

APROXIMACIÓN SISTÉMICA A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA Y BULIMIA

Isabel Perez de Lazárraga Villanueva*

Resumen

En este capítulo se realiza una aproximación a la comprensión global de los trastornos de la alimentación entendidos como un fenómeno complejo plurideterminado por factores interactuantes: factores predisponentes, factores precipitantes y factores mantenedores.

A lo largo de todo el capítulo únicamente establecemos diferencias entre anorexia y bulimia en aquellos aspectos que nos parecen relevantes considerando el abordaje terapéutico aplicable a ambas manifestaciones de trastornos alimentarios.

El empleo del género femenino viene marcado por la mayor prevalencia de estos trastornos en mujeres.

En el apartado de intervención se hace especial hincapié en el tratamiento familiar en fases tempranas como instrumento de evaluación privilegiado y motor de cambio importante que puede además facilitar un trabajo individual posterior y/o simultáneo.

Entre las técnicas habituales se destaca el uso de técnicas activas: esculturas y juegos como instrumentos terapéuticos privilegiados y favorecedores de la conexión y expresión de emociones.

PALABRAS CLAVE: Trastorno alimentario, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, desnutrición, terapia familiar, técnicas activas, esculturas, prescripción del futuro, prescripción de las desapariciones, adolescencia.

“Desde mi experiencia la evolución favorable depende en larga medida de la manera en que las familias se sientan concernidas por el desarrollo del tratamiento, si los esquemas anormales de relación son realmente transformados la anorexia no subsistirá más que poco tiempo y la anorexia mental puede ser solamente un breve episodio en el acceso a un status individual y autónomo”.

*Hilde Bruch
Eating disorders 1.975.*

* Psicóloga Clínica del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza
Responsable del Hospital de Día de Psiquiatría de Vitoria
Profesora de la Escuela Vasca de Terapia Familiar

1º.- HISTORIA

De la Edad Media datan los primeros relatos de una enfermedad misteriosa que transformaba a la persona que lo padecía y que se caracterizaba por una gran pérdida de peso a partir de *una dieta de hambre* autoimpuesta.

Así por ejemplo la Leyenda Medieval de Santa Wilgerfortis (Virgen Fuerte) hija del Rey de Portugal, que vivió al rededor del siglo X, siendo una doncella, *ayuno y le rezo a dios*, rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, y en especial de un brutal Rey de Sicilia en quien se había pactado su casamiento. Al cabo de un tiempo de adoptar un régimen de plegarias, ascetismo y dieta de inanición, su rostro y cuerpo comenzaron a cubrirse de vello. Como consecuencia de esto y de su delgadez extrema, se rompió el acuerdo de su matrimonio por lo que su padre la hizo crucificar. Tuvo culto por su martirio y en algunos países de Europa fue adoptada como Santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina, *resulta interesante señalar* que era costumbre hacer una ofrenda de *comida* en el Santuario dedicado a su memoria.

Es hace 3 siglos en 1.694 que *RAUL MORTON* hace la primera descripción clínica de Anorexia Nerviosa. En 1873 *LASEGUE* la describe como Anorexia Histerique y en 1.874 *SIR WILLIAM GULL* acuña el nombre de Anorexia Nerviosa.

En 1.960 *HILDE BRUCH*, psiquiatra de origen alemán es el que da más a conocer las características de esta enfermedad aun de incidencia escasa.

En 1.978 se dan a conocer los estudios y Terapias Familiares en el abordaje de estos casos con *SALVADOR MINUCHIN* en U.S.A y *MARA SELVINI PALAZZOLI* en Italia.

En la década de los 80 hay una pléyade de autores que contribuyen a un mayor conocimiento de estos trastornos como *CRISP, GARNER y GARFINKEL, RUSSELL, FAIRBURN, HALMI, LEITENBERG Y ROSEN*, entre otros.

En lengua castellana son de obligada referencia entre otros los libros de *JOSEP TORO y ENRIC VILARDELL., GONZALO MORANDÉ, ALFONSO CHINCHILLA Y CECILE RAUSH-HERSCOVICI.*

A destacar el estudio de eficacia terapéutica realizado por *RUSSELL* y col. (1.987) al comparar la terapia individual y familiar en un grupo de 80 pacientes concluyendo que la terapia familiar es más eficaz que la terapia individual en pacientes no crónicos y si la enfermedad ha empezado antes de los 19 años.

2º.- DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA

Trastorno que afecta a mujeres adolescentes con edades pico de aparición a los 14 y 18 años, caracterizado por una gran pérdida de peso *autoinducida o autoprovocada* por medio de la restricción alimentaria, y/o uso de laxantes o

diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercicio físico, *miedo (terror) a la gordura* con rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo supuesto para edad y altura, *imagen corporal distorsionada* y pérdida de la regla (o de interés sexual en el varón).

Distintos autores han ido modificando los criterios diagnósticos siendo los más recientes los del DSM-IV de 1.995.

Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa (307.1) DSM-IV, 1995

- A.- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.e. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B.- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.(se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales p.e. con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas(p.e. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo /purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas(p.e. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Así pues en esta dieta restrictiva puede haber épocas de atracones (episodios bulímicos), siendo más habitual actualmente el patrón compulsivo/purgativo que el restrictivo.

3º.- DEFINICIÓN y CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE BULIMIA NERVIOSA

Russell (1.979) publica la primera descripción clínica de la “bulimia nerviosa”. Con posterioridad es definido como un trastorno consistente en atracones pantagruélicos de comida seguidos de recursos destinados a contrarrestar los efectos engordantes de la comida, y sensación de pérdida de control sobre la ingesta “sensación de no poder parar” .Exagerado interés por el peso y forma

corporales, miedo (terror) a engordar pero sin las grandes bajadas de peso de las anorexias.

Actualmente entre los criterios diagnósticos recientes destacamos, como en la anorexia, la clasificación del DSM-IV de 1.995.

***Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa (307.51)
DSM-IV, 1.995***

A.- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.e. en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.e. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B.- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la A.N.

Tipos.

Tipo purgativo: durante el episodio de B.N. el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de B.N. el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

4º.- PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DE ESTOS TRASTORNOS.

Los estudios de prevalencia muestran gran variabilidad según el medio en el que se hayan realizado. La Asociación Americana de Psiquiatría habla de una prevalencia de un 1% a 4% de trastornos alimentarios situando la edad de comienzo para la anorexia entre los 12 y los 25 años y los 20 años para la bulimia nerviosa (1.993). Parece que existe una proporción de 10 a 1 respecto a

la población masculina, es decir, un hombre por cada 10 mujeres padece este trastorno y una tendencia al aumento de casos de bulimia .

Con respecto a la evolución de este trastorno, los estudios no son concluyentes pero hay una cierta unanimidad a grosso modo:

30-40% - Normalidad absoluta.

30-40% - Mantienen sintomatología anoréxica pero mejorada

10-20% - Cronificación del trastorno.

5-10% - Muerte por consecuencia de la enfermedad o suicidio.

Garfinkel y Garner (1.982) han realizado una exhaustiva revisión de todos los estudios de seguimiento publicados en inglés desde 1950 hasta 1980 siempre y cuando se refirieran a un grupo superior a 15 pacientes, que en líneas generales reflejó la siguiente situación clínica:

- Pacientes totalmente recuperados:40%
- Pacientes mejorados:30%
- Pacientes crónicamente afectados o fallecidos a causa de la enfermedad:30%

Estos datos son de seguimientos de anorexias nerviosas ya que aún falta por estudiar más a fondo estos aspectos en las bulimias nerviosas.

Así pues vemos que la historia de la anorexia es antigua pero la prevalencia, es decir el número de casos se han disparado en estas dos últimas décadas y además tenemos la aparición y aumento de casos de bulimia nerviosa. Ante esta situación tan grave uno se pregunta que factores o aspectos pueden estar influyendo ya que estos trastornos son complejos y no podemos tener una visión simplista o reduccionista.

Todas las mujeres viven sometidas a mensajes que espolean la delgadez y no desarrollan una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Indiscutiblemente existen factores individuales psicológicos, factores familiares y factores socioculturales que en un momento de crisis confluyen y se complejidad o dicho de otra forma, hay aspectos individuales y familiares que *dejan a ciertas mujeres mucho mas vulnerables a las presiones socioculturales de la delgadez*, y pueden convertir ese culto y preocupación por la delgadez en una auténtica obsesión que acaba por arruinar sus vidas.

Es muy importante que tengamos en todo momento en cuenta que estamos frente a un problema complejo que requiere un tratamiento complejo y pluridimensional , por lo tanto es importante conocer y hablar de los aspectos en juego para poder incidir en ellos tanto a nivel de tratamiento como de prevención.

5º.- LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU MULTIDETERMINACIÓN.

Es importante tener en cuenta factores que predisponen a desarrollar el trastorno, factores que precipitan un contexto vulnerable y factores que mantienen el trastorno una vez que ha aparecido.

Entre los factores predisponentes destacamos: aspectos individuales, familiares y sociales.

Factores individuales:

Desde un punto de vista biológico se encuentran en la adolescencia: época de profundos cambios físicos con repercusiones en su imagen corporal.

Desde un punto de vista psicológico destacamos la presencia constante de problemas ligados a una baja autoestima, sentimientos de ineficacia personal, dificultad e insatisfacción en el funcionamiento social con gran tendencia a la conformidad y poca experiencia en enfrentamientos abiertos y claros, pudiendo pasar de la aquiescencia a la oposición tajante. Muy necesitadas de aprobación externa "hacen lo que se espera de ellas" y al estar tan pendientes de lo que se espera de ellas, no saben muy bien lo que ellas necesitan o sienten, de ahí su dificultad en detectar sus sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales, con escasa expresión de sentimientos. "No sé" es la respuesta más habitual en las primeras fases de la terapia. A señalar como aspectos diferenciales entre las anoréxicas y las bulímicas la presencia en estas últimas de una mayor impulsividad, más turbulencia, más labilidad efectiva, menos disciplina y autocontrol pero más conciencia de sus problemas internos. Por el contrario la futura anoréxica presenta una tendencia marcada al perfeccionismo y una gran autodisciplina no exenta de rigidez.

Factores familiares:

No hay un acuerdo entre los autores en aceptar tipologías familiares en este tipo de trastornos. Está sin responder si determinadas características estructurales son causa o consecuencia del trastorno, aduciendo que los estudios desde la óptica familiar arrojan resultados contradictorios y algunos carecen de rigor metodológico (Vandereycken y col.1.991)., sin embargo es curioso que Vandereycken al hablar de tipos de familia durante la hospitalización admite que abundan más las sobreprotectoras e intrusivas que interfieren en el tratamiento y con el equipo.

Desde mi experiencia clínica, considero que suele ser habitual encontrar y no siempre con la misma intensidad, algunas de las características en el plano de la estructura familiar descritas por Minuchin y col. (1.978) que de forma recurrente y previas a la aparición del trastorno alimentario, van ligadas a la historia del sistema familiar: dificultad para afrontar cambios y separaciones;., fronteras internas débiles con fronteras intergeneracionales a veces inexistentes; escasa diferenciación y autonomía o lo que Schefflen define como "demasiada vinculación y escasa interacción"; y subsistemas parentales y

conyugales con deficiencias, que pongo en relación con el concepto de “impasse de la pareja” descrito por M. Selvini (1991).

Las características de estas familias descritas por Minuchin y col. (1978) representan puntos de referencia que conviene tener en cuenta a la hora de intervenir: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, evitación de conflictos, desviación del conflicto o participación del paciente en los conflictos familiares.

Puede ser otro patrón habitual la escasez de interacciones sociales y la presencia intensa de las familias de origen en forma de frecuencia real de relaciones o en forma de lealtades rígidas a roles, creencias e ideas que se transmiten de generación en generación y que como señala M. White (1983) comprenden entre otras “una alta valoración de la lealtad de los miembros de la familia entre sí y gran adhesión a la tradición familiar y un papel específico prescrito para las hijas cuyo valor se mide según el grado en que ellas manifiestan *“ser para los demás”*”

Estos patrones de funcionamiento los podemos encontrar por igual en las familias de anoréxicas y en la de bulímicas, solo que en estas últimas suele haber más conflictividad y desajuste emocional.

Si se matizan y disminuyen las conductas de sobreprotección, si se devuelve confianza a la hora de afrontar los cambios y se introduce más autonomía, la preocupación e interés de los unos por los otros, la responsabilidad y solidaridad que presentan estas familias les convierten en instrumentos de ayuda y cambio de gran valor.

Aspectos sociales:

Nadie duda que en el aumento vertiginoso de estos problemas están implicados aspectos sociales como la presión continua y creciente por la delgadez, el culto a la imagen y la desocialización progresiva de las comidas en la cultura actual occidental. No es un problema que se de en el continente africano ni en las culturas orientales. Es un trastorno que se da fundamentalmente en la cultura occidental, en la sociedad del estado de bienestar, en una sociedad consumista y competitiva donde la comida se da en profusión (gastronomía) pero paradójicamente el éxito social va asociado a una imagen de delgadez.

A nuestro siglo: el siglo XX se le ha llamado el siglo de lo esbelto o de la esbeltez. Hasta este siglo había una mayor valoración de la gordura que la delgadez, muy asociada a la fertilidad y maternidad, a la opulencia (blanco y gordo). A finales del siglo XIX parece que el simbolismo de la delgadez comienza a vincularse estrechamente con la idea de clase y refinamiento.

D. Garner y P. Garfinkel (1980) estudiaron el peso y medidas de las ganadoras del Concurso de Miss U.S.A. y de la chica del Mes de Play Boy durante 20 años (de 1960 – 1980) y constataron que las modelos cada vez tenían menos peso y eran menos curvilíneas al mismo tiempo constataron por datos

estadísticos que el peso de la mujer estadounidense por término medio se había vuelto constantemente más pesado durante ese período.

Esta contradicción entre ideal cultural y realidad biológica debió desempeñar un papel en el incremento de los trastornos de ingesta de comida.

Incluso hay autores como R.A. Gordon (1.994) que sostienen que la anorexia sería la exageración o expresión extrema de un *trastorno de identidad* más generalizado que padecen las mujeres y que tiene que ver con la crisis cultural en lo que el rol de la mujer se refiere por una parte, el cambio de expectativas sociales hacia ella desde mediados de este siglo y que conllevan expectativas de éxito, competitividad profesional, autonomía y por otra parte sus interiorizados roles tradicionales como complacer, ser para los demás, subordinación de necesidades propias a las necesidades y expectativas de los otros, lo que puede crear confusión, desconfianza en sí mismas y dificultad en sintetizar una identidad válida.

En esta línea las pacientes anoréxicas se presentan como personas competitivas y ambiciosas pero también muy dependientes de las expectativas y de la aprobación externa pudiéndose efectuar una lectura de al anorexia como una solución disfuncional que por una parte les permite plegarse a las expectativas sociales de delgadez femeninas y por otra parte les provee una sensación artificial de control al convertir el proceso anoréxico en un acto de afirmación y rebeldía.

Factores precipitantes:

Desde un punto de vista del ciclo vital familiar la anorexia y bulimia se insertan en un momento de crisis y cambio como es la adolescencia que requiere reorganizaciones relacionales para franquear una etapa clave que supone los esbozos de una fase de emancipación futura y que se traduce en que los padres deben ir introduciendo una serie de cambios en la relación con los hijos para ir efectuando un proceso de autonomización mutua pero manteniendo una relación disponible y con comunicación.

A los problemas inherentes a esta etapa hay que añadir a nivel familiar al estar los padres en la edad media de la vida la presencia de enfermedades, muertes, separaciones, problemas en el trabajo, paro, crisis de pareja y en mi experiencia pérdidas con duelos mal resueltos.

A nivel individual es frecuente encontrar experiencias de rechazos con amigas, cambios de centro escolar con dificultades de readaptación, desengaños amorosos, comentarios críticos etc. sucesos que son vividos por ellas como una amenaza a su autoestima que palian con una preocupación obsesiva alrededor de su cuerpo y con la convicción de que se sentirán más en control de su persona si continúan perdiendo peso.

Como se ve en la gráfica sitúo la comprensión del fenómeno anoréxico desde dos coordenadas: estructura y tiempo. Determinadas características estructurales de estos sistemas hacen que afronten situaciones de cambio en

el tiempo de una forma disfuncional y estos cambios no resueltos de forma funcional inciden a su vez en acentuar dichas características que pueden desembocar en equilibrios relacionales precarios que faciliten la aparición de trastornos. Como refiere M. Selvini (1989) “el aquí y ahora de un sistema sigue siendo extremadamente válido con tal de que nosotros lo pongamos en diálogo con los datos históricos”

CICLO VITAL



TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Factores mantenedores:

Hemos hablado de factores predisponentes, de factores precipitantes pero luego están los factores mantenedores del trastorno es decir aquellos que una vez que ha empezado el problema entorpecen una buena evolución y son responsables de alteraciones globales.

Me estoy refiriendo fundamentalmente a la inanición y al aislamiento social.

A raíz de los resultados del estudio sobre inanición que realizaron Keys y cols. (1.950) en la Universidad de Minnesota se vio la correlación de alteraciones psicológicas y conductuales con el síndrome de inanición que hasta entonces se habían solapado y confundido con características de estas pacientes, como obsesividad y compulsividad alrededor de la ingesta, labilidad emocional, depresión, déficit en la concentración y trastornos del sueño. La importancia de este experimento radicó en que se demostró que una parte importante de los síntomas psicológicos de la anorexia estaba determinada por el estado de desnutrición con lo que la recuperación nutricional se convertía en un objetivo de primer orden.

Igualmente la instauración progresiva de un aislamiento social redundaba en una disminución de las posibilidades de distracción de la anoréxica, facilitándose la concentración monotemática alrededor de su imagen corporal con pérdida de posibles experiencias gratificantes y terapéuticas.

6ª.- INTERVENCIÓN

Si tenemos en cuenta todo lo anteriormente expuesto el proceso terapéutico debe contemplar dos objetivos: 1º a corto plazo la recuperación nutricional y la

normalización de los hábitos alimentarios y 2ºa medio y largo plazo la obtención de un nivel de adaptación psicosocial satisfactorio.

En esta línea creo que la resolución de estos trastornos tiene que pasar por la puesta en marcha de un trabajo individual y familiar precoz que favorezca un proceso de autonomía y crecimiento atascados, con establecimiento de unos objetivos generales operativizados en determinadas metas y estrategias terapéuticas y en el uso de ciertas técnicas habituales.

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y TECNICAS

1. OBJETIVOS

- * Abordaje y control del trastorno alimentario.
- * Modificación de la estructura familiar con límites adecuados al momento evolutivo, con especial hincapié en el establecimiento adecuado de fronteras intergeneracionales.
- * Recuperación del potencial evolutivo del sistema familiar, para lograr un proceso de separación y autonomía adecuado.(Proceso de separación de los padres e individuación de la paciente).

2. METAS Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

- * Creación de una relación empática de confianza, cooperación y trabajo mutuo, con información pormenorizada de las características, problemas, consecuencias de los problemas de alimentación, así como las líneas básicas del tratamiento.
- * Evaluación sistémica del trastorno alimentario.
- * Establecimiento de una estrecha relación terapéutica de colaboración entre padres y terapeutas enfocada, inicialmente a pautas de control alrededor del trastorno alimentario y posteriormente, al desarrollo de pautas más adaptativas a nivel interaccional, responsabilizando e implicando a los padres en la terapia como factor privilegiado de curación y motor de cambio, evitando en todo momento la culpabilización.
- * Establecimiento de límites definidos entre subsistemas, que faciliten la autonomía, el derecho a la intimidad y la individuación, con *implantación de entrevistas individuales* con la paciente desde el comienzo de la terapia y de forma paralela a las entrevistas familiares, contextualizadas como el derecho y la necesidad de la paciente a desarrollar un espacio íntimo e individual para lograr la resolución de sus problemas.

- * Refuerzo del subsistema parental (mayor ejecutividad y cohesión), y subsistema conyugal (mayor centralización en ellos mismos tanto como individuos que como pareja capaces de fijarse nuevos objetivos de vida). "El esposo más padre y la madre más esposa".
- * Crear o recuperar cohesión en el subsistema fraternal.
- * Establecimiento de límites flexibles y adecuados en las relaciones intergeneracionales con las familias de origen.
- * Facilitar la expresión y resolución de conflictos para promover mayores niveles de diferenciación e individuación, favoreciendo una comunicación más clara y positiva.
- * Estimular relaciones sociales fuera del sistema familiar, con objetivos lúdicos que reintroduzcan el placer y el disfrutar como parte importante de cualquier relación humana, tan importante como las conductas de dedicación, solidaridad, deber, sacrificio y preocupación por los demás que estas familias ya poseen.
- * Promover la independencia y responsabilidad del subsistema filial, paciente y hermanos, con disminución de las conductas de sobreprotección.
- * Posibilitar un mayor grado de flexibilidad en las relaciones, que faciliten los cambios de relación que demanda la época adolescente y que se concretan en un permiso para una mayor apertura al mundo externo de la familia y, dentro del sistema familiar en un mayor respeto hacia un espacio íntimo individual.

3. *TECNICAS DE INTERVENCION*

Entre las técnicas de intervención habituales destacamos:

- a) Uso de técnicas activas: ESCULTURAS y JUEGOS
- b) PRESCRIPCION DE LAS DESAPARICIONES Y PRESCRIPCION DEL FUTURO.

Abordaje y control del trastorno alimentario

La información y la puesta en marcha de una estrecha relación de colaboración entre los padres y los terapeutas configura el abordaje inicial de estos trastornos. A la paciente se le transmite nuestra convicción por su sufrimiento pero también nuestra certeza sobre su descontrol alrededor de la alimentación y la necesidad de normalizar esta última con la ayuda de sus padres como condición previa para tratar otro tipo de problemas.

Se les informa de la necesidad de un trabajo individual y familiar. Se insiste en que inicialmente el trabajo de los padres va a ir encaminado a tomar el control de

la alimentación por lo que quedan establecidas pautas de conducta alrededor de la comida y del peso.

Es alrededor de las dificultades generadas por estas pautas donde se va a centrar el trabajo familiar e individual en estas primeras fases con desarrollo de alternativas y producción de soluciones encaminadas a combatir el miedo a descontrolarse y engordar por parte de la paciente si decide normalizar sus hábitos alimentarios.

Adaptación psicosocial

En cuanto comienza la recuperación nutricional y la normalización de los hábitos alimentarios el foco terapéutico pasa a trabajar sobre una mejor adaptación psicosocial de la paciente.

Este objetivo implica por una parte trabajar intensamente con los pensamientos, sensaciones y afectos de estas pacientes, para sacar sus recursos y combatir las distorsiones que subyacen detrás de su trastorno alimentario y por otra, alentar tanto a nivel individual como familiar la apertura social, las conductas autónomas, una mayor flexibilidad y la mejora de relaciones interpersonales.

En mi opinión a veces no es fácil pasar de temas asociados a la alimentación a aspectos más relacionales sobre todo cuando tenemos que hacer extensibles a todo el sistema familiar aspectos ligados a la diferenciación, expresión de emociones, negociación explícita de conflictos, afrontamiento de cambios y autonomía.

Considero las técnicas activas, la prescripción de las desapariciones y la prescripción del futuro, herramientas útiles para lograr este paso a un ámbito más relacional y afectivo.

Técnicas activas: esculturas y juegos

El uso de *técnicas activas* facilita la conexión y el trabajo con las emociones, estoy de acuerdo con C. Gammer (1992) que el terapeuta tiene que acompañar a la familia en un viaje hacia el mundo afectivo ya que muchas veces en estas familias hay emociones de las que no se habla por miedo a levantar reacciones dolorosas.

Entendemos por técnicas activas todas aquellas que utilizando el espacio y la acción consiguen transmitir de forma analógica aspectos relacionales de importancia, destacando entre ellas las *esculturas* que se definen como un instrumento diagnóstico y una técnica terapéutica con la que se puede visualizar y experimentar espacial y concretamente las configuraciones relacionales de la familia (Simón F.B. y col.) (1.981). El escultor representa sus propias relaciones con los miembros de su grupo familiar, así como las relaciones de los otros entre ellos en un momento dado y en un contexto dado, a través de la disposición de los cuerpos en el espacio, de la distancia, posturas, miradas..Las dramatizaciones y las esculturas recuperan el espacio, el cuerpo y la acción como instrumentos de curación .

La escultura se convierte en una foto-metáfora de la estructura familiar que introduce diferenciación y controversia y que es útil a la hora de ampliar el foco terapéutico y crear un contexto experiencial y emotivo.

Por ejemplo, tras la ejecución de una escultura de la relación familiar por parte de una paciente anoréxica donde se veía al padre haciendo presión sobre los hombros de la paciente, ésta se echa a llorar expresando su agobio por haberse sentido presionada por el padre, pero también es capaz de expresar por primera vez sus sentimientos de culpa por creer que había dejado a la madre a merced del padre ya que sentía que también ella era injustamente tratada. Esta escultura permitió trabajar con estos sentimientos y estas relaciones que hasta entonces habían permanecido ocultos.

En otra familia y tras la elaboración de una escultura ideal conjunta al preguntar a la madre, cómo notaría en su vida diaria que se está llevando a cabo esa escultura, contestó - "Bueno, en que nosotros saldríamos un poco más, que hemos dejado de hacerlo hace muchos años, tendríamos una vida de pareja más normal no como la que tenemos hace bastantes años, saliendo más, expresando el afecto de otra forma no como lo hacemos últimamente, llevando una vida en común, como pareja".

Los *juegos* son acciones cortas a través de las cuales el terapeuta intenta mostrar algo a la familia, generalmente forma simbólica y que muchas veces conlleva la utilización de objetos, estas acciones se pueden convertir en metáforas.

La prescripción de las desapariciones

Otra técnica de intervención que nos resulta útil para reforzar límites entre subsistemas es la *prescripción de las desapariciones* (M. Selvini-Palazzoli; G. Prata, 1990). La operativizamos de dos formas dependiendo de los casos, uno para activar de forma indirecta la independencia y la apertura social de la paciente y dos para balancear las conductas de control alrededor del tema alimentario, con conductas de autonomía. Los padres tienen su espacio incuestionable y la paciente puede y debe tener el suyo.

La prescripción del futuro

Igualmente la *prescripción del futuro* resulta muy útil para incidir en aspectos ligados a la autonomía, consiste en pedir a la familia que piensen y traigan escrito como se imaginan a ellos y a los demás dentro de 10 años, como creen que será su vida dentro de 10 años. Confrontar estos sistemas familiares con una situación de futuro, supone salir de la inmediatez e incluir estos problemas en un contexto más amplio, viendo las consecuencias, la responsabilidad y la incidencia de las interrelaciones en los proyectos y conductas individuales. L. Onnis (1991), postula que los pacientes psicósomáticos tienen dificultades en ver su futuro y/o los cambios que se puedan dar, existiendo el mito de la unidad familiar inquebrantable.

Por ej.: la madre de una paciente comentaba lo siguientes: “Me pedís que os diga como veo a mis hijos y a mí dentro de 10 años, y creo que para mí es muy difícil ya que nunca pienso en el futuro y que no quiero pensar, ya que creo que pensar en el futuro no vale para nada, nunca suele salir nada de lo que se piensa por lo tanto tengo muy poco que deciros. Indudablemente me gustaría que fuesen lo más felices posibles, que alcanzasen madurez e independencia personal y yo pues descansando y haciendo cosas que no he podido hacer hasta ahora (debe ser que me siento muy cansada) y creo que nada más, no sé si es bastante y no me pongáis más deberes que no me gustan nada.

A medida que va avanzando el proceso terapéutico va ocupando mas espacio y adquiriendo más relevancia la psicoterapia individual pasando a un segundo plano las entrevistas familiares cuya importancia queda reflejada en testimonios de pacientes: “aunque me reboté cuando mis padres, dejaron las terapias familiares ellos las dejaron porque no les gustaba que les dijeran como tenían que hacer las cosas, pero a la larga las han ido haciendo, hay más comunicación, más orden Aunque la primera sesión fue *traumática* era la primera vez que hablábamos todos juntos, nunca lo habíamos hecho, yo hablaba con mi madre pero con mi padre casi nada. Creo que las sesiones familiares han sido muy importantes. Es increíble lo que salen ahora mis padres juntos”

“Yo no sé ni por donde empezar, a pesar de que al principio no me gustaban nada estas terapias, creo que no han sido sólo para mí, han salido cantidad de cosas que si no hubiéramos venido no hubiéramos hecho, creo sobre todo que ha cambiado lo que vosotros pensáis (a los padres), como que nos tomáis como si fuéramos más maduros y no sé, a mí me ha ayudado mucho, es que ahora tengo más confianza en mí misma, veo las cosas de otro modo, no sé... me interesa comunicarme con vosotros, es que es diferente, no sé explicarme, no sé explicarlo, veo más comunicación...; otra cosa, noto que tenéis más confianza en mí, en la comida no me machacáis, me dejáis que me controle, en las salidas, en la forma de vestir...”

Conclusiones

La resolución de estos trastornos tiene que pasar por la puesta en marcha de un trabajo individual y familiar que favorezca un proceso de autonomía con establecimiento de unos objetivos generales operativizados en determinadas metas y estrategias terapéuticas y en el uso de ciertas técnicas habituales.

Se resalta la importancia de una intervención precoz que contemple a corto plazo la recuperación nutricional y la normalización de los hábitos alimentarios y a medio y largo plazo una mejor adaptación psicosocial.

La intervención precoz en estos trastornos no quiere decir resolución precoz. Son problemas complejos que requieren tiempo, esfuerzo y la movilización de todos los contextos de ayuda disponibles.

El contexto familiar de estas pacientes es un recurso terapéutico privilegiado. Si logramos disminuir las conductas de sobreprotección, devolver confianza a la

hora de afrontar los cambios e introducir más autonomía, la preocupación e interés de todos es un buen instrumento de relación.

Las técnicas activas, la prescripción de las desapariciones y la prescripción del futuro son herramientas útiles para facilitar el paso de temas asociados a la alimentación a un ámbito más relacional y afectivo en estas familias.

Las técnicas activas se presentan como una vía regia para el manejo de los niveles emocionales más profundos y menos manifiestos favoreciendo la expresión de sentimientos y agilizando en consecuencia los procesos de diferenciación y autonomía.

La intervención familiar puede facilitar un trabajo individual posterior y/o simultáneo.

BIBLIOGRAFÍA

GARNER D.M. Y GARFINKEL P.E. (Eds.) (1985) "Hand book for the Psychoterapy of Anorexia Nervosa and Bulimia "Nueva York. Guilford Press.

MORANDE, G. (1995) "Un peligro llamado Anorexia" La tentación de adelgazar Ed. Temas de hoy. Madrid.

ONNIS, L. (1991) "Therapie familiale de l'anorexie mentale. Un modele d'intervention basé sur les sculptures familiales" Therapie familiale Vol.12 nº3, pp.225-235.

RAUSH HERSCOVICI, L., BAY L. (1990) "Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía". Ed. Paidós. Barcelona.

SELVINI –PALAZOLI M. (1989) "La Anorexia mental en una perspectiva sistémica" Therapie familiale. Ginebra.vol.10 nº2 pp 87-102.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTIDA, M., ARTO, Mª J., ITURBE R. (1992). "Anorexia infantil, un problema del Siglo XX". Rev. Pediàtrika Vol. 12, pp 9-14.

BRUCH H. (1.975); "Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Person Within", Nueva York. Basic Book.

CRISP A.H. (1.980); "Anorexia Nervosa: Let Me Be", Londres. Academic Press.

CRISPO R., FIGUEROA E., GUEJAR D. (1994). "Transtorno del comer". Ed.Herder. Barcelona.

CHINCHILLA A. (1995)"Guía teórico-práctica de los trastornos de conducta alimentaria. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa". Ed. Masson.

- FERRER Y BALSEBRE L.(1993) "Ecología de la anorexia nerviosa". Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Noviembre Zaragoza.
- GAMMER C. (1992). "L'Adolescence: Crise familiale". Ed. Eres. Toulouse.
- GARFINKEL P.E. y GARNER D.M. (1.982): "Anorexia Nerviosa: A Multidimensional Perspective", Nueva York: Brunner, Mazel.
- GARNER D.M. y GARFINKEL P.E. (eds.) (1.985); "Hand book for the Psychotherapy of Anorexia Nervosa and Bulimia", Nueva York. Gilford Press.
- GARNER D. (1.987): Ponencia sobre "Desafiando la sobrevaloración de la delgadez", Sexto Congreso anual sobre los trastornos de la ingesta de comida, patrocinado por la Sociedad Nacional de Ayuda Anoréxica de Columbus, Ohio.
- GARNER, D., GARFINKEL, P.E., SCHWARTZ D. y THOMPSON M. (1.980); "Cultural expectations of Thinness in women". Psychological Reports, 47, 483-491.
- GORDON R.A. (1.994); "Anorexia y Bulimia: Anatomía de una epidemia social". Ed. Ariel, Barcelona
- YAGER J.; ANDERSEN A., DEVLIN M. y otros (1993): "American Psychiatric Association Practice Guidelines For Eating Disorders", American Journal Of Psychiatry, 150: 207-28
- KEYS A., BROZEK D. y cols. (1.950); "The biology of human starvation" Minneapolis. University of Minnessota Press.
- LEITEMBERG H. y ROSEN J. (1.986): "A Behavioral Approach To The Treatment Of Bulimia Nervosa" en S. Feinstein (comp.). Adolescent Psychiatry. Developmental and Clinical Studies Annals Of The American Society For Adolescent Psychiatry, Chicago y Londres. The University Of Chicago Press, pp. 333-357.
- MINUCHIN S., ROSMAN B.L. y BAKER L. (1.978); "Psychomatic Families: Anorexia Nervosa in Context", Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- MORANDÉ G. (1995) "Un peligro llamado Anorexia" Ed. Temas de hoy. Madrid
- ONNIS L. (1990). "Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos". Ed. Paidós. Barcelona.
- ONNIS L. (1991). "Therapie familiale de l'anorexie mentale. Un modele d'intervention basé sur les sculptures familiales". Therapie familiale Vol. 12 nº3; pp. 225-235.

- ONNIS L. (1991). "Langage du corps et langage de la therapie: La sculpture du future comme méthode d'intervention systémique dans les situations psychosomatiques". Therapie familiale vol.13 nº 1; pp 3-19.
- PEREZ DE LAZARRAGA I. (1.996); Ponencia sobre "Desarrollo, cierre y seguimiento de la Terapia Familiar", I Jornadas de la Asociación de Terapia Familiar de Asturias, sobre Intervención en Trastornos Alimentarios, Oviedo.
- PEREZ DE LAZARRAGA I., AGUIRRE OAR J.M., FERNANDEZ DE CORRES B. (1.992); Ponencia sobre "Técnicas activas, técnicas activo-afectivas?". XIII Jornadas Españolas de Terapia Familiar de Cáceres.
- RAUSH HERSCOVICI C., BAY L. (1990). "Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía". Ed. Paidós. Barcelona.
- RAUSH HERSCOVICI C. (1996) "La esclavitud de las dietas" Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario. Barcelona
- RUSSELL G.F.M.; Szmukler G.I., Dare C. y Eisler, I. (1.987), "An evaluation of family therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa", Archives of General Psychiatry, 44: 1047-1056".
- RUSSELL G. (1.979): "Bulimia Nervosa: And Ominous Variant of Anorexia Nervosa, Psychol. Med 9:429-448".
- RUSSELL G. (1993). "Evolution et evaluation des traitements de l'anorexie mentale". Neuropsychiatrie de l'Enfance. 41 (5-6); pp. 341-350.
- SANCHEZ CARDENAS M. (1991). "Le comportement boulimique". Ed. Masson. Paris.
- SCHEFLEN A, E. (1985). "Comunicación familiar y capacidad de contacto social en el desarrollo de la esquizofrenia" en "Dimensiones de la Terapia Familiar". Andolfi M. y Zwerling, I. (comp). Ed. Paidós. Buenos Aires.
- SELVINI-PALAZZOLI M., CIRILO S., SELVINI M., SORRENTINO AM. (1990). "Los juegos psicóticos en la familia". Ed. Paidós. Barcelona.
- SELVINI-PALAZZOLI M. (1989). "La anorexia mental en una perspectiva sistémica". Therapie familiale. Ginebra 1989, Vol. 10, nº 2; pp. 87-102.
- SIMON F.B., STIERLIN H., WYNNE L.C. (1988). "Vocabulario en Terapia Familiar". Ed. Gedisa.
- STEINHAUSEN, H.C. RAUSS-MASON, C. y SEIDEL, R. (1991) "Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research", Psychological Medicine, vol. 21, pp. 447-454,

TORO J., VILARDELL E. (1987). "Anorexia nerviosa". Ed. Martinez Roca. Barcelona.

VANDEREYCKEN W., CASTRO J., VANDERLINDER J. (1991). "Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento". Ed. Martinez Roca. Barcelona.

VAZ, F.J., PEÑAS, E.M., GUIADO, J.A. (1998) "Identidad clínica y relevancia de los trastornos alimentarios atípicos y subclínicos". Anales de Psiquiatría. Vol.14 nº1º pp.8-14.

WHITE M. (1.983); "Anorexia Nervosa: a transgenerational system perspective". Family Process 22: 255-273.

WHITE M. (1.994); "Anorexia Nervosa. Perspectiva cibernética" en "Guías para una terapia familiar sistémica". Ed. Gedisa, Barcelona.

WHITE M. y EPSTON, D. (1.993); "La externalización del problema" en "Medios narrativos para fines terapéuticos". Paidós, Barcelona.