



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Juana Martínez, Begoña Gallego Valverde, Carmen Bayo Fernández.

martinezladron@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Tras años de atender en nuestras consultas a pacientes con TCA, y a veces también a sus familias, decidimos reflexionar sobre aquellos casos que se habían resistido al tratamiento.

Pacientes de larga evolución, que tras visitar a diferentes profesionales e intentar distintos tratamientos, a veces con ingresos hospitalarios incluidos, seguían manteniendo sus síntomas de forma activa.

Todos sabemos de lo resistentes al cambio que pueden ser estas pacientes, pero ¿Qué había pasado? Como en otros cuadros de la medicina, ¿se trataba de casos sin solución, crónicos? ¿A partir de qué momento era adecuada esta etiqueta? En la literatura actual, se prefiere hablar de casos de larga evolución. ¿Por qué? Quizás esta nomenclatura nombra mejor la situación.

Ocurre que hay pacientes que tras 7, 8, o más años de recorrido de enfermedad, algo cambia y pueden por fin abandonar su sintomatología, o al menos hacerla evolucionar. Por otro lado el concepto cronicidad es un concepto cerrado que elimina la dinámica propia de la vida y de la evolución aún posible.

Partimos de unos ejemplos clínicos en los que hemos eliminado los datos más personales para preservar la intimidad pero que nos permiten centrarnos en aspectos representativos aplicables a muchos otros pacientes.

Hemos dividido el trabajo en tres partes, en la primera partimos de 3 historias con diagnóstico TANE, pacientes mujeres adultas que han pasado por distintas etapas en la evolución de su TCA, que en el momento de la consulta presentaban un importante sobrepeso, y que nos permiten pensar sobre el impacto en el desarrollo cognitivo, familiar y social de la enfermedad, así como sobre los factores que preceden y/o mantienen la enfermedad. En la segunda parte trabajamos sobre una historia ANR muy grave y de larga evolución y que nos permite plantear el Modelo de Capacitación y por último en la tercera parte trabajamos desde un caso trigeneracional (abuela, madre e hija) para pensar un poco más sobre las tareas vinculares y su importancia en el desarrollo de estos trastornos.

En primer lugar en todo trastorno de la conducta alimentaria (ANR, Bulimia y Obesidad) subsisten distintas personalidades y causas (no tenemos en cuenta posibles causas biológicas).

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Consideramos que no se puede hablar de que en la base haya un prototipo de personalidad. Por otro lado, tanto las pacientes con un cuadro de ANR, como las pacientes con una Bulimia, o las pacientes en sobrepeso buscan un cuerpo delgado equiparando este hecho a un cuerpo perfecto. También sabemos que siempre se ha relacionado el perfeccionismo con la ANR, aunque no parece que la relación entre perfeccionismo y bulimia o entre perfeccionismo y obesidad sea tan consistente.

Pensando en las pacientes de larga evolución, ¿Cómo ha sido el impacto físico, cognitivo, familiar y social de la enfermedad en estas pacientes? ¿Qué características preceden a la enfermedad y/o la mantienen?

- A nivel físico, las purgas, los cambios de peso, el ejercicio excesivo, o el sobrepeso, influyen de formas diferentes en la estética del cuerpo y en la salud, de forma más llamativa y grave en los casos de Anorexia Restrictiva en los que el bajo peso mantenido en el tiempo puede dar lugar a arritmias, osteopenia/osteoporosis, etc.

- A nivel cognitivo, la propia inestabilidad hace que su funcionamiento sea muy poco eficaz con grandes problemas en cuanto a la capacidad de planificación, organización, funcionamiento de todo o nada en cuanto a la implicación, y escasa flexibilidad cognitiva.

Por otro lado, puede parecer positivo el deseo de mejorar, pero el perfeccionismo y la altísima autoexigencia, irrealizable, se convierten en un estresor muy potente y hace que asuman tareas que no les corresponderían, como por ejemplo que tiendan a ampliar sus horarios, más por intentar cumplir y ser eficaces que por un intento de control.

Podemos apreciar también la dificultad para recuperarse de cualquier error cometido. La dificultad en las decisiones, cual es la mejor, cual la más adecuada o, cual permite no perder nada. Esta actitud hace que la toma de decisiones sea difícil, esté llena de dudas y resulte inestable llevando en muchas ocasiones a la parálisis de la acción

- A nivel familiar, se aprecian dificultades de relación con respecto a padres y hermanos principalmente. Autoexigencia para cumplir lo que creen se espera de ellas (super-yo mezclado con un yo-ideal imposible de cumplir), lo que conlleva una gran inseguridad interna junto a una gran necesidad de reafirmación y aprobación exterior. Se aprecia también dificultades en la relación de pareja de la que esperan una comprensión total sin palabras. Tras intentar diferentes tratamientos muchas veces están desmoralizadas y creen además que ya nada ni nadie les puede ayudar. Tras años de enfermedad, identificadas con sus síntomas, hay dificultad para imaginarse de otra manera, para pensar en otra forma de vivir, de ser y estar en el mundo. Hay mucho miedo a abandonar una enfermedad que a la vez que les da una identidad funciona como válvula de escape para sus ansiedades internas. A este respecto son interesantes los distintos estudios de los atracones como Regulador de las Emociones Negativas y de la Autoconciencia Negativa, la Regulación Emocional a corto plazo o, la Teoría del Escape de Heatherton y Baumeister (1) en la que el autor plantea que la atención se centraría en el presente inmediato, lo actual, más que en el pasado o en el futuro. El funcionamiento se centraría más en

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

movimientos y sensaciones que en los pensamientos y emociones, produciéndose una deconstrucción cognitiva.

Este planteamiento hace recordar lo que Smadja (2), desde la psicósomática, describe como procedimientos autocalmantes del yo, en los que podemos encontrar, hiperactividad, angustia, depresión y desmentalización, y que Szwec (3) retoma al estudiar el funcionamiento del deportista de fondo, el cual a través de una repetición automática busca apaciguar una excitación que desborda sus defensas psíquicas mediante el recurso de otra excitación de tipo motor y/o perceptivo-sensorial.

Estos procedimientos son actividades que pretenden controlar un estado de tensión interna cuando los medios psíquicos fallan. El sujeto recurre sobre todo a la motricidad. Este tipo de actividades se pueden encontrar en la vida cotidiana, pero mientras en esas situaciones no impiden el trabajo del pensamiento, en el desarrollo psicopatológico lo sustituyen.

Son procedimientos del yo relacionados con situaciones psíquicas como un estado de desamparo ansioso, el desarrollo de un estado traumático o la alteración del sentimiento de la estima de sí. Pero, la actividad calmante no implica satisfacción, sólo alivio puntual de la tensión y la tendencia a la repetición se mantendrá todo el tiempo que dure el estado traumático de base.

Aunque con un gran esfuerzo, en todos estos ejemplos, las pacientes han sido capaces de realizar unos estudios, trabajan o han trabajado, e incluso pueden ser apreciadas en su quehacer.

Tal vez en todas lo que más ha sufrido es su vida afectiva, familiar y social. En una primera ojeada, lo que más dificultades ha generado ha sido la evolución de los lazos de la familia de origen y la construcción y mantenimiento de una pareja y de una familia propia.

Todos los intercambios personales, en gran medida, aparecen como conflictivos a lo largo del tiempo

Primer Ejemplo:

L. es una mujer emigrante en la década de los cuarenta. Presenta Obesidad mórbida (En ese momento pesaba 87 kgs.). Ha hecho numerosos regímenes de adelgazamiento, pero nunca ha desarrollado un cuadro restrictivo franco, nunca ha vomitado, y nunca ha estado ingresada por estos motivos.

L. tuvo una hija, que nació en su país de origen y llegó a España siendo un bebé. Su otro hijo, tres años menor, nació ya en España. Fue L. quién propuso la separación a su marido. Aunque hacen vidas separadas siguen compartiendo la misma casa. Cuando llevaban más de diez años de casados las cosas empezaron a ir mal. Ella misma relata que durante un tiempo su vida estuvo descontrolada, "Contactaba con gente por internet y quedaba con ellos". Dice, también, que se siente muy culpable con respecto a sus hijos por lo que les ha hecho vivir. Se describe como adicta a la comida. Acude a grupos de autoayuda de obesos (OA) organizados al modo de alcohólicos anónimos. Con el tiempo surgirá un pequeño grupo de amigas que, a pesar de las dificultades, funcionará como apoyo social y emocional.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Sigue conectándose a través de internet principalmente con varones, pero dice que ahora es más selectiva y sólo conecta con gente que le interesa. Cuando decide quedar personalmente, es ella la que prepara el encuentro y siempre lleva algún presente para su partenaire. Tras el encuentro, suele aparecer una mezcla de cierta satisfacción por ser capaz de atraer a un varón, pero también de insatisfacción y de haber dado mucho más de lo que ha recibido. A la larga se siente abusada e insatisfecha. En algún momento comentará que tiene "la enfermedad de complacer a los demás".

Añade que siempre ha acudido a la comida y que ya con 9 años estuvo en tratamiento con un endocrino. "Con ese hombre pude controlar la comida totalmente desde los 9 años hasta los 30". Este inicio temprano del trastorno ya nos pone en la línea de que pueden existir fallas muy tempranas en la constitución del psiquismo (yo débil, narcisismo deficitario, identidad frágil, fallas en los procesos de simbolización...) y que la comida ha podido adquirir una función autocalmante.

Por otro lado relata una despedida difícil en la que su padre amenaza con desheredarla si se va. Aunque puede traer algo de dinero para instalarse en España junto a su marido, ella se trae sobre todo, el agravio de la amenaza y siente, una vez más, no ser tenida en cuenta por su padre. Este fue un hombre de negocios, con una empresa de manufacturas que según relata heredó un hermano. Por otro lado añade que el padre era muy exigente con este hermano pero que ella nunca fue importante para él y que su madre tampoco supo estar ahí y defenderlos. Añade que su padre siempre fue un hombre delgadísimo y de poco comer. "De alguna manera estaba claro que le gustaba la gente delgada", dice en algún momento.

La excitación sexual surge en las propias sesiones mientras relata algunos recuerdos de primera infancia. Dice que, "Siempre me han gustado mucho los tíos". Desde siempre la comida aparece como un calmante, cuando otras fórmulas de paraexcitación han fallado, para una ansiedad sentida como excitación que no termina de aplacarse. Juega con el doble sentido de "comerse un roscó".

Durante la semana el propio trabajo, en el que se encuentra a gusto, hace años que trabaja en la misma empresa, le ayuda a mantener un orden. En el trabajo, que le exige atención a detalles y atender a diferentes temas simultáneamente, mantiene un buen rendimiento cognitivo y parece estar bien valorada por sus jefes, lo que es muy importante para ella y, en diferentes ocasiones, deja ver la dependencia de la aprobación externa para el sostenimiento de su autoestima.

Podemos pensar en el déficit que ha dejado ese padre para el que nunca fue importante o esa mamá que ella siente como que tampoco la tuvo en cuenta. Los viernes y el fin de semana son más difíciles, la ansiedad es mayor y la alimentación, a pesar de acudir a "sus" grupos, se desordena con frecuencia.

L. es una mujer atractiva. Muy agradable en el trato y con una voz muy seductora. Su "padrino" de OA, le ha señalado su cambio de voz en determinados momentos. De hecho cuando relata

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

situaciones o momentos en los que ella siente que ha hecho algo mal, o que le asusta, o le hace sentirse insegura, adopta un gesto y una voz de niña chiquita en lo que parece un intento de aplacar la ira del otro y congraciarse con él.

A lo largo de los primeros meses de tratamiento la combinación de encuentros grupales que le permiten, además, hacer amigos, y del trabajo individual, evita la dificultad de que se establezca un vínculo excesivamente dependiente en ambos espacios. Es capaz de poner un cierto orden en su ingesta y comienza a perder peso. La aparición de una nueva relación vía internet y la posibilidad de un encuentro físico, hace que su empeño en bajar de peso sea prioritario, mostrando la debilidad del planteamiento personal y, una vez más, la dependencia de la mirada externa para su propia autoimagen y valoración. Por otro lado la posibilidad del encuentro provoca una excitación difícil de gestionar. "Los hombres me traen por la calle de la amargura". **L.** parece responder al esquema de ofrecer sexo para que la quieran. Para no sentirse sola y a la vez sentirse importante para otro. Ella misma llega a decir, "Yo quiero que un tío me acompañe y enseñe la zanahoria del sexo", lo que inevitablemente lleva a sentimientos de minusvaloración y vacío. **L.** habla de su dependencia emocional y de su necesidad de tener "un tío".

L., habla en muchas ocasiones de sus conflictivas relaciones con sus figuras parentales. La madre, aparece en diferentes escenas como una madre excitante y no como figura contenedora y calmante. Lo que sin duda influye negativamente en la posibilidad de instaurar recursos internos adecuados para la gestión de las emociones. Añade, "Cuando siento que me están manipulando tengo una sensación en la boca del estómago..., es la misma sensación de cuando uno se siente culpable". "Me recuerda a las manipulaciones de mi madre. Yo no podía dejar de hacer lo que me decía porque me sentía culpable, y además, si no lo haces, no te quiero".

Desde el punto de vista psicológico este es el aspecto más interesante. La gran dificultad, que contamina todas las áreas de la vida está en el manejo de las emociones y del empuje pulsional. No se ha podido construir un aparato psíquico suficiente que permita gestionar las excitaciones tanto las que provienen del exterior como del interior. Así, el sujeto depende demasiado de un objeto externo que cumpla con una función contenedora y de paraexcitación. De ahí el convertirse en una niña pequeña entre sumisa y seductora que aplaque y se asegure el afecto y la atención del otro. Al mismo tiempo, la aprobación externa es necesaria para la construcción de la identidad y de la propia autoestima.

Segundo Ejemplo:

Paciente mujer que acude a consulta por un trastorno de conducta alimentaria de larga evolución. En ese momento tiene 28 años y presenta una obesidad mórbida. Vive en la casa familiar, laboralmente está en paro, y socialmente está bastante aislada manteniendo contactos muy limitados con un par de amigos.

El aislamiento social es bastante habitual en pacientes crónicas. Sus dificultades con la ingesta, y su imagen, que ellas mismas rechazan, las llevan a apartarse. Su vida se parece poco a lo que un día soñaron y esta distancia provoca sentimientos de vacío y de fracaso personal muy

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

intensos. Rehúyen el contacto con antiguos compañeros a los que siempre ven con vidas exitosas. Sólo cuando tengan la buscada imagen ideal y por tanto un trabajo o el status soñado, podrán presentarse de nuevo en sociedad. También podemos ver que la integración social no es fácil ya que podemos decir que las "metáforas" sociales, las reglas no escritas de intercambio social no son fáciles de comprender por las pacientes. Por un lado pueden disimular sus sentimientos negativos, pero por otro, callar una opinión en contra o suavizar un pensamiento es sentido como mentir. O son hipócritas o excesivamente sinceras, lo que les genera muchas dificultades en la relación social.

En el momento de la consulta, había una conciencia más clara de enfermedad, así como un ánimo depresivo. Consultó sin que en su casa supieran nada de ello hasta tiempo después. La paciente refiere que fue un bebé grande al nacer y que las dificultades con la ingesta comenzaron a los 8 años de edad. Una de sus quejas siempre ha sido que en su familia, y principalmente los padres, nunca han sido conscientes de lo que ocurría y tampoco se puede contar con la ayuda de la madre para realizar una dieta equilibrada...Reconocerá que ella tampoco lo ha puesto fácil. Desde el final del bachillerato, y a lo largo del tiempo, ha pasado por periodos restrictivos con una alimentación mínima y ejercicio compulsivo, con importantes pérdidas de peso, y por otros periodos de ingesta compulsiva con fuertes ganancias de peso sin conductas compensatorias tras los atracones. Nunca ha podido vomitar y sólo en ocasiones ha utilizado laxantes.

Es la menor de los hermanos, todos titulados superiores. Dice que fue siempre una niña gordita, morena, usaba lentes...en un mundo de niñas rubitas y delgadas. Comenzó una carrera superior y al no superar el primer año fue expulsada de la facultad. Afirma que se lo pasó muy bien, que hizo un montón de amigos y que no se enteró de la posible expulsión, pero este hecho supuso una herida narcisista de la que nunca se ha recuperado. El cuadro alimentario se desestabilizó y finalmente cambió de estudios. Siempre lo ha vivido con una gran carga de vergüenza y culpa. Siempre ha tenido una relación muy estrecha con su padre, pero a la vez siempre lo ha vivido como alguien muy exigente y que esperaba de ella el máximo rendimiento. Imposible conseguir estar a la altura. A la madre, funcionaria, la presenta como una figura amable, pero preocupada por la imagen social y sin querer enterarse de las situaciones problema. En cierta ocasión relata que en una reunión familiar, con gran sorpresa por parte de la madre, ella y una hermana comentaban que a partir de cierto momento (la paciente contaba en torno a 8 años), la madre dejó de hacer la cena. La hermana reconoció que ella tampoco tenía ese hábito. Esta escena apunta quizás a una cierta negligencia, incluso no mentalizada por parte de la figura materna, en el cuidado que, al menos la paciente, no ha sabido gestionar y a la importancia de establecer ritmos y hábitos para la salud y una adecuada alimentación en el seno familiar.

En definitiva por exceso o por defecto, la paciente no parece haber contado con una buena sintonía emocional por parte de ambas figuras parentales.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

En cuanto al ámbito laboral, ha trabajado en distintas compañías, y desarrollado algún puesto de cierta responsabilidad. Sin embargo, siempre han surgido dificultades de relación, especialmente, con compañeros. Cuando trabaja se entrega a la tarea de forma casi obsesiva. Suele perder peso ya que en general el horario de trabajo le lleva a limitar la ingesta. Desde hace tiempo, dentro de un sobrepeso importante, se mantiene estable habiendo reducido los "atracones" principalmente de hidratos y dulces.

De todas formas la búsqueda de "la imagen perfecta" resulta tanto una excusa como una razón para detener la vida: "No puedo hacer bien las comidas y trabajar. La ingesta es un trabajo a tiempo completo que absorbe toda mi energía, no puedo pensar en otra cosa". Sus palabras nos muestran también el funcionamiento en todo o nada y un tipo de pensamiento obsesivo de idea única. Tras un periodo difícil, con un descenso brusco de peso, ya más estable tanto a nivel de peso como a nivel emocional, la paciente estableció una relación de pareja y volvió, aunque de forma discontinua, al mundo laboral. Los efectos de la crisis económica, los cambios en el mundo laboral y su propia situación, hace que acceda a puestos que considera por debajo de su preparación y capacidades, y con un menor nivel de ingresos, lo que provoca una desmotivación importante. Hace tiempo que ha aceptado que su sueño de carrera profesional ya no es posible, pero adaptarse al "nuevo" mercado laboral no está resultando tarea fácil ya que reactiva una y otra vez la herida narcisista que produjo su expulsión de la universidad, así como, la situación de asimetría frente a su medio social, lo que vive como una gran injusticia por parte de la vida. En cierto modo, la paciente, se refugia en la casa de su pareja en la que, por primera vez en su vida, puede encontrar una cierta paz.

Frente a la comida siempre se ha descrito como adicta, especialmente con los hidratos y conoce muy bien los efectos que estos provocan en su organismo. Reconoce que a pesar del tiempo transcurrido no ha logrado ordenar la ingesta. Recuerda a una compañera que, a pesar de estar mucho mejor, reconocía que echaba de menos los atracones y que nada le daba las sensaciones de la comida. Afirma estar de acuerdo con esta compañera, y se percibe un fuerte apego a los síntomas como parte de su identidad. "Nunca he vivido de otra manera. No soy capaz de visualizarme de otra forma". Hay, y no hay, a la vez, un auténtico planteamiento sobre el cambio. Reconoce que la presencia de su pareja le sirve de control externo y entonces ajusta la ingesta a tiempos y raciones adecuadas, pero lo lleva mal y esta presencia la enfada profundamente. Sí ha aprendido a entender que nace de ella y lo controla para no ser agresiva con él. Afirma que lo que siempre hace bien es el desayuno. Luego las cosas se van desorganizando a lo largo del día. Parecería que la realidad funciona como un estímulo aversivo, continuamente frustrante, o excitante, de la que en pocas ocasiones puede obtener placer y/o satisfacción.

Muchas veces habla de su confusión y de no entender algunas situaciones de intercambio social. Exige una claridad y una verdad literal, descarnada. Respuestas imposibles han de ser directas y breves, blanco o negro, como si la metáfora, el doble sentido o el condicional, las bromas o los matices fueran algo imposible de comprender para ella, a pesar de ser una mujer inteligente.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Pienso que esta situación, es previa al trastorno, aunque este la haya agravado. No se trata de un deterioro cognitivo sino de un déficit a nivel del desarrollo simbólico. Los dobles sentidos no se comprenden e incluso se viven como engaños o mentiras.

Tercer Ejemplo:

E., es una mujer de 45 años, obesa, que sufre un Trastorno por Atracones (BED). Su IMC es de 29,72. Ejerce una profesión liberal. E. fue una niña avergonzada y ahora es una mujer avergonzada. Siempre ha comido a escondidas. Ella decía: "En mi cabeza no hay comida normal, o es dieta o es atracón". Segunda hija de una familia de clase media se queja amargamente de que el contacto con su madre la derrumba desde siempre. La clínica del trastorno se inicia en la infancia.

Focalizamos parte importante de la patogenia y del mantenimiento de ésta en las verbalizaciones y conductas de Disfunción Parental (4) que influyen a la paciente desde antes de los ocho años.

De ellas destacamos:

-Invalidación de la petición infantil de apoyo y comprensión.

La paciente fue llevada al médico a esa edad por su madre para solicitar una dieta hipocalórica. Ésta había percibido que la niña comía vorazmente prefiriendo hidratos de carbono, dulces y chucherías en abundancia. Esta y otras visitas a médicos solo sirvieron para mantener una guerra madre/hija en la cual la paciente era acusada de no seguir los diferentes regímenes, de mentir, de hacer las cosas mal, de no tener fuerza de voluntad, de hacerla perder el tiempo. La madre la exigía, sin nunca tener éxito que siguiera su ejemplo en la forma de alimentarse, en su delgadez, en permitir que su cuerpo se pareciera a la familia del padre en vez de a ella, en su afrontamiento a obligaciones de todo tipo. La comparación con el cuerpo de otras niñas primero, adolescentes, jóvenes y adultas después es una constante recurrente y repetitiva. Muchos detalles del relato de la paciente hacen inferir que la madre sufre de siempre un Trastorno Restrictivo Residual. La paciente se recuerda siempre con hambre, lo decía pero no era escuchada. La madre tampoco abordó otras posibilidades para abordar su voracidad como pueden ser alimentarla adecuadamente cinco o seis veces al día, no usar dietas hipocalóricas y/o rigurosas, llevarla continuamente a hacer un tipo de ejercicio que la motivara, etc.

-Negación de la percepción de la niña de ciertos eventos familiares.

Como, por ejemplo, la percepción de las hijas de que la madre comía escasamente y otros aspectos ligados a la alimentación y el perfeccionismo materno que la madre hacía pasar por normal.

-Comunicaciones culpógenas.

Desde la infancia a la actualidad Elvira escucha críticas continuas a su indumentaria, su cuerpo, su sobrepeso, su descontrol, su no saber hacer las cosas, su falta de autocuidado y su falta de responsabilidad para consigo.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

-Invalidación de la experiencia subjetiva del niño.

Según el relato actual de la paciente nunca pudo expresar miedo, dolor, tristeza, sentimientos de inadecuación, de búsqueda de solución a sus problemas.

-Amenazas.

-Críticas improductivas.

-Otros aspectos de la Disfunción Parental como son:

Comunicaciones inductoras de vergüenza, uso de crueldad/humillación, comparaciones desfavorables en público, comentarios desalentadores y/o que cuestionan las buenas intenciones de la niña, muestras de desinterés, rechazo, falta de interacción, juego y disfrute con ella, no cuestionadas y no corregidas.

COMENTARIOS GENERALES A ESTOS TRES CASOS DE TCA CON OBESIDAD

A pesar de ser tres mujeres con una historia muy distinta, hay una serie de puntos en común que nos encontramos en muchas historias de pacientes y que nos pueden permitir pensar,

-En el entorno de los ocho años, hay una conciencia de la importancia de la comida y de la imagen corporal, no siempre la niña gordita es bien aceptada por el entorno de sus iguales.

Aparecen las primeras visitas al endocrino, las primeras dietas, etc.

-La falta de sintonía con las figuras parentales, que aparecen más como figuras excitantes que como figuras contenedoras.

-La necesidad de un control externo (como por ejemplo el horario laboral) que permita un orden que no está interiorizado.

-El impacto físico es menor que en otros cuadros (como por ejemplo en los cuadros de ANR restrictiva o en pacientes con vómitos recurrentes y/o uso de laxantes). Al no haber vómitos, ni otras conductas compensatorias, salvo esporádicamente, el impacto sobre el cuerpo ha sido menor. En estos casos no hay tampoco diabetes ni otras enfermedades asociadas a la obesidad.

-El impacto cognitivo influye sobre todo en lo referente a la gestión del mundo emocional y relacional. En un caso se mantiene el trabajo, si bien este en realidad está por debajo de su nivel de formación, sin embargo, la paciente lo realiza con gusto y se siente reconocida. En otro de los casos, además de los conflictos relacionales con jefes y compañeros, los componentes narcisistas puestos en juego en la realización laboral, que forman parte de la imagen del Yoideal, complican la adaptación al mundo laboral. Por último en el otro caso, la paciente necesitaba estar fuera del ámbito familiar para poder trabajar.

La dificultad en la gestión de las emociones, así como la herida narcisista que cualquier comentario puede despertar, hace que no puedan utilizar plenamente sus capacidades intelectuales. La capacidad de planificación y organización se ve también mermada en buena medida.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

-En estos casos podemos ver claramente algo muy común en este tipo de patología, que nos permite hablar de un pseudoself. Nos referimos al disimulo, tanto de emociones negativas como positivas, como forma de congraciarse con el otro.

-Competitividad en todo lo que se hace, sobre todo en el segundo caso, y sobre todo la necesidad de demostrar que se es capaz de hacerlo bien, incluso de hacerlo mejor que el otro.

-Impulsividad. Las tres hablan de que no tienen paciencia. Los tiempos entre pensamiento/deseo y acción/realización se intentan borrar. La espera, y sobre todo la incertidumbre, el no saber qué pasará, se soporta mal y genera un alto grado de ansiedad.

-Sensación de vacío. Ansiedad inespecífica. En estos casos no ha habido consumo de alcohol o de sustancias tóxicas (drogas). Tampoco intentos autolíticos, aunque sobre todo en el segundo la ideación suicida haya estado en ocasiones muy presente. Tampoco ha habido conductas de riesgo, ni promiscuidad, a pesar de la época "alocada" de la primera paciente.

-Necesidad excesiva de aprobación externa y de refuerzo de la autoestima. En el primer caso este es uno de los componentes principales en la conducta de contactos vía online. En el segundo la dependencia, sobre todo, de la opinión paterna está presente en todas sus decisiones.

En el tercero, la dependencia es de la opinión materna, aún destructiva para ella.

-Fluctuaciones bruscas y rápidas del estado de ánimo. Cuando se dispara la emoción se vive con gran intensidad, se siente a nivel del cuerpo, casi sin filtros mentales que permitan gestionarla.

-En estos ejemplos podemos pensar que todas las pacientes "tienen" una niña dentro de sí que sigue buscando amor, y sobre todo aprobación y reconocimiento. En momentos de desencuentro con el otro aparecen las lágrimas, los pucheros, la voz y/o el gesto infantil que busca aplacar, seducir o congraciarse con el otro de la relación. Podemos pensar en el eterno retorno de este mecanismo como si no pudieran hacer propia la experiencia y cada vivencia fuera única y la mentalización fallara.

-Las tres pacientes fueron niñas grandes y gorditas. Cabría preguntarse sobre la influencia de la presencia física en el carácter, en la representación de la propia imagen, en el tratamiento por parte de las figuras externas, en su autoestima y, finalmente, en el uso de la comida y del acto de comer como procedimiento autocalmente, al modo del chupeteo del pecho, del dedo o del chupete por parte del bebé en la primera infancia.

EL MODELO DE CAPACITACIÓN

La paciente que presentamos ahora, y que nos va a servir para pensar sobre el Modelo de Capacitación, sufre una anorexia restrictiva grave que empezó a sus doce años y que ha influido en su crecimiento. Mide 1,51m. y su IMC es de 13,50. En la actualidad tiene 31 años y ejerce una profesión liberal.

Sufre una osteoporosis grave y una disminución severa de la masa cardiaca con función diastólica y sistólica conservadas. Existe una compulsión al ejercicio que en ocasiones puede ser intensa. Su percepción corporal está muy distorsionada.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Se permite comer poco y pocas cosas, siendo como un premio poder hacerlo. Ha realizado innumerables ingresos hospitalarios en Unidades Especializadas TCA.

Profesional y experta muy valorada en su empresa, ejerce en ella la misma autoridad y poder que en su familia. Ella no es consciente del ejercicio de esa omnipotencia en ambos ámbitos.

Quiere resolver y hacerse cargo de lo que no debe con una gran falta de asertividad frente a sus propios problemas y necesidades. C. dice ahora: "no aspiro a curarme, aspiro a aguantarme a mí misma."

La Ayuda y el Apoyo (5) han sido durante bastante tiempo las posibilidades claras de acercamiento a estas pacientes. Si revisamos brevemente estos conceptos vemos que la relación de Ayuda se basa en la unión de los propios esfuerzos a los de la persona que se quiere ayudar. Pero también es poner bajo tutela a la paciente. La ayudada admite su vulnerabilidad y su impotencia. En cuanto a la relación de Apoyo (sostener/proteger/auxiliar una cosa según la RAE), la idea es que éste debe conducir a la paciente a una mayor autonomía, reducir por tanto su dependencia.

Es importante recordar que a partir de la relación de Apoyo se desarrolla la idea y las actuaciones terapéuticas de la Capacitación (Empowerment) (6). Capacitar al paciente no es Ayuda ni Apoyo pero hace frontera, linda con ambas relaciones terapéuticas. En caso de necesidad, la Capacitación se solapa, mucho o poco, con dichas funciones según sean los síntomas o la crisis sintomática puntual de la paciente.

Por Capacitación podemos entender aprendizaje, formación, preparación. Su antónimo es ineptitud. Capacitar es autorizar. Capacitado es diestro, experto. Los terapeutas debemos averiguar cómo colaborar con la paciente en que pueda y sepa enfrentarse a sus síntomas.

Hablamos de un convencimiento no solo racional sino emocional. Un trabajo que llevará a la paciente a interiorizar que hay posibilidades, que hay esperanza de resolver algunas o la mayoría de las áreas implicadas en su Trastorno Alimentario. Para conseguirlo será funcional psicológicamente para sí, no se tendrá miedo, sabrá, tendrá certeza de que resolverá sus problemas por sí misma. Sabemos que para conseguir todo esto debe nutrirse bien, con normalidad, y para ello, llegado un punto, tendrá que tomar decisiones. Estas decisiones, entre otras, la capacitarán.

Valoramos la necesidad de que mejore la calidad de vida, que concencie los beneficios del autocuidado. Que concencie también que esa es la vía hacia la salud.

Recuperar la salud implica que la paciente aceptará realizar sus tratamientos/seguimientos médicos para frenar la evolución de las repercusiones físicas; revisiones cardiológicas, tratamiento de la osteoporosis, control de peso en su Centro de Salud si lo prefiere etc. para ello es necesario el contacto y la coordinación (mensual o bimensual) con su médico de cabecera. Esta coordinación y su comentario facilitaran a la paciente la conciencia de que se trata de su salud, de que necesita alejarse lo más que pueda del riesgo físico.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Recuperar la salud también implica que vuelva a renutrirse paulatinamente, sin esperar aumentos de peso más que a largo plazo. Será necesario conocer su peso para valorar si permanece igual o si aumenta ligeramente. Si disminuye lenta o intensamente habrá que plantearse con la paciente la posibilidad de ingreso en Unidad Específica TCA.

Otros aspectos son concienciar que ciertos síntomas como el ejercicio compulsivo son destructivos y aumentan el riesgo psicológico y físico, apoyarla para que cambie estas conductas por otras que faciliten el ejercicio físico pero que resulten cada vez más placenteras, no generadoras de sufrimiento y mantenedoras de enfermedad, realizar ejercicio moderado, paseos largos en un entorno grato a velocidad de paso normal.

Recuperar autonomía implica comprender que para ello debe abandonar poco a poco su omnipotencia y dependencia con respecto a familia, empleadores, colegas etc.

El camino hacia la salud es lento, difícil en el caso de C., los objetivos serán recuperar todo lo que está en su mano, recuperar todo lo posible, alimentarse, ser autónoma, tener un plan de vida atractivo, hacerse más asertiva, tolerar mejor sus emociones negativas, alejarse de su sintomatología obsesiva o al menos suavizarla. Todo ello siguiendo un Modelo de Capacitación siempre de acuerdo con ella, sin forzar nada porque es imposible, propiciando sus ganas de vivir, cultivando la tolerancia a la frustración en su compañía, intentando comprender y sentir mejor en qué consiste vivir.

En resumen hay que anunciarle y comportarse con ella, con su colaboración, como su "agente hacia la salud", intentando buscar con ella vías que se dirijan a ese fin, siempre valorando con ella qué puede y qué no puede hacer. Capacitación, búsqueda de la salud y desde luego acompañamiento serán los objetivos a considerar en conjunto con ella.

TRES GENERACIONES CON TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

Es este apartado les hablaremos de una experiencia en la que las tres generaciones padecen un TCA y en el que nos fijaremos en las relaciones vinculares y su influencia en la instalación y mantenimiento del cuadro.

Abuela, madre e hija, padecen un trastorno de conducta alimentaria, aunque en cada caso es diferente. La segunda generación, la madre, presenta un trastorno de larga evolución, sin embargo en la abuela y la nieta los trastornos son agudos. Tienen en común, las tres, el hecho de que ninguna consulta por su alteración alimentaria.

La madre, de 55 años de edad, funcionaria, es la primera de las tres que consulta por ansiedad, irritabilidad, llanto fácil, sintomatología típica de un trastorno ansioso depresivo por el que inicialmente recibe tratamiento con un antidepresivo ISRS y ansiolítico. Es en la cuarta entrevista cuando aparece el dato de que lleva muchos años cenando exageradamente y provocándose después el vómito al sentir remordimiento por la ingesta excesiva.

Se trata de una paciente con normopeso, que mantiene desde hace años el peso estable, entre 52 y 54 kilos lo que representa, en su caso un IMC de 20,5. Esta paciente, es hija única, y se

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

siente a veces culpable de que su madre/la abuela, esté en el pueblo viviendo sola. La paciente se la quiso traer a su casa a vivir, pero la abuela se niega y solo lo admitió en una ocasión para recuperarse después de una intervención quirúrgica de prótesis de rodilla.

La abuela, mujer de 81 años que vive en su pueblo acompañada de una cuidadora ha presentado un trastorno de alimentación puntual, de corta duración, inducido por la hija, ya que cuando libra la cuidadora la hija va a pasar el fin de semana con la abuela que se ve obligada por la presión de la hija a ingerir grandes cantidades de comida en la cena y tras unos días la hija se entera de que la abuela se provoca el vómito después de cenar.

La nieta de 32 años, con estudios universitarios y trabajo estable hace un trastorno alimentario agudo de tipo Anorexia Nerviosa Restrictiva en situación de duelo por ruptura de pareja, presentando una pérdida de peso muy importante durante varios meses, manteniéndose en peso muy bajo y amenorrea. Pasado más de un año conoce a otro chico e inicia una nueva relación.

Poco a poco va recuperando peso y en la actualidad tiene proyecto de casarse tras dos años de noviazgo.

Durante un periodo de tiempo tras la decisión del primer novio de acabar la relación y dejar a la hija, la madre está excesivamente triste y afectada, es representativo el relato de un sueño en el que veía un vestido de novia en una percha colgado de una lámpara y después veía a su hija colgada. En ocasiones, algún allegado, le había comentado que parecía que lloraba más que su hija por la ruptura de la relación.

Las tres generaciones han presentado trastornos de alimentación pero de distinto tipo, tienen en común que ninguna de ellas ha consultado por sus problemas con la comida, en el caso de la segunda generación, que es la que asiste a consulta, lo hace por otro motivo y sale el problema de forma indirecta, entre otros factores que facilitan la larga evolución de la enfermedad está la negación del problema, ya que difícilmente se va a abordar lo que no existe. Nos podemos preguntar el riesgo que la cronicidad puede conllevar en transmitir el problema de la alimentación a otros miembros de la familia, a veces escuchamos a madres de hijas con Anorexia Nerviosa Restrictiva que a medida que la hija enferma va perdiendo peso, la madre va aumentando, la angustia que le produce el verse incapaz de alimentar y ayudar a su hija hace que ella coma en exceso, en ocasiones entre los antecedentes de una paciente con trastorno de alimentación nos encontramos padres con unos hábitos de comida extraños, personas siempre a dieta, personas comedores compulsivos.

Lo curioso de este caso que presentamos es que la transmisión de la patología no solo es de madre a hija, hecho más frecuente, sino de hija a madre y siendo una madre octogenaria Siguiendo a Marrone (7) si buscamos disfunciones de la parentalidad en este caso observamos en la hija que va a cuidar a su madre comunicación patógena carente de apoyo o de sensibilidad, imposición de una cantidad excesiva de alimentos en la cena, similar a lo que ella hace consigo misma, negando la opinión de la madre sobre lo que debe de comer o la percepción corporal de

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

la madre de estar llena y la falta de necesidad y de deseo de seguir comiendo, lo que supone la invalidación de la experiencia subjetiva de la madre. Quizá la hija no pueda tolerar que la madre cene una cantidad de alimento normal. Al estar las dos solas sería fácil la comparación y llamativa la diferencia entre lo que cena la madre y lo que cena ella. La madre no tiene derecho a opinar cuando quiere parar de cenar o su opinión no debe tenerse en cuenta.

Respecto a las disfunciones de la parentalidad en la relación de la madre con la tercera generación se puede observar que la madre se siente abandonada, ella misma, cuando el novio deja a su hija. Hay una presión por el éxito que no para hasta que la hija encuentra otro novio, es como si la madre necesitara el éxito en la relación de pareja de su hija para satisfacer su propio narcisismo o para contrarrestar sus propios sentimientos de fracaso.

INDICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS Y PSIQUIÁTRICAS EN CASOS DE LARGA EVOLUCIÓN

Por último, a modo de resumen, destacamos algunos elementos que consideramos fundamentales en el abordaje terapéutico de estas complejas situaciones.

Escucha Empática

Es parte de la vinculación terapéutica que se originará desde el primer contacto con la paciente. Ella debe saber también que colaboramos desde la experiencia clínica, desde conocimientos psicológico/psiquiátricos. En este marco general podrá hablar, podrá contar sus preocupaciones, sus miedos, sus síntomas, su sufrimiento. Diseñaremos con ella un futuro posible sin el Trastorno de Alimentación. Para ello necesitamos escucharla mucho, escucharla bien.

Focalización en aspectos clave de la Patogenia y Mantenimiento del Trastorno de Alimentación

Hablamos aquí de tratamientos abandonados o no abordados nunca o agotados por diferentes motivos. Será necesario motivar a la paciente para que retome o inicie un tratamiento dirigido a estabilizar la emocionalidad, el estado de ánimo, lo depresivo, la intensa ansiedad clave en muchas ocasiones de la presentación de síntomas Alimentarios.

Nos referimos a que durante años la psicopatología acompañante al cuadro ha sido también un factor de mantención básico del Trastorno de Alimentación. Es preciso considerar también la presencia de Trastornos de Personalidad como el Límite, Narcisista, Distímico Depresivo y otros que pueden no haber sido abordados previamente y que constituyen también factores de mantención de primer rango que es necesario tratar.

Hay una relación directa de los apartados anteriores con las Disfunciones de la Parentalidad tan bien descritas por el profesor Marrone. Como hemos visto en varios casos su presencia y dinámica son factores de Mantención que pueden estar ocultos, negados, reprimidos en el recuerdo de la paciente. Con ellos será importante trabajar.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

Tratamiento Específico del Trastorno de Alimentación

Sabemos que por más que haya oído ciertas aclaraciones e indicaciones, la paciente se resiste o no puede cumplirlas. Es necesario planear y redirigir esta parte básica del Tratamiento en casos de Larga Evolución. Recordemos que los síntomas o el trastorno al completo pueden haber mutado y en ese caso el Tratamiento Específico debe cambiar también.

Uso de psicofármacos

Los protocolos de uso de fármacos suelen ser bastante estables, sobre todo para los cuadros en que está implicada la Bulimia Nerviosa o el Trastorno por Atracones, pero es necesario recordar, aparte de la aparición de fármacos nuevos útiles, la prioridad de estabilizar emocionalmente a la paciente, tratar su sintomatología depresiva y/o ansiosa intensa, su obsesividad /compulsividad. Contamos con una amplia posibilidad de uso de fármacos que hay que revisar, personalizar y explicar con detalle a cada paciente.

Relación terapéutica de Ayuda, Apoyo en dirección a la Capacitación (Empowerment)

La relación terapéutica de Ayuda se entiende desde la "cooperación ajena" y Apoyo es otra manera de comprender esta relación; "sostener" que es propiciar que la paciente se sienta más fuerte. Pasamos de tranquilizar y hacernos presentes como recurso según avanza el tratamiento a otro ámbito, el de la Capacitación. Hemos hablado de este Modelo antes; se trata de que la paciente enfrente sus síntomas y tome decisiones. Esas decisiones la llevarán a nutrirse bien, a alejarse de síntomas de su Trastorno Alimentario, a ser capaz de disfrutar de su vida afectiva, social, sexual, familiar, retomándola o por primera vez, de organizar su formación y/o búsqueda o implicación en el tipo de trabajo que desea realizar, de organizar su autonomía, su independencia personal.

Por último sería importante recordar la no utilización de normas autoritarias y que el trabajo con estas pacientes es siempre en colaboración. Será preciso llegar a acuerdos asequibles para ellas. La relación terapéutica psicológica y psiquiátrica será siempre sinérgica con cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Binge Eating as Escape From Self-Awareness, T. F. Heatherton (Harvard University) and R.
2. F. Baumeister (Case Western Reserve University). Psychological Bulletin 1991, vol.110.
3. La Vida Operatoria: Estudios psicoanalíticos, C. Smadja, 2005. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
4. Los Galeotes Voluntarios, G. Szwec, 2014. Ed ediciones, Madrid
5. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, J. Bowlby, 1979, Ediciones Morata, Madrid.
6. Attachment and Psychopathology. Edited by L. Atkinson and K. J. Zucker, 1997, The Guilford Press, New York
7. Treating Attachment Disorders, From Theory to Therapy, K.H. Brisch 2012, New York, The Guilford Press.

PENSANDO SOBRE LA CRONICIDAD EN TCA

8. Propedéutica de una Psicoterapia, Pierre-Bernard Schneider, 1980. Editorial Nau.
9. Nuevos Tratamientos de Intervención Psicológica en Trastornos de Alimentación, M. A.
10. Blanco Fernández, 2014. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: Un enfoque
11. Integral. Editorial Médica Panamericana.
12. La Teoría del Apego. Un enfoque actual, Mario Marrone, 2001. Editorial Psimática.
13. Psicología Clínica.