Pilar Puertas (2002) (9) que hace un recorrido por sus propios conceptos y los de McDougall, Ogden, Killigmo, Green o Jeammet, y en el ya citado de Caparrós y San Feliú (2).

En términos generales, podemos decir, que la gestación de un Yo (puede leerse aquí también personalidad, aunque el concepto sea más amplio y de distinto origen) flexible, con capacidad de adaptación e investido positivamente, procede de un vínculo satisfactorio con los padres quienes al

reconocer en el hijo a alguien distinto y valioso, merecedor de su afecto y con potencialidades, permiten que éste se identifique con ellos, introyectando sus cualidades, con lo que aparecerá en su interior una estructura emocional-psicológica persistente, que le permitirá ir adquiriendo autonomía y adaptarse satisfactoriamente lejos de la presencia y la gratificación directa de sus padres o sustitutos.

Sin embargo, cuando la niña no se ha podido abastecer de un suficiente caudal narcisista (de afecto y valoración) siente que no es querida, ni lo merece, y al tiempo, al sentirse defraudada se llena de una hostilidad e insatisfacción que se acompaña de temor al abandono y de culpa. Entonces adopta la Posición Narcisista, ésta es una forma de estar en la que se otorga al otro el poder de la vida (integración) y de la muerte (intolerancia a la frustración, sentimientos de abandono desorganización), de manera que la preanoréxica, para poder preservar el frágil Yo de un potencial peligro tan grande, evita la vinculación (en un intento fallido de hacerse estoico), entonces son inevitables los sentimientos de pérdida, de vacío y la incapacidad de ilusionarse e ilusionar las cosas. Esta defensa narcisista le lleva a una desnutrición afectiva que le impide escuchar las necesidades de calor y reconocimiento que surgen de este núcleo depresivo.

Así podemos ver que la Estructura Anoréxica según algunos autores, y también para nosotros otras patologías caracterizadas por el déficit narcisista y de la identidad (Toxicomanías, juego patológico, los trastornos de personalidad del cluster B, ...) se caracterizaría por:

- la fragilidad narcisística
- el déficit simbólico
- y una depresión latente amentalizada

Esto es, en primer lugar, una pobre autoimagen, con autoconceptos devaluadores de sí mismo, que desaniman a afrontar experiencias nuevas y atrapan al sujeto en un rechazo de sí, habiendo un yo inhóspito. También una gran dificultad para procesar con el leguaje y los símbolos las emociones y estímulos que crean malestar y tensión o pérdida, por lo que ésta se descarga de forma automática a través de la acción, ya sea

muscular, emocional o por medio de actos intuitivos más complejos. Y por fin, y quizás en el origen de lo anterior, el frágil Yo, incapaz de hacer frente a las situaciones de pérdida que sobre todo se concentran en la adolescencia, se defiende de los sentimientos depresivos tras las defensas maníacas y la escisión.

En una evolución satisfactoria, la niña, inicialmente, puede en ausencia de la madre integrarse gracias a la presencia de un objeto físico que elige como su representación (un oso de peluche, la esquina de una sábana, etc...), es el Objeto Transicional. Más adelante, en el proceso de crecimiento puede internalizarse un objeto-función materna autocalmante que contenga lo psíquico en los momentos de tensión emocional, de forma que cada vez es menos necesaria la presencia de objetos externos calmantes, y la niña, en lugar de buscar fuera de sí misma la capacidad de integrarse, podrá buscar dentro de sí esas posibilidades autocalmantes que le darán acceso a la autonomía.

Pero cuando el vínculo con los padres no ha sido satisfactorio, (ya sea por imposición de las exigencias externas, por la incapacidad de los padres o por una excesiva demanda instintiva de la propia niña), y ésta se encuentra en conflicto con el objeto-función materna, no puede acudir a él para ayudarse y no puede internalizarlo o lo incorpora de forma persecutoria: la niña queda fijada al Objeto Transicional. Dicho en otras palabras, la niña elige (de forma inconsciente, claro) quedar atrapada en la Solución Adictiva, en la que la comida o el cuerpo y su control son la substancia calmante.

La Solución Adictiva se caracteriza porque:

- Se sustituye el alimento afectivo por comida.
- Se mantienen las emociones escindidas, supliéndose por sensaciones.
- Permite recrear la ilusión de un control mágico omnipotente de la madre, sin tener que soportar su ausencia.
- Recrea un paraíso asexual.

El problema es que se utiliza un Objeto Adictivo (fetiche) que, a diferencia del Objeto Transicional, no permite que se asiente un cambio duradero en la estructura psíquica, pues éste debe

buscarse incesantemente en el exterior, de forma que, en este caso, a través de la comida-cuerpo se puede evitar el vacío-muerte de la separación; la diferenciación sexual y el hambre afectiva se intenta tener bajo control, como una forma de salvaguardar la propia identidad tan frágil; o se intenta saciar fallidamente con una ingesta de comida que tampoco alimenta y que como es ingerida de forma agresiva o ambivalentemente, luego es expulsada o queda dentro, en cualquier caso, sin poder alimentarle (como la relación afectiva) y llenándole de sentimientos de culpa.

El resultado es un Yo inmaduro con rasgos obsesivos o límites, que no se organiza simbólicamente y por tanto no puede transformar los impactos emocionales, y que tampoco puede definir sus límites, determinando claramente dónde empieza y dónde termina, esto es con un pobre sentido de sí mismo.

DINÁMICA INTRAPSÍQUICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Como vemos, probablemente son personas que han sufrido privaciones orales en la infancia, en el sentido de que fueron físicamente bien cuidadas, pero no en respuesta a sus demandas (hambre, etc.) sino en forma de imposición. Los sentimientos hostiles o la culpa que sentía una madre incapaz de acoger a su hija, le provocaron reacciones inapropiadas o contradictorias, que le impidieron adquirir la capacidad de discriminar las sensaciones corporales y la vivencia de control sobre sí misma.

Estas pacientes se sienten propiedad de sus padres y funcionan a través de un proceso de "acomodación" al entorno y no a través del de "asimilación" de las cosas como realmente propias. Tienen una ausencia de crítica o descontento y no superan la fase de "egocentrismo cognoscitivo" (operaciones preconceptuales y concretas).

Como consecuencia, su meta en la vida es la absoluta perfección, sin basarse en la adecuación a la realidad. Hacen una interpretación rígida de las relaciones y tienen una distorsión casi delirante, de su imagen corporal, la vida se empobrece –viviendo un intenso vacío– y se llena de preocupación por el cuerpo que se expresa entre otras cosas en la reducción de la ingesta y la búsqueda de la delgadez como identidad.

El deseo de sus padres de que coman otorga a la anoréxica el poder de controlarles, y su relación también se empobrece, siendo el eje de ésta todo lo relacionado con la alimentación. Como indicábamos antes, la preanoréxica ha fracasado en sus intentos de establecer una identidad, de manera que, como en el caso del toxicómano o del alcohólico, la enfermedad definida por los otros (los técnicos, los profesionales, los divulgadores, la sociedad que lo asume), le permite tener las características del constructo Anorexia Nerviosa, que es mejor que no ser nada o propiedad de unos padres poco empáticos; le permite distinguir lo que ella es y no es, como se debe comportar y cómo no en las distintas circunstancias, lo que se puede y no se puede esperar de ella y lo que justifica su conducta y su forma de afrontar la vida.

Más adelante, cuando se establece la situación desnutrición, se altera el funcionamiento fisiológico y psicológico, y los problemas psicológicos subyacentes quedan enmascarados por las consecuencias propias de la desnutrición, tanto en el ámbito físico, como por la aparición de cambios emocionales, cognitivos y conductuales secundarios a la desnutrición, o por la relación social centrada en la alimentación.

Encontramos entonces una regresión a niveles primitivos de funcionamiento psíquico, apareciendo una escisión del yo y el pensamiento se fragmenta y se hace psicotiforme.

INTERACCIÓN FAMILIAR EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Es frecuente que se trate de familias con parejas frágiles en las que los progenitores, incapaces de ocuparse uno del otro, se unen en la preocupación por proteger a su hijo enfermo de forma que el síntoma somático expresa y alivia el estrés.

La situación resultante se caracteriza por:

- el atrapamiento,
- la sobreprotección,
- la rigidez,
- y la ausencia de resolución de conflictos.

Vemos pues que en el intento fallido de lograr el equilibrio, el conflicto conyugal se transforma

en un conflicto parental. Estas pacientes que han estado bien cuidadas en la infancia, tanto en alimento y vestido como en oportunidades educativas, han sido mal cuidadas en sus necesidades emocionales. La madre ha tomado posesión de la hija, necesita que ésta se sienta satisfecha, para confirmar la perfección materna.

Por otra parte, el padre no desempeña la función propia de ser expresión de la ley familiar por su necesidad e inconsistencia, o por su rigidez y paranoia, y deja a la hija "prisionera de la pasividad hechizante de la madre".

Al llegar a la adolescencia la niña reclama autonomía inaceptable para los padres y la enfermedad se convierte en la expresión de esta lucha, que no es reconocida.

En este modelo descrito por M. Selvini (10,11), "la relación con la madre es siempre el fondo de la psicopatología de la vivencia corporal", en la que existe una fusión total de su cuerpo con el objeto incorporado (la madre), en sus aspectos malos y desvalorizantes, apareciendo una lucha para separarlo de sí. Dicho de otra manera, el cuerpo de la anoréxica no contiene el objeto malo, sino que es el objeto mismo. Así que al intentar destruir a la madre imaginaria, a la que está simbióticamente unida, se destruye a sí misma.

Simultáneamente rechaza la feminidad desde la ambivalencia que supone desear "crecer", al tiempo que no acepta la pérdida de situaciones infantiles. Por fin, esto se perpetúa cuando los padres no escuchan las necesidades emocionales de las pacientes y centran su atención en la pérdida de peso.

DIFERENCIAS ENTRE LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA

Las pacientes bulímicas se diferencian de las anoréxicas, a demás de por los distintos criterios que han servido para construir y diferenciar los distintos TCAs DSM, por ser más extrovertidas, irritables e impulsivas, sexualmente más activas, lábiles emocionalmente y con sentimientos de pérdida de control, en el contexto de un Superyo débil y de poca fuerza del Yo. También encontramos que frecuentemente proceden de familias distantes y conflictivas, caracterizadas por la presen-

cia de unos padres negligentes y rechazantes, y por haber pasado por una adolescencia difícil, en la que han existido serias dificultades para resolver sus problemas de dependencia y separación.

Algunos autores señalan que las bulímicas toman el cuerpo como objeto transicional, y en él expresan la ambivalencia que sienten:

- hacia sus padres
- hacia lo que de ellos reciben (la comida buena y la comida mala)
- hacia el propio yo identificado con ellos

Predominantemente utilizan como mecanismos de defensa la escisión y la proyección.

Estos rasgos son diferentes a los de las pacientes con Anorexia Nerviosa que suelen tener familias con relaciones estrechas aunque problemáticas, que sienten su cuerpo bajo el control de sus padres introyectados de una forma intrusiva y no empática, y que utilizan como mecanismo de defensa preponderante la identificación proyectiva.

Recientemente, en el Hospital Divino Vallés estudiamos a un grupo de pacientes con anorexia restrictiva y otro de bulímicas con el Cuestionario del Temperamento y el Carácter (TCI) (7), y encontramos que estas últimas:

- eran menos precavidas y previsoras (↓NS3),
 - tenían menos energía y confianza, y se cansaban antes con una recuperación más lenta (↑HA4),
 - rechazaban más sus imperfecciones y su escasa fuerza de voluntad, considerando que su conducta habitual es un obstáculo para lograr sus metas (↓S5),
 - eran más dependientes y tenían más sentimientos de ineficacia (↓S3),
 - y eran más serviciales y cooperativas (↑C3),
- respecto a las pacientes que presentan anorexia restrictiva.

PRINCIPIOS DE LA PSICOTERAPIA EN TCA

A continuación, señalamos los principios generales que, a nuestro juicio, deberían guiar la

psicoterapia con los TCA, independientemente de la técnica específica que decidamos aplicar.

De todo lo expuesto anteriormente, se desprende que un Modelo Familiar sería muy clarificador como referencia en cualquier abordaje. Vemos que existen dos patrones preponderantes, en cierto sentido opuestos, y que los pacientes y sus familiares de manera inconsciente intentarán que reproduzcamos también en el contexto terapéutico. Por ello, hacer la transposición de la organización familiar a los diferentes elementos de la psicoterapia, nos permitirá entender que los terapeutas ocupan el lugar de padres, y los otros pacientes el de los hermanos. De manera que cuando el enfermo inicia la terapia, para evitar el impacto de una experiencia nueva, y porque no conoce otra forma de hacerlo, intenta relacionarse (defensivamente) en el grupo de misma manera que lo hizo siempre, en su casa, con su familia, y veremos como comienza a reproducirse la conflictiva de la familia de origen, de esta manera, podemos contar con una guía para entender y actuar o no actuar en consecuencia.

En cualquier caso, y de lo anteriormente dicho, se desprende que nuestra actuación debe hacer hincapié en los siguientes puntos:

1. Crear un clima de aceptación básica, que tolere la agresividad inicial y la desconfianza de las pacientes, devolviéndolas una imagen positiva y valiosa de sí mismas desde una actitud de honestidad.

2. Disposición para la escucha de sus necesidades emocionales.

3. Evitar que los terapeutas queden atrapados en su propio narcisismo omnipotente de alimentarlas a toda costa, lo que les dejará a merced del control de las pacientes al desear más que ellas que coman o no, vomiten o... Lo cierto es que ellas empiezan a cooperar en el momento en que sienten la necesidad de nuestra ayuda y buscan nuestra comprensión.

4. Fortalecer el Yo:

- Favoreciendo el descubrimiento de los padres reales, desidealizándolos y permitiendo así identificaciones positivas con ellos. Así se recuperará lo proyectado y se unirá lo escindido.

- * Ir dando sentido a sus síntomas, a través de

aportar información y explicaciones del porqué de su conducta manifiesta y latente, verbalizada y no verbalizada, de sus síntomas y elecciones (metaforización del alimento), para ir creando un espacio psíquico que contenga sus ansiedades y permita nuevas respuestas.

- Asomarse al vacío depresivo, elaborando los duelos pendientes.

- Mantener una actitud flexible con sus necesidades y momentos, evitando la sobreprotección y favoreciendo la autonomía personal.

- No centrar la comunicación en la alimentación, el peso o la imagen corporal, sino en el significado de los síntomas y las necesidades emocionales.

- Afrontamiento de las situaciones temidas (confrontación con su imagen corporal, valoración y entrenamiento en como presentarse ante sí y ante los demás, relaciones sociales, etc.). Estrategias de resolución de problemas.

5. Flexibilizar el Superyo tiránico (Perfeccionista),

- Facilitando una comprensión más indulgente de sí mismas y de sus cualidades y defectos, mitigando los sentimientos de culpa por medio de un nuevo relato de la historia familiar.

- Hacer presente la figura paterna (realidad), permitiendo que las normas puedan ser entendidas como cuidados, y no como algo agresivo o invasor.

En último extremo, todo lo anteriormente expuesto, busca crear un vínculo terapeutas-paciente; pacientes-paciente, padres-paciente, desde el que puedan investirse los objetos externos e internos como deseables.

En todo caso y específicamente en las pacientes con Anorexia nerviosa, además de lo anteriormente dicho, se hace necesario crear una estructura que favorezca que los padres afronten el conflicto de la pareja y puedan tener actividad sexual. Mientras que en el caso de las pacientes Bulímicas, centraremos nuestra atención sobre todo en:

1. Facilitar una organización familiar más adaptativa, con una comunicación más adecuada cuando sea posible,

2. Superar la tendencia a una relación de objeto parcial y el uso prominente de la escisión como mecanismo de defensa.

Si atendemos al modelo didáctico antes descrito de continuidad de cuidados, señalamos lo que sería un proceso de desarrollo desde posiciones de más regresión, y por tanto de mayor necesidad de contención, éstas serían las distintas fases de la psicoterapia y los aspectos en los que habría que poner el énfasis:

1ª fase (que en los casos más graves se realizaría en el contexto de la Hospitalización Total)

Se pondrá el acento en:

- Aportar información,
- Realizar una renutrición empática,
- Poner el énfasis en una aceptación incondicional de la paciente,
- Hacer presente la figura paterna a través de:
 - normas claras y firmes
 - investimiento de la autoridad y del otro sexo
 - Son necesarios ciertos niveles de dependencia.

2ª Fase (que en los casos más graves se realizaría en el contexto de la Hospitalización Parcial)

Se pondrá el acento en:

• Mantener las normas y realizar una escucha empática (desimbiotización),

• Aceptar la agresividad que la paciente nos dirigirá, al sentirse frustrada sin devolver agresividad o culpa, para permitir la resolución de la ambivalencia permitiendo la separación que resuelva su dependencia y su ambivalencia,

• Dar sentido al síntoma, situándolo en su contexto, y transformándolo en expresión verbal, simbólica y consciente.

3º Fase (más propia del contexto Ambulatorio)

Se pondrá el acento en:

- La reconstrucción del relato personal (integrativo),
- Dar lugar al ejercicio de la autonomía (enfrentamiento),
- Una adecuación más realista a la realidad externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Braun DL, Sunday SR, Halmi KA.:** Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Med* 1994; 24: 859-7.
2. **Caparrós N, Sanfeliú I.:** La anorexia: una locura del cuerpo. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1997.
3. **Cervera S, Casanova J, Aguirre M, Lahortiga F, Gurpegui M.:** Anorexia Nerviosa: Análisis fenomenológico estructural a través del test de Szondi. Ed. Servicio Científico Roche. 1985.
4. **Fahy TA, Osacar A, Marks I.:** History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eating Dis* 1993; 14(4): 439-43.
5. **Foulkes S.H, Anthony E.J.:** Psicoterapia Psicoanalítica de grupo. Ed. Paidós. Buenos Aires 1964.
6. **Laboucarié J, Barres S.:** Les anorexias mentales. *Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie*, 37350 A10, 2-1970.
7. **Mateos M, De la Gándara JJ, García I, Sanz B.:** Temperamento y Carácter en la Bulimia Nerviosa. Ponencia a las I Jornadas de Trastornos de la Alimentación. Burgos, 2002.
8. **Mateos M.:** Psicoterapia de grupo de orientación analítica. En *Vademecum de Psicoterapias*. Ed. De la Gándara, J.J.; García, C. Luzan 5. Madrid 2000.
9. **Puertas P.:** El grupo de anoréxicas: una alternativa nutritiva. Ed. Altxa. Bilbao, 2002.
10. **Selvini M.:** Anorexia Nervosa, *The world biennial of Psychiatry and Psychotherapy*, 1971; vol 1, págs 197-211.
11. **Selvini M, Viaro M.:** The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 1988; 27 págs 129-148.