



ARTÍCULOS PUBLICADOS COMPLETOS

EXPERIENCIAS EN EL TRABAJO TERAPÉUTICO CON JÓVENES ANORÉXICAS Y SUS FAMILIAS

En ésta exposición trataré de comentar mi experiencia en el trabajo terapéutico con jóvenes anoréxicas y sus familias. En la primer entrevista , la paciente anoréxica puede presentarse con :

1. Una actitud sumisa, aparentemente desconectada del mundo exterior: "Sin ganas de vivir".
2. Una actitud desafiante, poco colaboradora , sin reconocimiento de su problemática: "Estoy aquí porque mi familia me trae, a mi no me pasa nada".
3. Pueden alternarse las actitudes anteriormente descritas a lo largo de la entrevista.

Éstas actitudes, ya sean explicitadas verbalmente o no , y aún observadas en su lenguaje corporal, pueden contratransferencialmente provocar en el terapeuta o bien sentimientos de protección, de rechazo, o de impotencia, que se corresponden con la esencia misma de los conflictos ambivalentes de la paciente anoréxica.

Como terapeutas, si no logramos descifrar el mensaje en esta primera aproximación, caeremos en el entramado de los vínculos conflictivos que la paciente anoréxica establece en sus relaciones interpersonales.

A partir de la primera entrevista, se irá realizando una completa Historia clínica e investigando la dinámica de las relaciones interfamiliares.

En la Historia clínica, se tomará especialmente en cuenta :

- Edad en que aparecen las primeras manifestaciones del trastorno anoréxico, y si inmediatamente a la aparición de los primeros síntomas la familia realiza la consulta. Caso contrario si se han realizado tratamientos previos, u hospitalizaciones . Evolución de los mismos.
- Pérdida de peso en el momento actual de la consulta.
- Uso de laxantes , enemas , diuréticos. Ingesta de drogas y alcohol.
- Períodos de Bulimia, presencia de vómitos.
- Hiperactividad física.
- Amenorrea. Tiempo de evolución . Investigar si se encuentra en tratamiento.
- Consultas clínicas y ginecológicas previas . Estudios complementarios realizados.
- Investigación del comportamiento alimentario actual (Selección de los alimentos , preparación , etc.).
- Hábitos alimentarios de la familia.

Además del detallado estudio del estado físico del paciente , el terapeuta analizará:

- A - Relaciones interfamiliares:
 - Como es la relación del paciente con cada uno de los miembros de la familia.
 - Como se relaciona cada miembro del grupo familiar con el paciente referido.
 - Cuales son las relaciones conflictivas que ayudan a mantener el síntoma.
 - Realizar el Genograma familiar.
 - Investigar si los subsistemas dentro del grupo familiar se encuentran bien delimitados.
 - El subsistema de los padres.
 - El subsistema filial.
 - Caracterización de la familia.
 - Aglutinada o desligada.
 - Flexible o rígida.
 - Evitadora de conflicto.
 - Sobreprotectora.
 - Grado de individuación de cada uno de los miembros.

- Estudio de las jerarquías familiares.
- Análisis de las alianzas y coaliciones: involucración del paciente en el conflicto parental.
- Estudiar el ciclo vital de la familia y hechos traumáticos que incidieron en el normal desenvolvimiento de ella.
- Cuales fueron las soluciones intentadas previamente por la familia.
- B - Relaciones Interpersonales:
 - En que situación se encuentra la relación con sus pares . Evolución de la misma : pérdida de amistades , aislamiento , etc.
 - Relaciones afectivas con el sexo opuesto.
 - Incidencia en el rendimiento escolar.
- C - Aspectos Psicológicos:
 - Alteraciones en la percepción de su imagen corporal : investigar las distorsiones interoceptivas que afectan desde la sensación de hambre hasta las sensaciones afectivas.
 - Investigar los sentimientos de ineficacia personal.
 - Análisis de los niveles de autoexigencia.
 - Detectar la idea obsesiva con respecto a la ingestión de los alimentos y miedo a engordar.
 - Establecer sobre que base de personalidad se asienta el cuadro anoréxico.
 - Investigación de episodios traumáticos en la infancia y adolescencia: maltrato emocional, abuso físico o sexual.

Una vez investigada exhaustivamente la Historia clínica del paciente; establecido el diagnóstico diferencial de forma absolutamente precisa para comprobar si estamos realmente frente a una anorexia o algún otro cuadro con características similares; realizado el diagnóstico presuntivo sobre que base de personalidad se asienta la anorexia, se podrá elaborar un plan de acción terapéutica.

Todo el trabajo realizado en ésta primera etapa nos permitirá conocer la evolución y el pronóstico del paciente. Podemos estar frente:

- a - Un paciente que mejore rápidamente con las técnicas terapéuticas adecuadas.
- b - Un paciente crónico con recidivas frecuentes a lo largo de su historia.
- c - Pacientes con alteraciones psíquicas graves de muy mal pronóstico.

El plan de acción terapéutica utilizará estrategias diferentes de acuerdo al caso particular tratado . Para algunos pacientes determinados abordajes resultan eficientes y para otros no . Por lo tanto el trabajo terapéutico debe ser ajustado y supervisado permanentemente . Muchas veces es necesario establecer estrategias con co-terapeutas con la finalidad de que el profesional no sea absorbido en la interacción y pueda tomar distancia. No olvidemos que la característica fundamental del paciente anoréxico es "No comer". Es cierto "No comen alimentos" pero si devoran a los profesionales y plácidamente bailan una danza de muerte , cambiando de parejas terapéuticas, que, a su vez son devoradas . Muchos de éstos pacientes pasan a través de los distintos equipos emergiendo triunfantes en su cometido. Por lo tanto la diferenciación en los roles de los integrantes del equipo profesional debe ser cuidadosamente elaborado. De acuerdo a la gravedad del caso será necesario incluir en el equipo interdisciplinario:

- Médico clínico
- Médico ginecólogo
- Nutricionista
- Médico psiquiatra
- Psicoterapeutas individuales
- Psicoterapeutas familiares

Dentro del equipo profesional la comunicación debe ser fluida y permanente , evitando la superposición de roles y mensajes transmitidos a la paciente para que no se produzca la disociación que los jóvenes anoréxicos provocan en los tratamientos .

En cuanto al tratamiento deben ser usados todos los recursos terapéuticos a nuestro alcance:

- Psicofarmacológicos
- Terapia individual
- Terapia familiar
- Exámenes de laboratorio (sangre , orina , sodio , potasio , etc.)
- Estudios complementarios (Resonancia magnética , etc.)

- Exámenes endocrinológicos y ginecológicos

Me estoy refiriendo a la necesidad de un tratamiento multimodal ya que un sólo recurso no será suficiente para ayudar a la recuperación del paciente . El terapeuta debe ser flexible para encontrar los caminos terapéuticos más adecuados.

Como terapeuta familiar veo a la joven anoréxica como integrante de una familia psicossomática. Éstas familias tienen la característica de ser aglutinadas, sobreprotectoras, evitadoras de conflictos y rígidas. Creo que la forma más efectiva de trabajar sobre los síntomas de la anorexia es modificar los modelos que los mantienen. En éstas familias donde fallan los mecanismos adaptativos y las pautas relacionales se rigidizan , es necesario alcanzar un proceso interaccional más flexible. El sentido de la terapia familiar es llegar a un sistema familiar funcional que pueda solventar todas las necesidades de sus miembros, favoreciendo la autonomía y la individuación de los mismos.

El terapeuta debe desafiar el aglutinamiento , pero sin ir en detrimento del valor que la familia le da a la unidad familiar . De acuerdo a esto el terapeuta enfatiza el derecho de cada individuo de defender su propio espacio psicológico , se insiste en que los miembros de la familia hablen por sí mismos , que la paciente sea escuchada y que se le preste la atención necesaria .

Éstas intervenciones provocadas por el terapeuta tienden a reforzar el derecho a las acciones individuales y aumentar la diferenciación , lo que llevará a las familias a ser conscientes de sus maniobras intrusivas . Otra forma de desafiar el aglutinamiento tiene que ver con la protección de los límites del subsistema . Es característico que en las familias patológicamente aglutinadas la paciente anoréxica sea atraída por la díada padre-madre , y se produzca una alianza con uno de sus miembros en coalición contra el otro . Ésta forma de intrusión expande el conflicto a los otros miembros del grupo familiar . Emergen así , en éstas familias , alianzas y coaliciones secretas que mantienen un aparente equilibrio en el sistema familiar . A menudo la paciente anoréxica con sus síntomas ayuda a la familia a ocultar problemáticas más profundas , que éstas no están dispuestas a resolver o a enfrentar . Por esto puede suceder que cuando la paciente mejora la familia abandona el tratamiento . La función del terapeuta es delimitar el subsistema de los padres del subsistema de los hijos , tratando que existan barreras claras entre los subsistemas , evitando así las intrusiones .

El terapeuta debe apoyar la organización jerárquica de la familia . El manejo de las jerarquías puede ser relativamente claro cuando los hijos son pequeños , al llegar a la adolescencia muchas veces se desdibujan los límites y el esquema jerárquico es menos definido , por lo tanto , se hace necesario que la familia aprenda a negociar .

Los terapeutas debemos ser muy cautelosos en el uso de las distintas estrategias ya que podemos quedar entrampados entre las alianzas y coaliciones de la familia que pueden provocar el fracaso de la terapia.

A medida que la paciente se recupera es necesario implementar, un espacio propio de terapia individual para mejorar:

- la autoestima
- la aceptación de su esquema corporal
- los vínculos interpersonales y afectivos
- la consolidación de metas a corto y largo plazo

Sin ésta evolución terapéutica son posibles las recaídas frecuentes : recuerdo el caso Ana que después de haber logrado avances manifiestos en su recuperación física y emocional , al pasar a la Universidad retrocedió a etapas iniciales de su cuadro sintomático (No hay que olvidarse que cuando se producen cambios importantes en la vida de éstos pacientes pueden frecuentemente desestabilizarse) . Por lo tanto se debe hacer un seguimiento a largo plazo sosteniéndolos en tales momentos críticos.

El uso de psicofármacos dependerá del estado en que se encuentre la paciente en los distintos momentos de la evolución de su enfermedad .

Podemos decir como lo hace Ajuriaguerra en su Manual de Psiquiatría Infante-Juvenil , que : "... No basta un aumento de peso, ni siquiera un cambio con respecto a la comida para dar por válida la curación. Hay quien cree que la anoréxica no recobra su equilibrio mientras no desaparece su amenorrea, ésta puede tardar en recuperarse , pero la curación será total únicamente cuando la personalidad haya cambiado no sólo en su manera de proceder con respecto a la comida y sus naturales consecuencias, sino especialmente cuando haya obtenido suficiente movilidad en sus relaciones afectivas y haya visto comprometida su identidad con ciertas experiencias".

Dr. Roberto A. Yunes
Médico Psiquiatra
Especialista en Terapia familiar
Director Hospital Municipal Infanto-Juvenil "Carolina Tobar García"
Buenos Aires , Abril de 1996