

ABORDAJE DE LA CONFLICTIVA ADOLESCENTE HOY

HOMENAJE A OTTO KERNBERG

1° parte

Editado por Gonzalo Morandé.
Co-editores: Carmen Bayo,
Eduardo Paolini, Victoria Garay



ABORDAJE DE LA CONFLICTIVA ADOLESCENTE HOY.

HOMENAJE A OTTO KERNBERG.

1º parte.

Editado por Gonzalo Morandé.

Co-Editores: Carmen Bayo, Eduardo Paolini y Victoria Garay.

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN.

“ABORDAJE A LA CONFLICTIVA ADOLESCENTE HOY” fue un libro de homenaje a Otto Kernberg con motivo de su visita a Madrid en Abril de 2011 para participar las Primeras Jornadas de Adolescencia organizadas por el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital del Niño Jesús y la Asociación Psicoanalítica de Madrid. Se hizo en muy poco tiempo con aportes de profesionales de Chile y España de diversas disciplinas, orientaciones y experiencias. Para esta segunda edición se ha dividido su texto en dos partes, la primera, se inicia con el abordaje clínico, encuadre y patologías del adolescente, termina con los vínculos madre hija y generacionales. La segunda parte está dedicada íntegramente a tratamientos.

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN.	2
PRIMERA PARTE.	5
1. ABORDAJE CLÍNICO. ENCUADRE INICIAL DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.	5
ENTREVISTAS CON PADRES DE ADOLESCENTES.	6
EL CONTRATO TERAPEUTICO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO. UNA ETAPA NECESARIA	9
TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS INFANTILES CON PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES	12
EL TEST DE RORCHACH COMO APROXIMACIÓN CLÍNICA.	16
ABORDAJE DEL ADOLESCENTE EN EL COLEGIO.	21
LIMITACIONES ECONÓMICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA.	24
ABORDAJE TELEFÓNICO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO.	28
2. ABORDAJE CLÍNICO DE PATOLOGÍAS DEL ADOLESCENTE	31
TRASTORNO DEL ÁNIMO BIPOLAR. TRATAMIENTO PSICO-FARMACOLÓGICO: UN CASO DE PSICOSIS INFANTO-JUVENIL.	32
SECUELAS DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN ADOLESCENTE. VALORACIÓN PSICONEUROLÓGICA.....	37
TRASTORNO DE CONDUCTA. ADOLESCENTE DE RIESGO.	42
ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DE UN CASO CLÍNICO.	42
CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.	47
CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES: UNA INTERVENCIÓN PSICOANALITICAMENTE INFORMADA.....	52
UN CASO DEL ESPECTRO AUTISTA Y DEPRESIÓN.....	57
CONFLICTO EN EL ADOLESCENTE, CONFLICTO EN EL SISTEMA.....	57
TRASTORNO AFECTIVO COMO LIMITANTE AL CAMBIO EN UN PACIENTE OBESO.	61
ABORDAJE DE ADOLESCENTE NARCISISTA POR UN TERAPEUTA JOVEN.	64
UN CASO DE OBSESIVIDAD Y ANOREXIA GEMELAR. ¿HOMOSEXUALIDAD?	67
¿TRASTORNO ALIMENTARIO INDUCIDO? ¿TCA BY PROXY?.....	71
SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	74
UN CASO DE FIBROSIS QUÍSTICA CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE PULMÓN.	79
3. ABORDAJE DEL EMBARAZO Y MATERNAJE ADOLESCENTE.	84
EMBARAZO Y MATERNAJE EN UNA ADOLESCENTE QUE SUFRE UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN.....	85
“EL EMBARAZO EN UNA ADOLESCENTE CON UN TCA”	89

EMBARAZO ADOLESCENTE: ¿SE PUEDE VENCER LA ESTADÍSTICA?.....	93
VÍNCULOS MADRE-HIJAS EN ADOLESCENTES Y TRASMISIÓN TRIGENERACIONAL.-	97
LA ADOLESCENCIA: UN PERÍODO CRÍTICO PARA LOS VÍNCULOS MADRE-HIJAS..	98
TRANSMISION DE VINCULO TRIGENERACIONAL. A PROPOSITO DE UN CASO....	104

PRIMERA PARTE.

1. ABORDAJE CLÍNICO. ENCUADRE INICIAL DEL PACIENTE Y SU FAMILIA.

Nota de los Editores.

En el capítulo inicial, Ana Rivera, considera e integra a los padres como partícipes en un segundo plano de la psicoterapia del adolescente. Permite el encuadre familiar y asegura la permanencia. Un foco diferente de intervención que con frecuencia lleva el psiquiatra referente.

La fase contractual de la psicoterapia es condición indispensable para el desarrollo del proceso terapéutico. En ella se negocian los aspectos cognitivos e interpersonales a trabajar. (Almudena González).

El uso de técnicas terapéuticas infantiles es conveniente en primera adolescencia y especialmente en cuadros de expresión psicósomática. (Catalina Anta) El dibujo y el cuento como antecedente de la terapia verbal. El test de Rorschach puede ser otro instrumento diagnóstico de inicio del tratamiento (Blanca Díaz) La escuela es un sistema de salud, como la familia y los servicios sanitarios. Un escenario estructurado (Consuelo Tonkin) donde se pueden detectar e intervenir sobre el malestar psicológico. Las limitaciones económicas y logísticas son una dificultad añadida en el tratamiento de enfermedades complejas que requieren servicios especializados en ocasiones lejanos y costosos. El ejemplo de la paciente anoréxica que trae Ana M. Villarroel es ilustrativo.

ENTREVISTAS CON PADRES DE ADOLESCENTES.

Ana Rivera Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta.

“La adolescencia es un movimiento pleno de fuerza, de promesas de vida, de expansión y que no hay adolescente sin problemas, sin sufrimientos; éste es quizás el período más doloroso de la vida. “F. Doltó.

La adolescencia, periodo turbulento por excelencia, va a cuestionar e interpelar a los padres del adolescente, que a su vez, deben transitar por complejas elaboraciones psíquicas, sus propias adolescencias se van a ver reactivadas al mismo tiempo que presencian el envejecimiento y/o la muerte de sus propios padres.

¿Cuántas entrevistas con los padres? ¿Verles antes o después del adolescente? ¿Qué hacer si los padres están divorciados, atenderles juntos o por separado? Surgen un montón de interrogantes frente a los que considero que no hay una respuesta generalizable a todos los casos. Tenemos que estar muy atentos y tratar de adaptarnos a lo que demanda esa situación concreta.

Por regla general, prefiero recibirles conjuntamente los primeros minutos de la primera entrevista para quedarme luego con el adolescente. Citando luego por separado a los padres y al adolescente. Al adolescente le comunico desde el principio el secreto de confidencialidad y que si, en algún momento, a lo largo del tratamiento me pongo en contacto con los padres, él será informado previamente, de igual manera, si los padres llamasen él sería informado.

A lo largo de las entrevistas vamos a tratar de entender la historia y dinámica familiar y el lugar que ocupa el adolescente y la sintomatología en ella.

Ante determinadas preguntas los padres pueden sentirse incómodos o juzgados será tarea del terapeuta tratar de crear el clima más adecuado. Hacerles sentir partícipes activos, les ayuda a salir de la desesperanza, de la culpa y de la rabia frente a una situación que sienten que les desborda.

Cuando unos padres consultan por un hijo, debemos escuchar también el narcisismo herido de estos padres, la herida que para ellos supone la presencia de un hijo enfermo. En mi experiencia, me he encontrado en numerosas ocasiones

con duelos no elaborados en uno o dos miembros de la pareja parental. Es necesario valorar la pertinencia de indicarles una psicoterapia personal.

A muchos padres les cuesta distinguir entre síntomas y las conductas propias de un adolescente en su lucha por diferenciarse, ser él mismo y crecer. Proporcionar información sobre la adolescencia, sus características y las transformaciones psíquicas ayuda a una mejor comprensión. Se trataría de dar un lugar a los padres como grupo de apoyo. De ese modo, prevenir retiradas cuando el cambio producido pueda provocar alteraciones en el funcionamiento familiar

A veces, el trabajo previo con los padres es condición para que el adolescente llegue la consulta. Recibo una llamada de una madre muy angustiada frente a los síntomas alimentarios de su hija, la adolescente está muy reacia a acudir a ningún tratamiento y ella se encuentra desesperada y sin saber qué hacer.

Carlota es hija única, adoptada, la madre se había quedado viuda unos años antes de adoptar a la niña. Después de unas entrevistas con la madre planteo tener entrevistas periódicas con ella. El objetivo era ayudar a la madre a colocarse en otro lugar para favorecer que la demanda de la adolescente se produjera en algún momento, al mismo tiempo se trataba de seguir a través de la madre la evolución de la chica y en caso de empeoramiento poder tomar las medidas oportunas.

Tras varios meses trabajando con la madre, C. hace una petición de ayuda y pide poder hablar con alguien. Inicia un tratamiento psicoterapéutico de dos sesiones semanales, que se prolongó a lo largo de una serie de años, con un resultado satisfactorio.

“El desprendimiento de los padres es una de las tareas más dolorosas que tiene que enfrentar el ser humano.” S Freud

El desprendimiento de los hijos también implica un tránsito doloroso. Se inicia desde el mismo momento del nacimiento, aceptando que esa personita que acaba de llegar al mundo no es una prolongación de uno mismo, sino un ser individual, diferente y único

En la medida en que el adolescente evoluciona en su proceso terapéutico, en ocasiones, nos encontramos con padres con muchas dificultades en aceptar la separación y el cuestionamiento necesario del que son objeto por parte de su hijo/a adolescente.

Ayudarles en el proceso de separación que supone la adolescencia, aceptar al hijo que tienen con sus limitaciones y potenciales, hacer el duelo por el niño perdido y por el hijo ideal soñado, todo este trabajo se impone a los padres del adolescente.

Referencias.

-Dolto F. 1988 La causa de los adolescentes (1988)

-Aberastury A y Knobel M. 1998 “La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico”.

-Freud, S. 1905 “Metamorfosis de la pubertad”. 1905

EL CONTRATO TERAPEUTICO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO. UNA ETAPA NECESARIA

Almudena González Psicólogo Clínico. UTAM Madrid.

Introducción.

En el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, con una duración media superior a los dos años, es necesario que el paciente lo inicie, desarrolle y continúe hasta terminarlo. Y que exprese claramente su compromiso y voluntad de hacerlo

Debemos centrarnos no sólo en la estrategia terapéutica sino en ver qué aspectos nos pueden ayudar para resolver actitudes, falta de compromiso y/o motivación, miedos, resistencias, etc., a la hora de iniciar su tratamiento. El contrato terapéutico sería, el acuerdo verbal establecido entre el paciente y su terapeuta por el que se establecen las bases del tratamiento y una serie de compromisos por ambas partes. Se caracteriza por ser flexible y abierto, y puede ir variando a lo largo del tratamiento, adecuándose siempre a las necesidades del paciente.

El objetivo final de esta fase contractual es buscar una actitud de colaboración, motivación y compromiso hacía el tratamiento. Invertir tiempo en trabajar estos aspectos es fundamental ya que nos puede ayudar en gran medida en las posteriores etapas del tratamiento.

Descripción del caso.

Laura de 18 años, estudiante de 2º de la ESO, la pequeña de dos hermanos más de 20 y 24 años, llega a la consulta acompañada de los padres por un problema de bulimia nerviosa, de tipo purgativo, y que ella define de la siguiente forma: “me encuentro fatal, no puedo dejar de pensar en la comida, y aunque no quiera, no puedo dejar de darme atracones y vomitar después.” Piensa que todo esto le sucede desde hace 3 años que empezó a hacer dietas con la intención de perder peso.

Una vez realizada la evaluación clínica, hay que centrar la atención en evaluar con qué actitud llega a tratamiento Laura. Más allá de su sintomatología, cómo se siente, qué piensa, qué miedos tiene....características que nos ayudaran a entenderla.

Fue ella la que pidió ayuda a los padres y quiso consultar. Pero, el hecho de que la paciente sea consciente de su problema y de querer solucionarlo, no nos asegura una posterior colaboración y asistencia constante al tratamiento, aspectos fundamentales para una buena evolución. A veces, inconscientemente, nos centramos en trabajar directamente la patología alimentaria, sin averiguar si la persona que tenemos delante quiere realmente cambiar o no. En el caso de Laura se analizaron todos los aspectos que le motivaban a iniciar y realizar el tratamiento, qué repercusiones tendría cada uno de estos cambios en su vida y se analizó realmente qué importancia tenía para ella superar el problema.

Antes de empezar cualquier tratamiento es conveniente ofrecer información personalizada. Una paciente bien informada, puede estar más preparada y motivada a colaborar. Laura se sentía tremendamente avergonzada con sus crisis bulímicas, y tendía a negar la importancia y gravedad de su situación, por lo que antes de nada, fue necesario explicarle en qué consistía la enfermedad y sus consecuencias; y de esta forma tratar de desculpabilizarla y que entendiera qué le estaba pasando. Hasta que no se corrigió esto, no fue capaz de hablar claro de la frecuencia e intensidad que tenía. Aspectos claves para poder valorar la situación en la que se encontraba, establecer una línea base y ver la repercusión de la enfermedad en su vida, y poder establecer unos objetivos de tratamiento claros, y realistas.

No podemos centrarnos ni empeñarnos en un programa de tratamiento establecido, sino siempre adaptado a la paciente. Laura tuvo que establecer y definir cada uno de estos objetivos, que hizo que fuera tomando un papel activo en el tratamiento y poco a poco se fuera implicando. Para llegar a este punto, fue necesario crear un clima de empatía en el que Laura se sintiera relajada, comprendida, y por supuesto, nunca juzgada por su comportamiento. Sin confianza no puede existir cooperación. No podemos exigir una colaboración en el tratamiento si antes no hemos conseguido una actitud de confianza con la paciente.

Su impaciencia, muy característico en estas pacientes, por conseguir resultados inmediatos, hizo que en varias ocasiones se planteara abandonar el tratamiento. Es muy importante explicar desde el principio, el tiempo necesario de tratamiento (una media de 2-4 años) para evitar, como en el caso de nuestra paciente, falsas expectativas. Es importante también explicarle la posibilidad de recaídas con la

intención de que pudiera entender la evolución de la enfermedad, y no lo interpretara como fracasos personales, que le pudieran llevar a abandonar el tratamiento.

Laura tenía claro que quería curarse, pero estaba llena de miedos que la bloqueaban en muchas ocasiones a seguir adelante, (uno de los miedos más intensos que tenía, era dejar de vomitar y empezar a engordar), por lo que fue necesario una vez más trabajarlos para que se pudiera desprender de ellos y trabajar la sintomatología sin tanta interferencia.

Una vez trabajado todos estos aspectos, Laura, estaba preparada para empezar su tratamiento. Este trabajo tuvo una duración de 5 sesiones, además de las dos primeras de evaluación y devolución de información.

Conclusión.

El contrato terapéutico, la fase contractual, puede ser una buena herramienta terapéutica al posibilitar la confianza y el compromiso del paciente con su propia recuperación. La inversión en tiempo y esfuerzo supone un incremento de las posibilidades de adherencia al tratamiento y de recuperación del paciente.

TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS INFANTILES CON PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES

Catalina Anta. Psicóloga Clínica. Madrid.

Presento el trabajo psicoterapéutico llevado a cabo con adolescentes que tienen determinados rasgos comunes. Son niñas (de 10 a 13 años) . con fallos en el proceso de separación-individuación, con miedo a asumir los duelos propios de la edad (cuerpo, madre, sexualidad), que hacen un desarrollo “como si”.

Este proceso se quiebra en el inicio de la adolescencia, emergiendo una niña nueva, desconocida para los padres y para ella misma. Son niñas que hacen un crecimiento en falso, que están deseando crecer pero que no saben cómo hacerlo. Se trata de pacientes con escasa conciencia de enfermedad y que no tienen clara la necesidad de tratamiento.

Son niñas con una gran desconfianza, con rasgos obsesivos severos que no saben expresar verbalmente que es lo que les está pasando pero parecen pedirnos que contengamos su miedo a enloquecer.

Contener, sí pero ¿cómo?, ¿cómo encontrar un espacio común con estas pacientes? Como terapeuta infantil, siempre he utilizado con estas pacientes técnicas propias de la psicología infantil: el juego, el uso del relato, el dibujo, las expresiones faciales, etc.

Winnicott en Realidad y Juego nos dice que la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntos. La labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente de un estadio en que no juega, a otro en que sí es posible hacerlo.

De la psicología del bebé también hemos aprendido cómo las conductas faciales, los indicios motores, nos sirven de guía para ver la receptividad, la capacidad de absorber información y responder a ella. D. Stern describe como juegos en los que el adulto y el bebé aprenden a ajustarse el uno al otro, como un mutuo arrastre que permite que se vaya controlando la intensificación, el mantenimiento o la amortiguación del nivel de diálogo.

En muchas ocasiones, así hemos iniciado el proceso de tratamiento psicoterapéutico intentando a través de este diálogo, descrito por Stern para los bebés, hacer visible lo que nos traen las jóvenes pacientes a consulta a través de sus gestos, su postura física, etc. Se abre así un canal de comunicación libre donde se puede ir entendiéndolas y descubriendo los estados afectivos que tratan de transmitir.

El uso del relato y de los dibujos es otra técnica que hemos utilizado con este tipo de pacientes. Laurie Brant describe que si bien los cuentos son utilizados, en general, por los niños en un intento de lograr una integración mayor y de solucionar los muchos conflictos que entraña su desarrollo, parece probable que pudieran servir a fines paralelos en otras épocas en que se activan crisis similares. El trabajo con dibujos es otra de las técnicas utilizadas en psicoterapia de niños y adolescentes ayudándonos a conocer el modo peculiar de ser del sujeto en los aspectos más básicos, sus defensas predominantes y una buena parte de su funcionamiento mental.

La paciente que presento, que llamaremos María... consultó con una psiquiatra a los 11 años por dejar paulatinamente de comer. Al principio, engañaba a sus padres diciéndoles que no tenía hambre; luego, tras estar un tiempo tomando vitaminas, le dijo a su madre que, en realidad, no quería comer, que estaba gorda y que tenía miedo de que empezaran a meterse con ella en el colegio como hacían con otras compañeras de su clase.

Se le diagnosticó un TCA tipo Anorexia Nerviosa Restrictiva de gravedad media acompañado de Conductas Obsesivas graves. Se trabajó un tiempo con ella desde el punto de vista alimentario y se pautó medicación. Se le indicó tratamiento de psicoterapia individual. La psiquiatra que trataba su trastorno alimentario, se hizo cargo de la medicación y del apoyo familiar.

María, al contrario que otros pacientes que recibimos en consulta, es una niña muy verbal, casi en exceso, pero con un discurso con poco contenido, muy vacío, no dejando el menor espacio para llegar a ella; decía que hablar de ella misma le daba vergüenza.

Hemos trabajado en psicoterapia individual durante 4 años. Durante este tiempo, hemos pasado por distintas fases; al principio del tratamiento, ella negaba parcialmente su enfermedad “ya como bien y no tengo manías”. Trabajamos a través de dibujos y de historias- cuentos que relataba sobre esos dibujos. En esta primera fase, María hacía sus dibujos sobre lo que denominaba “los dibujos de las fantasías”, donde nos mostraba las distintas Marías que habitaban en ella: “la monster”, “la rara”, “la gorda”, “la bruja”, etc.

En esta fase, pese a tener un material rico para señalar o interpretar aspectos suyos, decidí esperar un tiempo bajo el supuesto que lo paranoide podría dispararse en ella y quizás dejaría de dibujar. Así que la opción por la que opté fue jugar con los distintos personajes, pidiéndole que describiera un poco más cada uno de ellos, sus miedos, sus sentimientos, intentando despertar su curiosidad por sus estados afectivos.

Intenté, en una segunda fase, que fuese ampliando cada vez más sus dibujos de forma que a veces necesitábamos varias sesiones para completarlos. Así tenía que ir recordando y retomando lo hecho en la sesión anterior, lo que ayudó a que las sesiones fuesen más cohesionadas unas con otras y ella disociase menos.

Tras un período largo, con además alguna recaída en su aspecto alimentario pero sin requerir hospitalización, pasamos a la siguiente fase donde ella pudo hablar más de sus preocupaciones; la difícil relación con su madre, lo poco cariñoso y cercano que era su padre, la relación con su hermana... siempre planteando la paciente su dificultad para expresarlo verbalmente; por lo que yo le sugería, dibújalo. A través de estos dibujos empecé a trabajar con señalamientos en el aquí y ahora intentando crear nexos de causalidad entre sus conductas y sus afectos en un contexto inter-relacional.

Finalmente, en la última fase de su tratamiento hemos podido pasar del dibujo a lo verbal, haciendo un trabajo más introspectivo intentando recuperar, como señala el Dr. Morandé, la necesaria retrospectiva en la búsqueda de ella misma y su identidad.

Hoy la Paciente ha evolucionado positivamente. Está en Seguimiento y Prevención de Recaídas, dentro de un trabajo multidisciplinar que considero imprescindible en el tratamiento de estas pacientes.

Como conclusión, hay que resaltar que en pacientes adolescentes o preadolescentes con oposición activa o pasiva al tratamiento y sin conciencia de enfermedad, el uso de estas técnicas puede ayudar a superar las resistencias iniciales, servir de contención a las pacientes y posibilitar su desarrollo y acceso a la simbolización

Referencias.

- Kestenberg, E., Kestenberg, J., Decobert, S. (1976). El Hambre y el Cuerpo.
- Aberastury A y Knobel M. “La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico”. 1998.
- Winnicott D. “Realidad y Juego” 1971.
- Kestenberg, E., Kestenberg, J., Decobert, S. (1976). El Hambre y el Cuerpo. .
- Stern, D. (1987). El mundo interpersonal del lactante.

EL TEST DE RORCHACH COMO APROXIMACIÓN CLÍNICA.

Blanca Díaz Guevara Psicóloga Clínica.

Por cuestiones prácticas me gustaría reseñar que este trabajo es un conjunto de observaciones extraídas de la casuística, mi joven casuística, comentadas entre amigos.

He recogido 20 protocolos de Rorschach que he aplicado durante los últimos 5 años a pacientes en tratamiento en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HNJ en adelante). Las edades de la muestra escogida están comprendidas entre los 14 y 19 años. Sexo femenino. Todas diagnosticadas con trastorno de la conducta alimentaria, en concreto 16 Anorexias nerviosas de tipo restrictivo, y 4 de tipo purgativo. Es importante señalar que las pacientes están en distintas fases de la enfermedad. Lo que va a explicar por qué algunas de ellas tienen síntomas tan activos de la patología oral y otras no, debido a la evolución de la enfermedad y el efecto terapéutico de su tratamiento. Ninguna de ellas se encontraba en ingreso hospitalario en el momento de aplicación de la prueba, todas bajo tratamiento ambulatorio (módulo grupal y módulo de seguimiento del HNJ).

Lo primero que me ha llamado la atención es la reacción ante la prueba. Comparada con sujetos adultos, a los que el material abstracto y desestructurado les suele desconcertar y producir bastante ansiedad, las adolescentes normalmente muestran una actitud mucho más abierta y relajada, casi lo ven como un juego, lo cual favorece la proyección de contenidos en las diversas láminas y reduce significativamente el número de censuras.

El rendimiento en la prueba en 13 de las 20 pacientes es muy superior a la media. Josep Toro nos cuenta que en las chicas con anorexia “el perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y por consiguiente del comportamiento. Por regla general la dedicación al estudio es superior a la normal”. La idea clásica que tenemos de la joven anoréxica inteligente y estudiosa se pone de manifiesto en la prueba de Rorschach. Toro 96

El índice que mide el contacto con la realidad se encuentra conservado en su totalidad en la mitad de las pacientes. Es decir, la otra mitad, manifiesta cierta

desvinculación, no psicótica, pero que influye en la interpretación que hace del mundo que le rodea. Se encuentran perfectamente adaptadas cognitivamente, pero no afectivamente, lo que se traduce en distorsiones e incluso en fabulaciones. Si hablamos de distorsión y anorexia rápidamente se nos viene a la mente uno de los criterios diagnósticos de esta enfermedad: la alteración de la percepción del peso o distorsión de la imagen corporal. El Doctor Gonzalo Morandé dice: “la insatisfacción corporal es normativa en la adolescencia, no así la distorsión”. Morandé.

La mitad de los protocolos estudiados presenta un tipo de respuesta característica que indica tendencias a la ocultación y el disimulo. El Rorschach no nos dicen que esconden estas pacientes, pero sí que nos mienten.

Estas chicas tienen muchísima ansiedad. Quienes mejor lo saben son sus psiquiatras, que las medican, no obstante aún con medicación esas respuestas que manifiestan ansiedad aparecen en la prueba. Es más, aparece muy frecuentemente, un mecanismo que indica que hay niveles altos de ansiedad y aunque el sujeto es consciente del conflicto generador de angustia, no es capaz de superarlo. Es decir, nos vamos a encontrar muchas veces pacientes que creen tener los conflictos muy elaborados, superados, creen ser maduras, pero no es cierto.

Más de la mitad de estas pacientes dan respuestas que indican un entramado fóbico en su patología. Miedo. Algunas de ellas (casi todas) hablan del miedo a engordar, otras son capaces de verbalizar que tienen miedo a hacerse mayores, miedo a quedarse solas, a que las dejen de querer. Miedo. Algunas de ellas proyectan sentimientos fóbicos más desplazados y elaborados, por lo que sólo inciden momentáneamente en determinadas vivencias.

15 de las pacientes presentan elementos que indican un estancamiento evolutivo a lo largo del proceso vital. Son las respuestas que conocemos como “orales”. Existen 4 tipos de respuestas que caracterizan la patología oral: regresivas, propias de aquellas personas que necesitan o buscan sistemáticamente figuras protectoras; oralidad descompensada patológicamente, aparecen cuando existe un conflicto en la actualidad psíquica o físicamente patológico; oralidad encubierta, las respuestas de este tipo aparecen disimuladas, en un segundo plano, son propias de las pacientes con años de evolución, en las que en su vida cotidiana el conflicto oral

permanece en un segundo plano, pero si se desequilibra puede haber una recaída; oralidad descompensada patológicamente con agresividad sobreañadida, sólo hay una paciente de la muestra descrita que presenta elementos de este tipo.

El último fenómeno que me gustaría señalar, que se da en prácticamente todas las pacientes de esta muestra es la existencia de conflictos en el área de la sexualidad. Algunos de los protocolos sólo nos informan de que hay conflictos (área a investigar), pero en otros casos nos detallan que o bien no hay buena identificación con el propio rol sexual, o existe una situación de conflicto con el otro sexo, o bien presentan componentes regresivos que manifiestan una necesidad de afectividad materna. A los que trabajamos con estas pacientes nos resulta familiar.

Para finalizar, y a modo de conclusión podríamos decir que el Rorschach es un buen instrumento para el conocimiento del adolescente, que muchas veces no sabe o no puede verbalizar lo que le pasa. Generalizando mucho podríamos decir que nuestras pacientes son listas y trabajadoras, nos mienten, creen entender mucho más de lo que entienden, distorsionan, presentan elevada angustia, sentimientos de miedo, su tratamiento irá dirigido en una dirección u otra si la patología oral se encuentra activa o no y casi seguro habrá que explorar su sexualidad.

Caso clínico: “R”.

R es una chica de 17 años, cursa 1º de Bachillerato. Diagnóstico de ANR, ha estado ingresada en el HNJ en una ocasión y otras dos veces en Hospital de día. Medicada con Sertralina, Tepazepan y Mirtazapina. Es la mayor de tres hermanos (una chica de 14 años y un varón de 9). Antes de la aplicación del test me confiesa: “a mi hermana siempre la he tenido envidia”.

Informe de Rorschach de “R”.

La producción de respuestas es muy superior a la media, la paciente realiza la prueba con rapidez, esfuerzo volitivo y producción abundante. Manifiesta inmadurez en la elaboración de la gestalt. Tiende a distorsionar la realidad aunque no pierde el contacto con ella (conserva intacto el índice que lo mide). Presenta procesos de fabulación y confabulación que indican que tiende a transformar y fantasear yendo más allá de la realidad percibida. Aglutina la percepción, lo que se

traduce en que habrá que ayudarla a aislar bien los conflictos, tratarlos de forma individualizada ya que ella va a tender siempre a la mezcla y distorsión.

Existen componentes y vivencias de matiz obsesivo, que si bien no son suficientes para hablar de una estructura obsesiva de base, sí debemos tomarlos en cuenta.

Tiene adecuados mecanismos de defensa pero escasos. Aparecen respuestas ansiosas de matiz fóbico. La mayoría de la ansiedad no está controlada por el factor racional. Tiene angustia intensa y persistente que desborda el umbral de tolerancia del Yo, la estructura de esa ansiedad que la descompensa es depresiva. Existe en algún momento aislado un intento de racionalizar esa angustia y de entender el conflicto, pero no lo consigue. El malestar subjetivo de R es mayor de lo que clínicamente se percibe. Su afectividad es lábil, irritable e inestable.

Aparecen conflictos en la esfera de la sexualidad. Respuestas que indican no aceptación del rol femenino y un deseo por adoptar y desempeñar el masculino. Tiene una imagen muy negativa de la figura femenina, en la que proyecta frialdad y estancamiento afectivo. Al mismo tiempo presenta exaltación de la libido.

Destacan elementos que indican profunda inseguridad personal, descompensación patológica ligada a la oralidad, procesos afectivos regresivos, otros secundarios con tendencia a la ocultación y al disimulo, propios de una dificultad en la adaptación que, por el momento evolutivo en el que se encuentra no los consideramos patológicos. No hay elementos que hagan pensar en una descompensación psicótica.

Se trata de un cuadro mixto, con estructura fundamentalmente fóbica con componentes obsesivos, oralidad activa y elementos depresivos asociados.

Por cuestiones prácticas y metodológicas, y sobre todo por el objetivo del presente libro me gustaría reseñar que no es una investigación científica. Se parece más a un conjunto de conclusiones extraídas de la casuística, mi joven casuística, comentadas entre amigos. Y de esta forma me gustaría que se entendiera.

Para la elaboración del presente texto he seguido a la escuela centroeuropea de E. Bohm. Consideramos muy valiosa la información obtenida a través de esta

evaluación tanto a nivel inicial, cuando elaboramos el diagnóstico de un paciente, como en el curso del tratamiento para evaluar su evolución, por lo que es una técnica útil para el conocimiento y pronóstico de nuestros adolescentes en conflicto.

Referencias.

(Toro, J. 1996. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona. Ariel Ciencia).

ABORDAJE DEL ADOLESCENTE EN EL COLEGIO.

Consuelo Tonkin. Psicóloga Escolar. Santiago de Chile.

EL CASO DE CATALINA

Catalina es una adolescente de 14 años, cursa 8° básico en un colegio alemán, religioso y sólo de niñas.

En el mismo colegio está su hermana que es un año mayor que ella, la cual es estudiosa, amistosa, sociable y no presenta problemas de disciplina. La madre de estas niñas es profesora de Filosofía en el mismo lugar y además muy cercana a las religiosas que dirigen el establecimiento. Actualmente tiene un cargo de coordinadora en la dirección del colegio.

Catalina desde pequeña se ha caracterizado por ser revoltosa, inquieta, movediza, “dice lo que se le viene a la cabeza”, impulsiva en su actuar. A medida que ha ido creciendo estas conductas han aumentado, “es el payaso del curso”, interrumpe la clase con bromas, se para y camina por la sala distrayendo a sus compañeras. Por supuesto que esta forma de actuar le ha traído múltiples problemas con sus profesoras siendo anotada en el libro de clases, sacada de la sala, citada a castigo en las tardes en reiteradas ocasiones, etc. Sus compañeras también se han hartado de ella y sus bromas fuera de lugar, por lo que la han aislado. Actualmente Catalina no tiene amigas en su curso, las niñas con que se junta son de otro colegio.

Al terminar el año 2009, la dirección del colegio determinó que Catalina debía firmar una “carta de compromiso”, medida anterior a la condicionalidad. En esta carta la alumna debía comprometerse a no interrumpir las clases, no hacer bromas en éstas y subir su promedio de notas.

Al terminar el año escolar 2010, se revisó su caso. Catalina durante el año había completado 3 páginas de anotaciones en el libro por faltas de responsabilidad e indisciplina, y además había bajado su promedio con respecto al año anterior. Es decir, no solo no había cumplido su compromiso, sino además había empeorado su situación.

El Consejo de Dirección del colegio decidió que Catalina quedaba condicional, es decir, si no cumple una serie de requisitos será expulsada del colegio.

Después de las vacaciones de invierno, la profesora jefe del curso, solicita el apoyo de la psicóloga del nivel para enfrentar el caso. Yo como profesional tuve tres entrevistas con Catalina a lo largo del semestre.

A la primera llegó de mal humor y sin mucha disposición, ya que se sentía obligada a estar en mi oficina y ella no quería. Mi objetivo fue lograr establecer algún vínculo con ella y explorar su historia familiar y escolar. En cuanto a lo primero no fue difícil de lograr, ya que me planteó que se sentía mal, triste, sola, que nadie la entendía y que necesitaba conversar con alguien. Me contó que no tenía amigas y eso la apenaba mucho. Reconoció que su conducta apuntaba a llamar la atención de los demás, pero no estaba de acuerdo con tanto castigo, lo que se repetía en su casa también. En esa oportunidad le reflejé lo que provocaba en los demás, hice algunas interpretaciones de las ganancias secundarias que obtenía con su comportamiento y logré que tomara conciencia de aquello. Vimos algunas formas de lograr la atención en forma positiva. Quedamos de reunirnos más adelante para que me contara como le iba.

En la segunda entrevista hablamos de su familia. Me habló de la inconsistencia en la forma de educar de sus padres y de la falta de acuerdo entre ambos. A la madre la describió como muy rígida, castigadora, poco presente. El padre era “relajado”, el simpático, juguetón y el que siempre daba los permisos.

Catalina no había obtenido mucho cambio en su conducta y las notas seguían bajas porque no quería estudiar. La tercera entrevista fue para confrontarla con su situación de condicionalidad y plantearle la necesidad de un apoyo terapéutico, a lo cual accedió.

Hablé con los padres y les sugerí lo mismo. Les planteé a los padres que Catalina tenía serias dificultades para respetar la autoridad y que esto le estaba trayendo costos altos, tanto con la autoridad del colegio como con sus pares. Analizamos en conjunto el sistema de educación que usaban y reconocieron sin problemas sus desacuerdos y desautorizaciones. La madre reconoció su falta de presencia en la casa por exceso de trabajo y lo poco contenedora que ha sido con su hija. Los

padres estuvieron de acuerdo y comenzaron una evaluación psicológica de Catalina en diciembre, pero están conscientes de que ellos también tienen que tener cambios.

LIMITACIONES ECONÓMICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

Ana María Villarroel. Psicóloga Clínica. Santiago de Chile.

“En estos locos internos, renunciamos a lo que somos por lo que esperamos ser”.

William Shakespeare

Valeria (el nombre ha sido cambiado para guardar anonimato) llegó a mi consulta con 12 años, un IMC que no alcanzaba los 14 y un deseo obsesivo de seguir bajando de peso. Llevaba tres meses sin comer y había sobrevivido gracias a que la madre le daba uno o dos batidos diarios haciéndole creer que era un protector intestinal para sus fuertes dolores de estómago. Residentes de una ciudad del sur de Chile, su familia estaba constituida por la madre (Ingeniera que trabajaba en el sistema público), la abuela materna (dueña de casa) y el tío que llevaba un largo tiempo estudiando en la capital del país.

El padre, divorciado de la madre y con una nueva familia, era una figura prácticamente ausente, que vivía en la zona más austral del país y que no disponía de medios ni de intenciones para aportar en la manutención de Valeria, quien no le respetaba en absoluto. La Anorexia había empezado hacía casi un año, pero la familia tardó mucho en darse cuenta de la gravedad de la sintomatología. Como en muchos casos, comenzó con la supresión paulatina de ciertos alimentos de mayor aportación calórica, como las materias grasas, para luego pasar a la eliminación casi completa de alimentos feculentos y azucarados, siguiendo por las proteínas, los lácteos, y pasando algunos meses comiendo únicamente algunas verduras y frutas.

La familia intentaba luchar contra su restricción, sin embargo eran fácilmente manipulados por Valeria y las soluciones intentadas terminaban fomentando aún más la enfermedad. Como en muchas familias monoparentales, y en las cuales la crianza está en manos de una abuela, a Valeria nunca se le pusieron límites claros, y desde muy pequeña aprendió a manipular y tener el poder. Mientras menos comía la niña, más atención se le ponía, lo que potenciaba la restricción de la hija, alimentando irremediamente el círculo vicioso de la complementariedad patológica. La niña seguía rindiendo brillantemente en la escuela y mantenía una vida aparentemente normal, lo que, como es habitual, tranquilizaba a la familia y

los mantenía ciegos a la gravedad de su trastorno. La baja de peso se hizo más notoria al llegar el verano, y entonces la llevaron por primera vez a una nutricionista, por desgracia poco experimentada, y quien también fue manipulada por Valeria. Lejos de derivarla a algún especialista de la salud mental, sugirió algunas pautas alimentarias que obviamente Valeria rechazó. Los meses siguieron pasando hasta que la niña comenzó con fuertes mareos y desmayos. Pese a que nunca se le quitaba los ojos de encima, los vómitos iban en aumento, en los lugares más insospechados y de modos tremendamente creativos. La desnutrición ya era riesgosa y por fin la llevaron al Pediatra y al Psiquiatra, quienes decidieron internarla en el hospital de la ciudad. Como no quería comer se le puso una sonda naso-gástrica, que Valeria se sacaba una y otra vez, hasta que, sin ningún reparo, los médicos decidieron amarrarla, pudiendo alimentarla hasta que obtuvo el peso mínimo. Entonces la dieron de alta y Valeria comenzó un tratamiento ambulatorio con un equipo de salud mental no especializado en la psicopatología, ya que no pudieron encontrar expertos en trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la región.

Después de un mes de tratamiento, Valeria nuevamente se encontraba riesgosamente desnutrida producto del ayuno constante en el que había caído rápidamente, a pesar de las constantes amenazas de una nueva internación. Durante este tiempo, la madre estuvo buscando especialistas en el tema, la mayoría de los cuales se encontraban en la capital. Dada la ineficacia del tratamiento probado, la madre contactó con nuestro centro y la trajo a Santiago. En la primera entrevista observamos la gravedad del caso y la internamos de inmediato en una clínica psiquiátrica de mujeres, en donde acudí a visitarla varias veces a la semana, realizando un tratamiento cognitivo conductual, en conjunto con las visitas de la Psiquiatra, así como del cuidado constante de la Nutricionista de planta de la clínica. Su madre tuvo que regresar al sur a trabajar y la abuela se quedó en Santiago para visitar a la niña. Esto impidió realizar un trabajo familiar, tan crucial en casos como estos. Prontamente detecté un trastorno de personalidad en desarrollo del tipo narcisista, además de marcados rasgos obsesivos, sobre control de impulsos, rigidez, perfeccionismo y dependencia, todos los cuales se encuentran habitualmente en pacientes de este tipo (Behar, 2010).

Tras 2 meses de internación, el dinero del crédito solicitado por la familia se acabó y nos vimos obligados a darle el “alta económica”. Durante la internación la

paciente logró una buena renutrición, pero mi labor no pudo sino quedar en un simple acompañamiento a esta renutrición, y Valeria tuvo que marchar a su ciudad natal cuando recién podíamos comenzar un trabajo psicológico más profundo.

En Chile carecemos de programas públicos que apoyen el tratamiento de este tipo de psicopatologías. Tampoco contamos con clínicas especializadas en donde se trate exclusivamente a pacientes con TCA. Ni siquiera tenemos hospitales de día especializados en los cuales se aborde la psicopatología desde todos los frentes necesarios y con todas las técnicas que han probado efectividad. Tan sólo existen unos pocos centros especializados como el nuestro, en donde los pacientes acuden de manera ambulatoria para visitarse semanal o bisemanalmente con Psicólogo, Psiquiatra, Nutricionista, Terapeuta Familiar y para participar en alguna terapia grupal o grupo de autoayuda, y con suerte alguna terapia corporal, todo lo cual, por supuesto, dependerá del presupuesto de la familia del paciente y no de las necesidades de su enfermedad.

Dentro de las condiciones de alta, la familia se comprometió a traer a Valeria quincenalmente para ser visitada por nosotros, así como acordamos sesiones psicológicas bisemanales por videoconferencia. De momento hemos realizado algunas sesiones por internet, pero la familia no ha contado con el presupuesto necesario para viajar a Santiago a visitarnos.

Después de tres semanas del alta, Valeria comenzó nuevamente a manipular las porciones y saltarse comidas. Dada su tremenda adhesión a la enfermedad, veo muy complicada su recuperación en este país. Los meses han pasado y cada vez tenemos menos noticias de Valeria y su familia. Sabemos que cada mes está más delgada y que ha sido internada repetidas veces en el hospital de la zona para ser renutrida. Por nuestra parte hemos acudido a distintas instituciones con el fin de solicitar financiamiento para enviarla a un tratamiento especializado en España, pero de momento no hemos conseguido ninguna ayuda. Esa es la lucha que como psicóloga especialista en esta psicopatología me ha tocado vivir con varias pacientes sin grandes recursos económicos, que, con el pasar de los años van hundiéndose cada vez en las frías profundidades de esta ingrata enfermedad. No pierdo las esperanzas de encontrar la ayuda necesaria para que Valeria pueda viajar a tratarse en un lugar apropiado.

Referencias:

Behar, R. (2010). Trastornos alimentarios. Clínica y Epidemiología. En Trastornos de la Conducta Alimentaria, II Ed. (R. Behar, G. Figueroa, Eds.). Santiago: Editorial Mediterráneo.

ABORDAJE TELEFÓNICO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO.

Francisca Rodríguez Psiquiatra y Psicoterapeuta.

¿Sí? Dígame...

_"La llamo para pedirle cita para mi hija que está en tratamiento con el Dr. y que me dio su nombre. El Dr. la está medicando y ha pensado en una psicoterapia: Yo quería ver cuando "nos" podría dar cita. Mi hija está con bulimia y muy deprimida, estamos muy preocupados porque hay antecedentes en la familia. Quería ver qué horas y días tiene para ir... "

Todo ello me llegaba como un chorro de palabras de acento extranjero, con un tono firme, ligeramente autoritario y apremiante. Continuó un rato más hablando, dando información e intentando saber ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde?.. Iba a acordar la cita. En ese momento pregunté con suavidad "¿Qué edad tiene su hija?"-_"17 años"-_"¿Está ella ahí?"-_"Si"-_"¿Podría ponerse un momento para hablar con ella y ver qué días y que horas le vendrían bien?"

Noté sorpresa...un silencio...y luego pasó el teléfono a su hija. Una voz lenta y apagada contestó: "¿Si?... Soy Sara".

Pudimos hablar y acordar la primera entrevista. Desde ese momento tuve la impresión de que mi movimiento había sido crucial para el tratamiento. Esto ocurrió hace más de 16 años, al principio de mi experiencia en psicoterapia y psicoanálisis con adolescentes, y quedó fuertemente grabado en mi memoria, con el convencimiento (por lo que sucedió después) de que en este 1er contacto telefónico se jugó la posibilidad de tratamiento.

Mi respuesta, en aquel momento más bien intuitiva, tiene sus raíces en conceptos tales como "abordaje", "alianza terapéutica", "trasferencia (T) y contra-trasferencia (Ct)", "identificación proyectiva (IP)"y "encuentro" (P. Aulagnier).

Cuando recibí la llamada:

1 - Yo no tenía una idea preconcebida, ni de lo que había que hacer, ni de la paciente, ni de la madre, ni de los vínculos.

2 - Sentí la necesidad de hablar con la paciente ¿Dónde estaba? La escucha de la madre produjo en mí un impacto que hace pensar en la potencia de la identificación proyectiva y su función comunicativa. Generó en mí, una “actitud protectora del encuadre” y una posible Ct concordante (en identificación con la paciente) sintiendo una madre “que lo llenaba todo”. Pienso también que hizo posible la identificación de la paciente con una función analítica (analista), que puede poner límites a esa fusión, con-fusión, del “nos” materno-filial.

Marcar el encuadre, para proteger el tratamiento, su posibilidad, era:

Abrir un espacio para la paciente. Un espacio suyo. Diferente del espacio familiar y de los padres, sobre todo la madre (separación).

Inaugurar un discurso propio: “Soy Sara”, necesito.., me pasa.., deseo..(Individuación)

Marcar la diferencia entre” ser llevada” y “venir”. (Autonomía)

La Ct que empezó a formarse a los pocos segundos de iniciarse la primera llamada telefónica y que generó mi intervención (¿terapéutica?) permitió abrir el espacio para que se pudiera establecer una transferencia, T positiva pues daba la posibilidad de separarse y diferenciarse de una madre vivida ambivalentemente como intrusiva y sobreprotectora.

Esta intuición-intervención, pude pensarla tras colgar. No sabía que destino tendría. Si había “escuchado” bien a ambas y el conflicto fundamental era la individuación-separación hija-madre, con una identificación melancólica (supe más tarde que los antecedentes familiares apuntaban a una PMD y el tratamiento farmacológico era con Litio); el darle ese espacio “virtual” a la paciente (poder pensarla en presencia de la madre), había sido crucial. Si me había precipitado o escuchado mal, podía haber supuesto el fracaso del tratamiento o su abandono aún antes de empezar.... Acudió a la cita.

Se produjo un encuentro, un nuevo encuentro, en el que sujeto y objeto tenían la posibilidad de jugar sus respectivos roles fuera de identificaciones petrificadas y alienantes. Como dice P. Aulagnier (1994)”...Encuentra unos identificados de él, de los otros, de la realidad, diferentes, móviles”.

Hubo que esperar largo tiempo hasta que esta primera hipótesis quedase confirmada por los materiales aportados por la paciente y, casi al final, por la propia paciente, que pudo poner en palabras lo importante que fue para ella el hablar por sí misma y no a través de su madre, de lo que le pasaba. Sara sentía

desesperanza en la encrucijada adolescente. “Ni contigo, ni sin ti”. No podía vivir con ella (pegada a la madre) sin poder ser ella misma. Pero tampoco podía vivir sin ella, porque separarse (con toda la rabia que sentía) era destruirla.

Creo que ese primer movimiento (enactment) hizo posible que se iniciara un proceso terapéutico que siguió durante varios años hasta su conclusión.

Años después de finalizado el tratamiento coincidimos en una exposición. Yo no la había visto. En aquel momento ella se acercó y me habló.

2. ABORDAJE CLÍNICO DE PATOLOGÍAS DEL ADOLESCENTE

Nota de los Editores.

Formas de estudio diferentes de las patologías del adolescente. Desde el análisis psicopatológico del caso clínico y la evaluación psiconeurológica y una mirada sobre tratamiento farmacológico en psiquiatría infantil, se continúa con la aproximación epidemiológica o psicoanalíticamente informada para terminar con la exploración médica actual.

En este capítulo los autores nos presentan niños y adolescentes con diversos cuadros clínicos y abordajes. De difícil o discutible diagnóstico como el de Alejandra García “Espectro Autista y Depresión o la paciente de José Casas con “Fatiga crónica” Síndromes psicóticos de inicio en la infancia que se expresan en la adolescencia Virginia Boehme, Chico con secuelas de TEC que viene a valoración psiconeurológica o una paciente con fibromialgia que debe ser trasplantada de pulmón.(Concha Fournier y Beatriz Sanz).

Las conductas de riesgo adolescente se presentan desde varios abordajes, los actos suicidas en una reflexión de Marcela Larraguibel, el abuso de alcohol y drogas desarrollado por Ramón Florenzano , la conducta disruptiva estudiada por Begoña Sagasti , el fracaso escolar, la insatisfacción corporal en los casos de Loreto Aldunate y Bárbara Graf y desorientación sexual que sugiere Eva Dacruz.

TRASTORNO DEL ÁNIMO BIPOLAR. TRATAMIENTO PSICO-FARMACOLÓGICO: UN CASO DE PSICOSIS INFANTO-JUVENIL.

Virginia Boehme Psiquiatra Infanto-Juvenil. Santiago de Chile.

Introducción.

La experiencia clínica nos indica cada vez con mayor énfasis la existencia de un incremento de cuadros clínicos severos en niños y adolescentes resistentes a tratamientos habituales. Esto ha llevado a los clínicos a buscar nuevas alternativas que apunten a estabilizar los aspectos neurobiológicos presentes alterados. Para ello disponemos del arsenal farmacológico, el cual es siempre más escueto en las poblaciones de menor edad, debido al proceso de maduración y a la cautela necesaria para intervenir en estas edades.

Caso clínico: CA

Joven de 18 años consulta por primera vez a la edad de 7 años, por problemas escolares: se arranca de clases, da golpes en las puertas, da vuelta bancos, patea muebles, incluso el escritorio de la directora, saca la lengua a la inspectora, acusa a un profesor de golpearlo al intentar hacer contención física: no lleva cuadernos, desatento, no sigue el curso de la clase. Los profesores observan conductas extrañas: balbucea contenidos incomprensibles y se tapa los oídos. En casa, no realiza tareas ni estudia. Temores nocturnos a ladrones, ratones y alarma. Muestra angustia severa después del nacimiento de su hermana: se peina y coloca adornos en el pelo “como si fuera niña”.

Antecedentes personales.

Perinatales: embarazo prolongado. Parto inducido y eutósico. RNT de 42 semanas AEG, 3350 grs. Apgar 9-9. Fototerapia por ictericia leve. Lactancia materna breve debido a un cuadro depresivo posparto.

Mórbidos:

A los 6 años, cirugía reconstructiva oro facial después de una caída desde un camarote. Episodio de anorexia con baja de peso al nacer el segundo hermano y enuresis reactiva transitoria al nacer la hermana menor.

Alimentación: selectivo y lento.

Sueño: Dificultad para conciliar por temores nocturnos.

Escolaridad: desde los 5 años, presenta conductas oposicionistas.

Social: Presenta episodios de agresividad y descontrol ocasional.

Antecedentes familiares: CA hijo mayor de 4 hermanos.

Padre: Rasgos narcisistas de personalidad. Es rígido en corregir modales, llegando a ser agresivo verbalmente. Madre: Relación dependiente y masoquista con el padre. Reciente diagnóstico de enfermedad bipolar.

Hermanos: varón 16 años. Insomnio crónico desde los 12 años y elementos depresivos de tipo melancólico. Niña 14 años, con rasgos obsesivos y un episodio depresivo, bipolaridad mixta desde los 13 años. Hijo menor de 11 años, presentó un episodio psicótico agitado con elementos depresivos y auto-agresivos.

Niñera maltratadora. Provocó fracturas costales a la hermana a los 3 meses.

Examen mental:

Es inadecuado y agresivo, pateo a la madre al abordar temas referentes a él. Conductas de payaseo y uso de palabras groseras: "Me llamo CA caca". El lenguaje es de estructura normal, verborrea, con contenidos variables, pero se logra comprender el discurso. Juego caótico con excesiva descarga, sin hilo conductor, con facilitación ideacional y motora. Hiperactividad, impulsividad e intolerancia a la frustración, angustia paranoídea.

Examen neurológico: inmadurez neurológica inespecífica.

Electroencefalograma, resonancia nuclear magnética cerebral y exámenes serológicos normales.

Evaluación psicológica emocional: patología de personalidad, ansiedades destructivas, desborde impulsivo, confusión en el ámbito de la discriminación entre realidad-fantasia, mundo interno poblado de objetos amenazantes.

Clínica: severa desorganización mental, desinhibición, una identidad poco lograda y angustia patológica paranoide, llegando a perder el juicio de realidad.

Hipótesis diagnóstica:

Cuadro psicótico de inicio en la infancia con buen nivel cognitivo y buen contacto.

Origen probablemente afectivo. ¿Trastorno del ánimo bipolar psicótico?

Se trataría de TAB I predominantemente maníaco, Geller 2004, una manía juvenil caracterizada por ciclos ultra rápidos, episodios de agresión crónicos, irritabilidad, labilidad emocional. Bowring & Kovacs, 1992, en la presentación clínica en niños bipolares predomina la irritabilidad, las variaciones en la energía y ánimo, las conductas erráticas y la beligerancia.

Tratamiento farmacológico realizado:

7 años: Se elige un antipsicótico de un perfil ansiolítico: thioridazina. La evolución fue satisfactoria hasta que tres meses después empeora la conducta escolar y la concentración, se agregó metilfenidato (MFD) con respuesta satisfactoria. Al año de tratamiento por primera vez depresivo: llanto, auto depreciación, auto agresión, insomnio de conciliación, juego violento que finaliza en destrucción masiva de objetos. Se agrega carbamazepina como estabilizador de ánimo, se cambia el antipsicótico a risperidona y se suspende el MFD. La madre retira el antipsicótico y vuelve a la thioridazina fundamentando que duerme mejor. Al año y medio de tratamiento está más animoso, menos impulsivo, juego menos agresivo e incorpora figuras humanas en los dibujos.

9 años: suspendido de clases por insultar al profesor, recrudecen los trastornos del sueño y el juego violento. Se agrega otro antipsicótico quedando con valproato, thioridazina y risperidona. Al mes con pataletas, cambios drásticos del humor, intolerancia a la frustración e inquietud motora. Se restituye el MFD, quedando con 4 fármacos. A los tres meses está más organizado en clases. Dibujo adjunto: “científico con expulsión a chorro, pistolas para defenderse, bruma para camuflarse, pelos hacia los lados de la cara con cicatrices, porque se le quemó, como el Fantasma de la Ópera”. A los seis meses recrudece el cuadro clínico, confirmándose ciclicidad. Se estabiliza en el verano.

10 años: conductas obsesivas en actividades escolares, se desorganiza por las exigencias, conductas de oposición y desafío. Es atacado por 3 compañeros Primera crisis de agitación psicomotora, motivo por el cual, se suspende el MFD y cambia por pemolina por su perfil más ansiolítico, se suspende la thioridazina y se maximiza la risperidona. Mejora la conducta global y escolar, se mantiene

indicación hasta mitad de año, surgen dificultades cognitivas. Evaluación neuropsicológica, disfunción de áreas fronto-temporales.

11 años: una nueva activación y desorganización en clases: se cambia la pemolina por atomoxetina, y a los seis meses se cambia la risperidona por aripiprazol, dado que persiste insomnio, excentricidad y angustia.

15 años: mejora sus calificaciones y permanece más estable, se da de alta de su rehabilitación neuro-cognitiva, los padres lo cambian de colegio a uno más exigente, a pesar de las advertencias. Finaliza el año con una crisis de agitación, agrede físicamente a la madre, dejándola lesionada, interviene la fuerza pública. Al examen: desconectado y perplejo: “No sé por qué lo hice, no era necesario”. Se realiza una reevaluación de la personalidad y neurobiológica. Se cambia el valproato por litio y se asocia a lamotrigina y se agrega haloperidol.

16 años: persisten las fluctuaciones del ánimo, que le impiden una integración escolar aceptable. Comienza a fragilizarse la relación médico paciente a raíz del resultado fluctuante. Se realiza “Junta Médica” que confirma una alteración tímica mixta y predominio de hipomanía, resistencia a tratamientos habituales en tiempo y dosis adecuadas y deterioro progresivo. Se sugiere tratamiento con clozapina, fue indicada a dosis máxima. A los seis meses se estabiliza y presenta buena tolerancia, no obstante aumento de peso. Se mantiene el aripiprazol, litio y lamotrigina. Evoluciona en forma favorable con disminución significativa de la angustia, regula el sueño, mejora el ánimo, comienza a independizarse, es más adecuado, coloquial y comunicativo, sin payaseo, avanza en psicoterapia considerablemente.

18 años: ha continuado progresando, inició una relación amorosa estable y está estudiando una carrera universitaria con éxito. Sin embargo, se observa “candoroso” y más pasivo.

Reflexión personal.

Después de años de acompañar a estos pacientes con psicopatología extremadamente grave y sus familias, especialmente cuando se trata de un episodio psicótico en un paciente muy joven: pienso que es prioritario realizar los siguientes pasos:

- 1.- Otorgarles un diagnóstico acertado, que considere todos los ejes clínicos a evaluar; explicándoselos con veracidad y la necesaria simplicidad como para reclutarlos en lo que viene después: el tratamiento en equipo.
- 2.- Ofrecerles las posibilidades de evolución y pronóstico con y sin tratamiento. Personalmente pienso que siempre hay algo que ofrecer, aunque sea la aceptación de una enfermedad y la posibilidad de adaptación de la mejor forma posible.
- 3.- Si el paciente y/o su familia aceptan, acompañarlos comprometidamente en el duro camino para alcanzar alivio, con esperanzas de una posible recuperación, al menos parcial.
- 4.- En cuanto al tratamiento farmacológico del cuadro psicótico, este genera un gran dilema: la decisión de cual antipsicótico elegir en un primer episodio en un niño o adolescente. Habitualmente con tratamientos anteriores infructuosos. Mi impresión es que los clínicos que nos dedicamos a la psiquiatría infanto-juvenil somos muy tímidos al momento de indicar fármacos en dosis suficientemente potentes como para tratar este tipo de psicopatología tan desintegradora de la vida psíquica. Más aún si hay que indicarlo en asociación con otros medicamentos o TEC. Más compleja es nuestra decisión, ya que la mayoría de estos medicamentos no tienen “autorización” por la FDA y vienen con advertencias explícitas al respecto. A la hora de la decisión este aspecto adquiere un peso fundamental.

Referencias:

- 1.- Kowatch et al. Clinical Manual for Management of Bipolar Disorder in Children and Adolescents, 2009
- 2.- Pfeifer JC, Kowatch RA, DelBello MP. Pharmacotherapy of bipolar disorder in children and adolescents: recent progress. CNS Drugs. Jul 1; 24(7): 575-93), 2010.
- 3.- Wagner KD y col. AACAP 54th Annual Meeting October 23-28 2007 Boston MA.
- 4.- Yong C.y col. Experimental and Clinical Psychopharmacology; vol. 5 (3): 216-234; 1997.

SECUELAS DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN ADOLESCENTE. VALORACIÓN PSICONEUROLÓGICA

M.C.Fournier. Psicóloga Clínica y Psico-neurológa.

Describimos un caso de un varón adolescente de 13 años con antecedentes de traumatismo craneoencefálico (TCE) grave con fractura supraorbitaria y fronto-parieto-temporal derechas sufridas hace 4 meses y daño axonal difuso, remitido por el servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Niño Jesús a la consulta de Neuropsicología para establecer secuelas cognitivo/conductuales residuales, orientar a la familia y la escuela sobre el manejo más adecuado, así como para emitir un pronóstico evolutivo de recuperación.

1. Descripción clínica

1.1. Historia evolutiva previa:

Antecedentes personales, somáticos y familiares sin interés. Menor de 2 hermanos varones. Embarazo controlado de curso normal, parto a término, vaginal y eutócico. Los padres no refieren dificultades importantes de crianza iniciales, aunque desde pequeño lo describen como “tozudo”, “con rabieta muy fuertes”, “muy poca capacidad de espera... todo lo quería ya...”. Los primeros hitos del desarrollo siguen pautas evolutivas adecuadas, consigue deambulación libre a los 13 meses, las primeras palabras antes del año y la construcción de frases se produce a partir de los dos años; el control de esfínteres, tanto diurno como nocturno, se consigue a los 2 años. Criado por la madre hasta los 18 meses que se incorpora a la guardería sin dificultades de adaptación. A los 3 años se incorpora al colegio, los profesores no informan de retrasos en ningún área cognitiva, nunca ha repetido ningún curso académico pero previo al traumatismo refieren comportamientos disruptivos, escasa responsabilidad y falta de atención y esfuerzo en las asignaturas que no son de su interés. Los padres refieren un carácter “fuerte” con dificultades para controlarse en ocasiones; a pesar de que la información evolutiva y la proporcionada por los profesores sugieren la sospecha de un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) nunca se plantearon la necesidad de consultar por las dificultades referidas.

1.2. Enfermedad actual:

A la edad de 13 años sufre un TCE grave al estrellarse contra un muro con una bicicleta que había cogido a un amigo sin permiso, presentó múltiples líneas de fractura en la base del cráneo, fracturas frontales derecha con hundimiento y temporal y parietal derechas, hematoma epidural frontal y parietal derechos con lesiones contusivas en lóbulos frontal y temporal. En la última resonancia magnética nuclear (RMN) efectuada a los 3 meses del TCE persiste contusión parenquimatosa frontal basal derecha y resolución de las lesiones temporales. En tratamiento actual con fenitoína como tratamiento preventivo de crisis epilépticas secundarias.

2. Exploración neuropsicológica

Durante la entrevista inicial los padres no informan sobre un claro cambio de conducta tras el TCE pero sí de agudización de comportamientos previos sobre todo para inhibir impulsos.

De su incorporación al colegio los padres refieren que actualmente debería cursar 2º de educación secundaria obligatoria, pero no se ha incorporado aún; se intentó a los 2 meses el TCE pero no consiguió adaptarse a la rutina de las clases y lo abandonó a los pocos días.

2.1. Conducta durante la evaluación:

En las distintas sesiones de evaluación que se mantienen con el paciente se muestra excesivamente hablador, en ocasiones presenta una habla desinhibida y tangencial que no es capaz de parar, interrumpiendo en las explicaciones a las tareas para contar cosas pueriles ocurridas antes de acudir a consulta o empeñándose en que se escuche una música que ha grabado en su móvil, sin atender a los comentarios de que el momento no es oportuno y mostrando escasa sensibilidad a las consecuencias de sus conductas. Describe su accidente sin impacto emocional negativo y de una forma jocosa diciendo “se me fue la cabeza...¿entiendes?...”. Colabora en las tareas sin esfuerzo no mostrando dificultad alguna al realizarlas, pero en ocasiones afirma aburrirse y querer hacerlas de otra forma a la indicada a pesar de haberle explicado la finalidad de la evaluación.

2.2. Resultados de la evaluación neuropsicológica:

El protocolo aplicado para la evaluación neuropsicológica en pacientes pediátricos ya ha sido publicado por nosotros [1-2]; las puntuaciones obtenidas en las distintas pruebas cognitivas transformadas en puntuaciones Z pueden verse en la figura 1. La evaluación de habilidades cognitivas generales y específicas muestra alteraciones en los dominios de funcionamiento atencional y ejecutivo.

Figura 1: Perfil neuropsicológico de los distintos dominios de funcionamiento cognitivo. Las puntuaciones por debajo de la línea continua que corresponde a una puntuación Z de -1 constituyen los déficit del paciente.

Para la exploración del funcionamiento ejecutivo en su entorno se empleó el Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), los resultados pueden verse en la figura 2. Los profesores, previo al TCE, informan fundamentalmente de dificultades ejecutivas cognitivas aunque también de alteraciones ligeras en la inhibición de impulsos. Tras el TCE los padres informan de alteraciones en la regulación de conductas (inhibición de impulsos y control emocional).

Figura 2: Puntuaciones del BRIEF de padres y profesores. La información de los profesores fue facilitada por el profesor del curso anterior previo al accidente. Se consideran en el rango clínico las puntuaciones $T \geq 65$.

3. Discusión

El funcionamiento flexible, apropiado a la situación y la capacidad de procesar contingencias se sustentan en los lóbulos frontales [3]. La regulación de procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de monitorizar, evaluar y modificar la intensidad y características temporales de las reacciones emocionales, los procesos de condicionamiento operante y la toma de decisiones apropiadas relacionadas con recompensas y castigos son funciones asociadas al córtex prefrontal mesial [4]. El paciente presenta un Síndrome Disejecutivo con un pobre juicio social, una autoconciencia alterada y dificultades para la inhibición de impulsos, como características más salientes, secundario al daño de zonas prefrontales orbitales derechas; sin embargo, hay datos evolutivos e información en el entorno académico antes del TCE, junto con las características en las que se produce el accidente, que sugieren la presencia previa de un TDAH. La presencia de alteraciones psicopatológicas premórbidas condiciona la persistencia de las

alteraciones cognitivo-conductuales tras un TCE y empeora su pronóstico incluso con rehabilitación cognitivo-conductual adecuada.

A pesar de la controversia y múltiples estudios que ha generado el TDAH, la investigación en las últimas décadas, tanto neuropsicológica como de imagen estructural y funcional, sustenta su identidad como un trastorno neurobiológico que cursa con disfunción ejecutiva variable en función del subtipo del trastorno, aunque su expresión y comorbilidad puedan modularse por factores como la crianza o el entorno familiar, educativo y social.

Los niños con trastornos neurobiológicos, tanto adquiridos como de desarrollo, pueden presentar un rango de alteraciones ejecutivas asociadas a distintos sistemas frontales; en la ejecución de pruebas neuropsicológicas se pueden reflejar déficit en la regulación de la atención, dificultades para monitorizar y regular las ejecuciones; pobre planificación y solución de problemas, perseveraciones e inflexibilidad cognitiva [5]. Ciertas características conductuales también pueden ser marcadores de disfunción ejecutiva, como respuestas afectivas disminuidas, pobre juicio social, inadecuado control de impulsos, autoconciencia alterada y pobres habilidades interpersonales [6]. La emergencia, durante el desarrollo de las funciones ejecutivas, supone una creciente habilidad para regular conducta social, afectiva y cognitiva, que no puede realizarse sin el adecuado funcionamiento de los lóbulos frontales [7-8]; el sistema ejecutivo es el responsable de las mayores diferencias percibidas entre las distintas etapas del desarrollo del niño. El prolongado curso de desarrollo de los lóbulos frontales los hace especialmente vulnerables al daño, evolutivamente los niños dependen menos de regiones posteriores y más de redes anteriores para su adecuado desarrollo, por lo que una disfunción ejecutiva puede tener un efecto más devastador que alteraciones en otros aspectos de funcionamiento neurocognitivo.

4. Referencias.

[1] Fournier MC, Pérez-Jiménez A, García-Fernández M, García-Peñas JJ, Villarejo FJ. Evaluación neuropsicológica prequirúrgica en epilepsias focales pediátricas. *Revista de Neurología* 2010; 50 (Supl 3): S49-57.

[2] Fournier MC, Bernabeú J. Daño cerebral en niños y adolescentes. En Cuadernos FEDACE, ed. *Neuropsicología del daño cerebral adquirido: Evaluación y Rehabilitación*; 2008. p. 73-95.

- [3] Fuster JM. Functional anatomy of the prefrontal cortex. In Beaumanoir A, Andermann F, Chauvel P, Mira L, Zifkin B, eds. *Frontal Lobe Seizures and Epilepsies in Children*. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2003. p. 1-10.
- [4] Rolls E.T, Grabenhorst F. The orbitofrontal cortex and beyond: From affect to decision- making. *Prog Neurobiol* 2008; 86 : 216-244.
- [5] Powell KB, Voeller K K. Prefrontal executive function syndromes in children. *J Child Neurol* 2004; 19: 785-797.
- [6] Todd RM, Lewis MD. Self-regulation in the developing brain. In Reed J, Warner-Rogers J, eds. *Child Neuropsychology. Concepts, Theory, and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008. p. 285-315.
- [7] Zelazo PD, Cunningham WA. Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. In Gross J, ed. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford; 2007.p.135-158
- [8] Marcovitch S, Zelazo PD. A hierarchical competing systems model of the emergence and early development of executive function. *Dev Sci* 2009; 12(1):1-18.

TRASTORNO DE CONDUCTA. ADOLESCENTE DE RIESGO. ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DE UN CASO CLÍNICO.

Begoña Sagasti Psiquiatra Infanto-Juvenil Santiago de Chile.

Viñeta Clínica.

Lucas, paciente 14 años, vive con ambos padres, hermana e hija de hermana.

Motivo de consulta.

Enviado desde el colegio por descontrol de impulsos y conductas agresivas.

Anamnesis:

Consulta por primera vez a los 6 años por Enuresis nocturna, fue tratada con imipramina 25 mg. A los 7 años quejas de su profesora por inquietud, dificultad en la mantención de la atención, obstinación. Se diagnostica Déficit Atencional con Hiperactividad y se indica Anfetamina 10 mg. de Lunes a Viernes. Buen rendimiento. A los 8 años ansiedad en relación a malas relaciones con compañeros a los cuales agrede físicamente. A los 9 años, la madre relata dificultades de Lucas con el estudio motivo por el cual ella lo maltrata física y verbalmente. Lucas se muestra ansioso y con labilidad afectiva indicándose Citalopran 10mg durante 6 meses, además de Anfetamina 10 mg. de lunes a viernes. A los 10 años Lucas permanece durmiendo con su madre existiendo entre ambos una relación ambivalente. El ambiente familiar presenta Disfunción importante. A los 11 años se reporta disminución importante de la hiperactividad de Lucas (sin medicamentos) pero persiste actuar inmaduro lúdico y desmotivación al estudio. Ante la frustración se realiza cortes en la mano. A los 12 años persiste inmadurez, no quiere crecer, pequeños hurtos. A los 13 años inicia relación sentimental con compañera. Le gusta el peligro y el contacto con las armas. A los 14 años condicional en el colegio por su conducta. Ha comenzado a fumar marihuana y relata.” A veces ando alucinado, estoy acostado y veo pasar una sombra. Yo ando perseguido y escucho voces. ”Es expulsado del colegio x hurtos varios y portar arma blanca. No le teme a las Riñas callejeras ni a la muerte.

Antecedentes Personales.

Padre: Luis Alfredo, 66 años, comerciante, viaja fuera de Santiago. Madre: Elizabeth 46 años, dueña de casa, 8° Básico. Rígida, exigente, permanentemente disconforme, alta expectativa en su hijo (poco realista). Hermana Miriam: Media

hermana por parte materna, 33 años. Sobrina: Krisna, 11 años, 5° Básico, descrita por Lucas como “pesada, metida”.

Examen.

Aspecto y arreglo acorde a su etapa evolutiva. Lucido, orientado. Pensamiento pro conceptual, transaccional a pensamiento concreto, disarmónico. Sin fenómenos del pensamiento, con algunos elementos de alteración de sentido de la realidad.

Lenguaje: Adecuado en estructura, léxico pobre, voz nasal.

Afectividad concordante con su relato CI Normal lento.

Examen Neurológico.

Asimetría Facial Leve Marcha desgarrada. Sin signos de focalización. Sinergias.

Dispraxias somato espaciales

Piaget Head Visual: bien

Verbal: bien

Conservación de masa: Bien

Conservación del espacio: aún irreversible

Conservación de volumen: no adquirido

P inclusión de clases: ¿hay más pelotitas de colores o pelotitas amarillas?

Responde: Hay más pelotitas de colores porque hay más café. Prueba de Ritmos:

Yerra en 3 de 8 (impulsividad)

Árboles: es más viejo el plantado antes, bien.

Análisis Psicopatológico: Adolescente de 14 años, sin antecedentes peri natales relevantes, presenta un retraso del desarrollo psicomotor, del lenguaje expresivo y del control miccional. Dificultad para atender de manera sostenida y mal control de los impulsos agresivos. Tiene un nivel cognitivo por debajo su etapa evolutiva (CI Limítrofe) estructurado de modo disarmónico. Su ambiente familiar es rígido, se privilegian el orden, disciplina y obediencia sobre el intercambio afectivo y el diálogo. Presenta ansiedad en su etapa preescolar y escolar, ansiedad de separación, hiperactividad, temor de pérdida o abandono y en la adolescencia en conductas de agresión y oposición. Las manifestaciones clínicas-psicopatológicas están en relación directa con los vínculos afectivos que establece y con su medio.

Es Así como su desarrollo moral aún heterónimo, se organiza a partir de la convivencia con sus padres que comparten similar estadio.

Su desarrollo persona, se organiza desde un neurodesarrollo limitado, con vínculos inseguros, pobre interacción afectiva y relación con su medio social. Este es

precario, en él se fomentan relaciones funcionales y estrategias de autoafirmación y de sobrevivencia que son de riesgo para su integridad física y mental.

Diagnóstico de presentación.

Trastorno de Desarrollo: DA/HA

Trastorno específico de aprendizaje en lecto-escritura (Comprensión lectora)

Rasgos ansiosos

Uso de sustancias ¿abuso?

Tratamiento.

Intervención psicoterapéutica individual (psiquiatra)

Intervención psicológica por Drogas

Psicoeducación a los padres Metilfenidato 10 mg ret 1-1-0

El análisis psicopatológico respecto al caso de Lucas se basará en responder a las siguientes preguntas:

Preguntas.

1.- ¿Qué aspectos le resultan más relevantes en su desarrollo?

Respuesta a pregunta N° 1

La alteración en su neuro-desarrollo que se presenta ya en las primeras etapas de su vida manifestándose por:- dificultades en lenguaje expresivo- Síndrome dispraxo- gnóstico- falta de control de esfínteres (Enuresis hasta 12 años)- hiperactividad, desatención e impulsos agresivos.-dificultad cognitiva que muestra CI límite y disarmónico. Junto con este hecho central y muy relevante en su desarrollo hay otros aspectos importantes de señalar.

a) Alteración vincular materno-filial: dónde existe carencia afectiva, sobre involucración de la madre y demandas poco realistas desde ella en relación al tema académico, generándose así un vínculo inseguro, dependiente y demandante.

Alteración vincular Paterno- filial: padre periférico y también poco afectivo estableciéndose relación distante y poco conocedores de uno y otro. Situación con él también de vínculo inestable.

Factor socio - cultural-de alto riesgo debido a situación económica desfavorable - ambiente social hostil, de enfrentamiento entre grupo de pares dónde predomina la agresión como mecanismo de supervivencia.-expulsión escolar, como medida

habitual frente a un escolar con dificultades sin mediar previamente una evaluación completa que le permitiría rehabilitarse y continuar con su educación. Disfunción familiar:- Padre ausente probablemente con dificultades cognitivas- Madre sobre involucrada, ansiosa (angustia por separación a los 4 años)- Duerme con su hijo hasta edad avanzada 10 años- Hermana con problema de alcoholismo y consumo de drogas- Relación de pareja de padres disfuncional.

2.- Respecto al desarrollo moral del paciente:¿Cuáles serían los elementos principales a destacar?

Respuesta a pregunta N° 2

Ambiente familiar adverso y rígido dónde no existe una contención afectiva adecuada y sobre la cual se imparten normas con un control autoritario sobre éstas.

El paciente cumple la norma por la autoridad de un otro, en este caso la madre . La autoridad que ella ejerce se basa en castigo y descalificación con agresiones tanto físicas como verbales.

El padre se mantiene en una condición periférica en relación a su hijo y sin un compromiso verdadero con la familia de éste ya que tendría varias parejas e hijos fuera de esta relación.

Es decir, este ambiente familiar presenta a ambos progenitores con un desarrollo moral dudoso e inestable para el desarrollo de su hijo. Otro factor importante para el desarrollo moral de Lucas tiene relación por un lado.

b1) Con sus propias dificultades, su nivel cognitivo, un pensamiento concreto sin llegar a establecer un pensamiento y reflexión independiente. Dicha reflexión también se ve interferida por su descontrol de impulsos.

b2) Por otro lado el medio social desfavorable dónde vive el paciente, en el cual, el contacto con la droga, el alcohol y la deserción escolar, lo llevan a adquirir conductas delictuales desde el hurto a riñas callejeras como una forma de autoafirmación y sobrevivencia .En resumen, podemos decir que el desarrollo moral en el paciente se encuentra descendido para la edad y corresponde a un Desarrollo Moral Heterónimo en donde la acción depende de factores externos (en este caso la madre) y la acción es mejor o peor en función del daño provocado y no de la intención. (Castigo / recompensa)

3.- Refiérase al posible nivel de conciencia logrado por el paciente.

Respuesta a la pregunta N° 3

El paciente presenta un nivel de conciencia Cognoscente en que no tiene control de su conducta, por ende, no es capaz de acceder a una conciencia reflexiva, al no ser capaz de detenerse a pensar sobre si mismo y su relación con los otros.

4.- ¿Cuál podría ser, en su opinión, el pronóstico de este paciente sin mediar intervención profesional?

Respuesta a la pregunta N° 4

Estaríamos frente a un paciente de alto riesgo y pronóstico reservado (delictual) de no mediar intervención profesional adecuada.

Los hechos señalados partiendo por su alteración en el neurodesarrollo, su baja capacidad intelectual, su pensamiento concreto, su falta de reflexión sobre su actuar asociada a su impulsividad lo llevan a presentar, con alta posibilidad, conductas desadaptativas. Esto, unido al ambiente familiar y del entorno, desfavorable junto a la deserción escolar, lo convierten en paciente de alto riesgo.

5.- ¿Sugerencias de intervenciones terapéuticas?

Respuesta a la pregunta N° 5

Intervención familiar- psico educación en los padres- favorecer un clima de mayor contención afectiva- conocer y apoyar a su hijo en sus dificultades reales- estimular mejor vinculación parento filial

Intervención individual:- sobre sus actos, en una acción mediadora del terapeuta, intentando que él logre un juicio más autónomo y reflexivo y mejorar su nivel de introspección.- evaluación neuropsicológica- apoyo pedagógico

Posibilidad de apoyo con un terapeuta ocupacional en su reinserción social, familiar y escolar, Reinserción a sistema escolar, Grupo de apoyo social

Tratamiento farmacológico- destinado a mejorar sus síntomas de falta de concentración - descontrol de impulsos- alteración de sentido de realidad- síntomas de angustia.

Propongo intentar combinación de psicoestimulante asociado a Risperidona.

CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Dra. Marcela Larraguibel Q. U De Chile

Viñeta clínica.

Paciente de 15 años de edad, que consulta a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, por intento de suicidio con ingesta de medicamentos desencadenado por dificultades en la relación con los pares. Proviene de familia nuclear, producto de embarazo deseado de mellizos. La madre destaca que durante su desarrollo presentó cierta inhibición social con poca exploración del medio, le llamaba la atención ciertos rasgos y gestos femeninos que se mantienen a la fecha. Su rendimiento escolar es bueno. Presenta dificultades en la socialización desde temprano por sufrir rechazo de parte de los pares. Actualmente sin relaciones significativas.

Dentro de los antecedentes destaca una crianza basada en la sobreprotección por parte de la madre, con la que duerme hasta los 3 años de edad. Con ella se establece una relación simbiótica que persiste a la fecha, generando ansiedad de separación en el paciente. Además, existe poca diferenciación por parte de los padres entre el paciente y su hermano hasta los 7 años de edad.

En el examen mental se presenta disociado emocionalmente, evitativo e hiperalerta. Su discurso tiende a ser muy egocéntrico. Sufre desestructuración frente a situaciones ansiosas y donde no posee control. Destacan síntomas depresivos relevantes acompañados de desesperanza. Presenta serias dificultades para reconocer su propio Self.

La familia se presenta rígida, con severa disfunción conyugal. Madre depresiva, ansiosa y muy contenida emocionalmente. Patrones evitativos y juegos destructivos entre hermanos. Introducción

Los suicidios y las tentativas de suicidio tienen un interés creciente y suponen un importante desafío para los profesionales de la salud que trabajan directa o indirectamente con niños y adolescentes. Constituyen una emergencia médica de primera importancia, que requiere de acciones inmediatas, capaces de garantizar el rescate y la sobre vida del paciente.

Definiremos conducta suicida como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte. La ideación suicida son pensamientos persistentes acerca de la voluntad de quitarse la vida. Se puede

expresar en ideas tales como: "no vale la pena seguir viviendo"; "dejar de ser una carga para los demás", "descansar", "deseos de escapar". De 10 personas que completan el suicidio, 8 señalaron su intención claramente. Además, muchos adolescentes que cometen suicidio, contactan a su médico general u otro profesional de salud cercanamente antes de su muerte. Los intentos de suicidio son conductas o actos intencionales cuyo objetivo es causarse daño para alcanzar la muerte, no logrando la consumación de ésta. El riesgo de repetición del intento de suicidio en un intervalo corto de tiempo es particularmente alto en los jóvenes. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes y solamente una cuarta parte concurren a consulta médica posterior al intento.

Epidemiología.

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo cual representa una tasa mundial de mortalidad anual de 14.5 por 100.000 habitantes, es decir, aproximadamente una muerte cada 40 segundos. Estas cifras convierten al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo (OPS, 2003). Además, se calcula que la proporción entre actos suicidas no mortales (ideación e intento suicida) y mortales puede llegar a ser de 100 - 200:1 (OPS, 2003).

El suicidio constituye un área de preocupación especial en la población adolescente mayor de quince años; estimándose que el número de menores que presentan intentos o ideación suicida es entre 30 y 50 veces más alto que el de los suicidios consumados. En EE.UU. las tasas de prevalencia de intento de suicidio fluctúan entre 2,3% y 15% para niños y adolescentes. Esta cifra es especialmente importante, toda vez que un número significativo de los adolescentes que consuman suicidio han presentado intentos o ideaciones previas. Se debe considerar además que el suicidio es la 2ª ó 3ª causa de muerte en la adolescencia y juventud en los países desarrollados.

En Chile el mayor porcentaje de muerte en personas de 10 a 19 años se debe al rubro "accidentes y violencias" donde se incluye al suicidio, estimándose que éste corresponde al 12% de las muertes entre 15 y 19 años. Estudios nacionales efectuados en población adolescente de la Región Metropolitana muestran una prevalencia para la ideación suicida de 45% y de 11% para los intentos de suicidio en los últimos 12 meses.

La conducta suicida comienza paulatinamente a manifestarse a partir de los 9 años de edad, ya que es entonces que se adquiere el desarrollo cognitivo necesario para comprender el concepto de muerte y su irreversibilidad.

En relación a su distribución por sexo el suicidio es significativamente más prevalente en varones, en cambio, los intentos de suicidio, son mucho más frecuentes en la mujer.

Factores de riesgo.

El profesional de salud debe rutinariamente evaluar el riesgo de suicidio en grupos vulnerables, es decir aquellos que presentan factores de riesgo.

De todos los factores de riesgo descritos en la literatura, los más relevantes en los adolescentes son la enfermedad psiquiátrica (Trastorno Depresivo, Abuso de Alcohol y Drogas, Trastorno de Conducta, Enfermedad Bipolar, Trastorno de la Alimentación, Esquizofrenia, entre otras), bajos niveles de cohesión familiar o disfunción familiar severa, ideación suicida persistente (si se acompaña de desesperanza, tendencia al aislamiento, psicopatología severa, problemas de adaptación y/o disfunción familiar grave es altamente probable que cometa un intento de suicidio), intento suicida previo, distorsiones cognitivas (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización, magnificación, minimización, personalización), estilos de enfrentamiento inapropiados (impulsivos o catastróficos) e historia de psicopatología familiar (comportamiento suicida, trastorno bipolar, abuso físico y sexual, abuso de sustancias).

Los factores precipitantes son eventos vitales estresantes que pueden gatillar la conducta suicida. La mayoría de ellos son eventos comunes a muchos adolescentes, deben darse a la base de una vulnerabilidad dada por los factores de riesgo para que aparezca la conducta suicida. Por lo tanto, la conducta suicida no es la consecuencia ante un problema, sino la acumulación de situaciones o eventos a lo largo de la vida del individuo, agotándolo y restándole su habilidad para manejar y tolerar la tensión, pérdidas, y frustraciones. Bajo este enfoque podemos entender de mejor manera que hace que el paciente referido en la viñeta clínica llegue a cometer un intento de suicidio a la corta edad de 15 años. Él crece en un contexto caracterizado por el establecimiento de un vínculo ansioso, crianza sobre protectora y poca diferenciación entre ambos hermanos por parte de sus padres, lo que lleva a una necesidad intrínseca insatisfecha de individuación desde edades

tempranas. Frente a las dificultades conyugales severas y la predisposición de la madre a presentar sintomatología ansiosa depresiva, se establece una relación simbiótica con ella, favorecida por el temperamento inhibido del paciente. El tipo de crianza lo lleva a funcionar de forma precaria en las relaciones sociales, manejo de las emociones y enfrentamiento de las dificultades, generando rechazo por parte de los pares y aislamiento social.

La estructuración yoica deficitaria promueve la iniciación de los procesos en la adolescencia de forma insegura, ante factores ansiógenos no tiene base de contención primaria (vínculos parentales) ni social. Las grandes tareas de la etapa del desarrollo en que se encuentra las enfrenta de manera parcial, como son las dudas en relación a su individuación, sexualidad, aceptación de su cuerpo, relación con otros, su significación de la vida y sus objetivos vitales, generándose sintomatología depresiva y rechazo escolar.

La falta de soporte, mecanismos de defensa bajos y escasas habilidades de resolución de problemas hace que él paciente piense que su único escape posible a sus dificultades actuales es el dejar de existir.

Conclusión.

La prevención del suicidio en la adolescencia es un gran desafío, ya que obliga al clínico a desarrollar distintas estrategias para obtener una comprensión acabada del paciente y de esta manera intervenir eficazmente.

Referencias.

Baca-García E. Perez-Rodriguez MM. Saiz-Gonzalez D. Basurte-Villamor I. Saiz-Ruiz J. Leiva-Murillo JM. de Prado-Cumplido M. Santiago-Mozos R. Artes-Rodriguez A. de Leon J. Variables associated with familial suicide attempts in a sample of suicide attempters. [Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 31(6):1312-6, 2007 Aug 15.-

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 42 (4), 386 - 405, 2003-

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (3), 183 - 191, 2000-

Shain BN. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. [Journal Article] *Pediatrics*. 120(3):669-76, 2007 Sep. -

Spirito A. Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. [Review] [110 refs] [Comparative Study. Journal Article. Review] *Annual Review of Clinical Psychology*. 2:237-66, 2006.-

Steele MM. Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. [Review] [238 refs] [Journal Article. Review] *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 52(6 Suppl 1):21S-33S, 2007 Jun2.5.-

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES: UNA INTERVENCIÓN PSICOANALITICAMENTE INFORMADA.

Soledad Silva, Ramón Florenzano, Pilar Errázuriz. Instituto de Estudios Médico Psicológicos y Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

Introducción.

El interés del fundador del psicoanálisis, Sigmund Freud, en las adicciones fue lateral, pensando que era un sustituto del placer sexual: “Los narcóticos están destinados a sustituir - de manera directa o mediante rodeos - el goce sexual faltante” (Freud, 1898,). En *El Malestar en la cultura*, (Freud, 1930,) señala que son “el método más tosco, pero también el más eficaz al que se puede recurrir para evitar el sufrimiento, ya que la presencia de las sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan condiciones para no percibir el displacer”. Karl Abraham (1908,) estudió las relaciones entre la personalidad y el consumo excesivo de alcohol, centrándose en la fijación oral de estos pacientes, expresada en conductas dependientes, tales como la necesidad de compañía, el sentirse bien al ser considerados y el frustrarse y enrabiarse con el rechazo. Sandor Rado (1926,) subraya la gratificación en el consumo de intoxicantes, que tendría como objetivo generar un estado de regocijo que sugiere una nueva gratificación erótica “que rivaliza con los modos naturales de gratificación sexual”. Edward Glover (1928,) propone una concepción regresiva de la libido, explicando al alcoholismo como la vuelta a un punto de fijación en las etapas sádico-oral y anal. Visualiza la drogadicción como una pseudo perversión con la sustitución de la sexualidad normal por el alcohol. Herbert Rosenfeld (1960,), siguiendo a Freud en *Duelo y Melancolía* estudia los aspectos depresivos de pacientes toxicómanos.

Enfoca la idea de la ingesta de la droga como la incorporación, debido a la culpa, de un objeto muerto o enfermo; enfatiza que el pronóstico del paciente dependerá de su capacidad para integrar las partes disociadas de su Self a través del tratamiento analítico. Subraya la existencia de estructuras narcisísticas subyacentes, y reconoce en el paciente adicto una “disociación exagerada”, que lleva tener que estar atento a lo que no trae a la sesión. Otto Kernberg (1972/1975) describe distintas funciones de la droga en el contexto de las relaciones internalizadas: reemplazar una imagen parental en la depresión, o una madre bondadosa, en una personalidad borderline. También relaciona el uso con

un sentimiento grandioso de un self narcisista. El interés en el tema, importante en la primera mitad del siglo XX, decayó posteriormente.

En la literatura sobre el desarrollo adolescente, el uso de sustancias químicas ha sido frecuentemente visto como propio de la conducta exploratoria del joven. Este puede consumir sustancias químicas sea como un intento de diferenciarse de las imágenes parentales, cuando (especialmente el padre) o la madre no consumen, o bien de identificarse inconscientemente con ellos, cuando lo hacen en demasía (Florenzano y Valdés, 2005).

Caso clínico.

Diego es un joven de 17 años, de apariencia desgarbada y frágil. Vive con sus padres y es el tercero de seis hermanos, con los cuales se compara permanentemente. Consulta por la preocupación de sus padres por su mal rendimiento académico. Relata que desde hace dos años nada lo llena y cada vez se siente más solo. En el último año ha bajado de peso, no se interesa por actividades que antes lo motivaban, ha aumentado su angustia dentro de la sala de clases y el consumo de alcohol y marihuana. A los padres solo les preocupa que las clases particulares y consultas a psicopedagogas no han dado resultado. No aceptan su manera de vestir y su mal rendimiento. El padre, empresario, es fanático por un deporte que Diego intenta practicar: “es lo único que me une a él”, sin embargo siente que fracasa en el intento. Su madre es dueña de casa y participa en obras sociales. Refiere que no cuenta con ella; “ella no me respeta a mí, me trata como una cosa, me controla, pero no le intereso de verdad”. Estuvo por 7 años en el mismo colegio, el cual abandona por mala conducta. Después de dos años le es aún difícil adaptarse a sus nuevos compañeros e identificarse con ellos, acrecentándose su sensación de ser distinto. Lo único que le interesa es consumir alcohol y marihuana: se siente bien y se le pasa la angustia y sentimientos de soledad.

A pesar de aclarar que no quiere dejar la marihuana, manifiesta preocupación por depender de ella. Luego del cambio de colegio su rendimiento bajó y aumentó el consumo de alcohol y marihuana, lo que provoca tensión en la relación con sus padres. Encontrándose más solo y sin apoyo, no encuentra contención emocional en las personas y cree superar su angustia a través de la ingesta de alcohol. Se formulan los diagnósticos de policonsumo de alcohol y drogas; trastorno distímico y fobia escolar. Se postulan rasgos narcisistas. Se indicó psicoterapia de

apoyo, para proporcionarle contención emocional, y manejo psicofarmacológico de la angustia.

Tratamiento.

Inicialmente Diego señala que sus problemas no tenían solución y que no confiaba en que lo pudiéramos ayudar. El primer objetivo fue bajar el nivel de angustia y así como consecuencia disminuir el consumo de marihuana y alcohol. Se trabajó primero en su autoestima, destacando sus aspectos positivos. Luego, la terapia se centró en mejorar su rendimiento académico: método de estudio, organización del tiempo, fijándose metas realistas, con objetivos a corto plazo. También se elaboró y expresó la rabia contenida, para no seguir volcándola hacia la propia destrucción y en la agresión indirecta a sus padres en sus conductas y vestimenta. Luego de dos meses, se compromete a dejar de tomar alcohol y a consumir marihuana sólo los fines de semana. Adquiere mayor seguridad en si mismo, ampliando su visión acerca de las cosas y reflexionando acerca de su conducta, “como que cuando voy hablando me doy cuenta que me muestro muy abatido y eso no está bien”. Cuando se le da contención y el apoyo que necesita se siente preparado para dejar el consumo y contactarse con lo que le pasa. Al final de la terapia, ha bajado el consumo de marihuana y alcohol, ha mejorado su ánimo, con una mejoría en su rendimiento. Presenta ansiedad por su futuro y dudas vocacionales propias de la edad.

Este adolescente presenta problemas para asumir una identidad positiva en una familia con padres sobre-exigentes y hermanos mayores con logros académicos evidentes: la competencia por éxitos externos es enfrentada por él asumiendo una identidad negativa. Sus problemas de auto-estima se ligan a sintomatología depresiva progresiva, con aislamiento social, sensación de vacío, baja de peso, desinterés por sus notas y progresivo aumento del consumo de sustancias químicas, especialmente marihuana. Acá se puede ver el efecto de auto-medicación de Radó, denominado normotizante por Roa.

La terapia realizada inicialmente se centra en ser un continente que puede tolerar sus actitudes descalificadoras, su silencio hosco y su pesimismo frente a su situación. En la medida que se siente aceptado incondicionalmente, disminuye el nivel de angustia y el consumo de sustancias químicas, ya que ha incorporado un objeto capaz de contenerlo. En la medida que cognitivamente estuvo en mejores

condiciones, comenzó a mejorar su rendimiento escolar, paralelamente pudo expresar abiertamente emociones hasta ahora suprimidas hacia sus padres. Progresivamente disminuye el consumo y vuelve a interesarse en el deporte familiar, y competir en forma realista con su padre y hermanos mayores.

Comentarios finales.

Si bien en toda terapia el terapeuta está presente como objeto real y como objeto interno, en los adolescentes tiene un rol fundamental como elemento de identificación que le permite elaborar el paso de objetos infantiles a maduros, con relaciones de objeto más complejas. El grupo de pares tiene un rol esencial como objeto transicional para enfrentar estas pérdidas; en el caso expuesto, se ve abruptamente separado de su grupo de identificación, ya que debe abandonar el colegio. En Diego la terapeuta es una fuente de nuevas identificaciones, permitiéndole abandonar la identidad negativa inicialmente asumida. La droga usada en su búsqueda de una madre contenedora, es reemplazada por la terapeuta, que actúa como un Yo auxiliar que previene al paciente sobre los peligros de sus acciones y le ayuda a adelantar las posibles consecuencias del consumo.

Hoy en día, existe consenso en que una aproximación psicoanalítica clásica tiene escasa efectividad en el tratamiento del alcoholismo, lo que no es obstáculo para intentar comprender los dinamismos subyacentes. Se acepta que la conducta dependiente se basa en experiencias de privación o gratificación excesiva en períodos tempranos del desarrollo, que originaron una fijación en esta etapa del desarrollo pre-verbal. Se puede concluir que lo esencial en el tratamiento de la drogadicción, y en el caso de Diego, es el desarrollo de un vínculo terapéutico, firme y contenedor, en donde la actitud de aceptación incondicional de la terapeuta, juega un rol esencial, permitiéndole contener y metabolizar el duelo y el paso de los propios objetos internos infantiles a objetos internos más maduros, complejos y adaptados a la realidad.

Referencias.

Freud S. The Cocaine Papers, Vienna y Zurich, 1963. Freud S, Civilization and its Discontents. Londres, 1963, Standard Edition, 21.59

Abraham, K. Psicoanálisis Clínico. Ed. Hormé, Bs. Aires, 1959

Radó, S. The Psychoanalysis of Pharmacothymia. Psychoanal. Quart, 2: 1-23, 1933

Glover E. The etiology of alcoholism. En "On the early development of the mind". 1956) N.York International Universities Press
Rosenfeld, H. Sobre la adicción a las drogas. En estados psicóticos (2000), (4ta Ed). Ed. Hormé, Bs. Aires, 1959
Kernberg, O. Bordeline conditions and pathological narcissism. N. Y Aronson, 1976
Florenzano R y Valdés M. Adolescentes y sus conductas de riesgo (3ª Ed). Editorial Universidad Católica de Chile, Santiago, 2005.

UN CASO DEL ESPECTRO AUTISTA Y DEPRESIÓN. CONFLICTO EN EL ADOLESCENTE, CONFLICTO EN EL SISTEMA

Alejandra García Rosales. Psiquiatra

Olivia es una adolescente de 15 años diagnosticada de trastorno del espectro autista y depresión acompañada de autolesiones. Tiene una historia de intentos de suicidio desde la infancia.

Olivia es miembro de una fratría de varios hermanos con antecedentes psiquiátricos. Los padres se separaron hace 5 años. La madre echó al padre de casa. El padre sufre de etilismo y depresión crónicos. Además, ha intentado suicidarse en múltiples ocasiones. El padre volvía regularmente a casa intoxicado, amenazante, incluso cogiendo objetos valiosos de la casa para venderlos y financiar su consumo de alcohol. En la rama paterna, hay una historia familiar de depresión e intentos autolíticos.

La madre de Olivia sufrió de una depresión post-parto después del nacimiento de Olivia. La figura vincular más importante para ella es su padre. Fue diagnosticada de trastorno generalizado del desarrollo por un servicio especializado. La relación entre madre e hija era difícil. Olivia y su madre recibieron tratamiento psicoterapéutico para mejorar la relación entre ellas, lo cual fue exitoso. Olivia estuvo escolarizada en un colegio especial para niños con trastornos del desarrollo. No obstante, su nivel intelectual era muy alto comparado con el de sus pares por lo que se decidió intentar una escolarización con apoyos en un colegio normal. Las terapeutas trabajaron en estrecha colaboración con los 2 colegios para facilitar la transición y ofrecer los apoyos necesarios.

Olivia pasó de ser la figura dominante del colegio especial a ser una más del colegio normal. Presenta con frecuencia quejas somáticas antes de ir al colegio. Olivia estuvo en tratamiento psicoterapéutico durante varios años hasta hace 3 años. Olivia es una persona muy inteligente e hipervigil. Coincidiendo con la separación de los padres, empieza a desarrollar un cuadro depresivo grave con un plan suicida. Olivia estaba activamente preparando su intento de autolisis. Olivia presenta una cara sana de cara a la galería, pero después no puede contener la sintomatología depresiva en el ámbito de la casa. Después de que los padres se separaran, tenía escaso contacto con su padre.

En el contexto de la crisis, Olivia y su padre tienen contacto en los servicios de salud mental. Olivia siempre acude al ambulatorio acompañada por su madre. Olivia está en medio de las 2 figuras parentales actuando de mediadora. Los padres, en este momento, son incapaces de separar la dimensión marital de la dimensión parental. Olivia está al tanto del estado de la relación entre los padres.

Hace 3 años, el padre finalmente dice en una sesión que le causa mucho dolor ver a la mujer que ama, pero que lo rechaza, en las sesiones y sale de la sesión. Seguidamente, nos cercioramos de que está bien y de que sabe a qué servicios acudir en caso de emergencia. Al poco tiempo, el padre hace una tentativa de suicidio muy grave premeditada, acabando ingresado en una unidad psiquiátrica. Tras ser dado de alta, empieza a recibir cuidados del servicio de salud mental de adultos. Cada vez que la madre ha intentado separarse del padre, el padre ha hecho un intento de autolisis. El padre quiere recuperar la relación con la madre mediante intentos autolíticos. Olivia quiere estar con su padre a través de la enfermedad y por lo menos al principio, ha querido juntar a sus padres. Olivia hace de consejera matrimonial, cuidadora de sus padres y de adolescente malhumorada de 14 años. La relación entre los padres es muy volátil cambiando de un día para otro. Cuando los padres están mal, el riesgo suicida y de autolesiones incrementa sistemáticamente.

A través del trabajo del servicio con Olivia, en forma de apoyo psiquiátrico y manejo del riesgo, Olivia va madurando. Hace 2 años, pide explícitamente a los padres que ejerzan de padres de una forma consistente y coordinada y que separen la dimensión marital de la parental, por el bien de todos.

Este patrón de volatilidad duró aproximadamente 1 año y medio. En múltiples ocasiones, estuvimos a punto de derivar Olivia a servicios sociales/unidad de agudo psiquiátrica para sacarla del ambiente tóxico familiar, pero en el último momento se llegaba a resolver la crisis antes de que ocurriera una crisis nueva. Olivia expresaba de una forma explícita su exasperación. A lo largo del tiempo, disminuyó la peligrosidad de sus gestos suicidas/autolesivos.

A la par de todo el proceso familiar, Olivia es víctima de acoso escolar, por sus dificultades para entender los códigos sociales y su desarrollo físico repentino.

Tiene la apariencia de una joven de 20 años. Olivia es etiquetada por sus pares como la única lesbiana de una forma abierta. Algunos de sus pares hacen comentarios homófobos. En un intento de manejar esta angustia, Olivia se autolesiona. En el contexto del vecindario, los comentarios homófobos son muy frecuentes. Cuando la situación entre los padres se deteriora, también empieza a presentar alteraciones de conducta en el ámbito escolar: faltas, se va del colegio durante el horario escolar, violencia hacia pares y personal escolar. Olivia estuvo a punto de la exclusión permanente.

Hace 1 año y medio, todos los profesionales involucrados (de psiquiatría de adultos e infanto-juvenil) sentimos que nuestros esfuerzos coordinados han ayudado a minimizar daños pero no a cambiar de una forma duradera los factores perpetuantes de crisis repetidas. La paciente no acepta ningún tipo de tratamiento excepto el seguimiento psiquiátrico. No pensamos que la terapia familiar ayude de ninguna manera por la volatilidad crónica de la situación. El profesional de servicios de adultos y un representante de nuestro servicio organiza una reunión con los padres para compartir nuestra formulación del caso y hablar de los temas de adultos entre adultos sin niños. Desde nuestro punto de vista, actuaron los dos como figuras parentales de los padres después de haber establecido alianzas terapéuticas fuertes con ambos. En este momento, casualmente, los padres dicen que están decididos a permanecer juntos en el largo plazo. El padre ha bebido muy esporádicamente desde su ingreso y está aceptando ayuda. Verbalizan espontáneamente que la volatilidad en su relación ha causado caos en el medio familiar. Existe un sentimiento en todos los miembros del sistema de miedo a la siguiente crisis, puesto que ha sido un fenómeno recurrente. Entienden la necesidad para el sistema de reiterar que las cosas están bien, para fomentar una atmósfera de estabilidad.

Hace un año, la paciente me ha pedido tomarse el antidepresivo, siguiendo el modelo de su padre que se está recuperando. Los padres han pedido activamente iniciar la terapia sistémica, tan ansiada por Olivia. Desde entonces, la situación no ha parado de mejorar y ha sido dada de alta hace poco.

Conclusión: El abordaje de la conflictiva de Olivia y del sistema que le rodea ha sido muy complejo. El abordaje psicoeducativo ha sido absolutamente fundamental para ayudarle a desarrollar su capacidad de socialización y hacer florecer su

potencial cognitivo. Su relación muy larga con su psicoterapeuta quizá haya sido una de las relaciones duraderas más estables de su vida. La relación estrecha entre servicios psiquiátricos de adultos e infanto-juveniles ha facilitado la contención y la promoción del cambio en un sistema frágil y volátil. La paciente ha podido expresar su cuestionamiento solitario acerca de su sexualidad con nosotros. Sabe que existe una red asociativa que si puede entender, apoyar y tolerar.

Desgraciadamente, falta por mejorar la implementación de la política de cero tolerancia al acoso escolar en los colegios. La paciente y su familia han podido empezar y continuar hasta su término gestos de autocuidado, cuando el caos se ha ordenado.

TRASTORNO AFECTIVO COMO LIMITANTE AL CAMBIO EN UN PACIENTE OBESO.

Loreto Aldunate Psicóloga Clínica. México

Programa 5 pasos por tu Salud Ciudad de México

Recibimos en nuestra clínica a un paciente con las siguientes características: Paciente de género masculino, 17 años de edad, IMC mayor a 40, 2.7. Diagnóstico de TPA, familia disfuncional, padres divorciados en continua pelea por quién es y quién tiene más. Paciente triangulado por ambos padres, sintiéndose desleal y agresivo hacia uno de sus padres cuando elige estar con el otro. Aplicamos el ACTA para evaluar la motivación al cambio y aparece en una etapa de decisión, la que coincide con la entrevista clínica realizada.

El paciente es capaz de reconocer las consecuencias físicas de la obesidad, sus síntomas y la necesidad de cambiar su conducta. Comenzamos a intervenir realizando planes de acción que fuesen coherentes con su motivación al cambio, sin embargo el paciente no lograba llevarlo a la acción. Como equipo re- evaluamos la etapa de cambio y nos dimos cuenta que la comida continuaba significando para el paciente un refuerzo positivo de mucho placer.

Efectivamente Sí quería modificar su conducta alimentaria, recibiendo ayuda para reducir el consumo por ejemplo de dulces (en este caso helados), pero por la siguiente razón: Si continuaba comiendo helados de la forma en que lo hacía, habrían altas probabilidades de llegar a tener diabetes. Si esto ocurría, le iban a prohibir el consumo de helados, cuestión que no quería por ningún motivo, por lo cual sí quería cambiar.

Nos damos cuenta que la etapa de motivación al cambio estaba en un nivel más precario, aunque efectivamente quisiera cambiar. Comenzamos a trabajar diversas técnicas motivacionales para que pudiera llegar a la etapa de decisión al menos en el área de la actividad física y alimentación.

Denotamos la discrepancia entre la meta deseada y sus conductas actuales, trabajamos con sus limitantes al tratamiento como el TPA y sus síntomas ansiosos, trabajamos con su propio plan de acción e intentamos reforzar su autoestima,

enfocándonos en su self awareness para lograr su self effectiveness, sin embargo algo pasaba que no se producía el cambio.

Nos dimos cuenta, que No había variedad de reforzadores en el paciente, los únicos reforzadores que tenía en su vida estaban directamente relacionados con la comida. ¿Sería entonces la comida un elemento que le ayudaba a llenar vacíos y tener una motivación para y de vida cotidiana? ¿Algo que le ayudara a no deprimirse? ¿Si le quitábamos la comida como reforzador, se deprimiría?

Al hacernos estas preguntas, creímos necesario tomar a la familia como uno de los ejes centrales de su limitante al tratamiento, por las ganancias secundarias que tenía el que la conducta alimentaria del paciente fuese el principal problema de ambos padres, donde se creaba el único espacio para que ambos padres estuvieran de acuerdo en algo y se unieran por un motivo en común, pero a la vez, donde la conducta alimentaria le permitía al paciente no deprimirse por su realidad, no mentalizar su sufrimiento, no elaborar los duelos.

Creemos que una parte de la no elaboración de duelo, tiene que ver con la represión de la agresividad del paciente hacia sus padres y con el miedo a que esta emoción se expresara y fuese una fantasía autocumplida, fantasía de parricidio, de quedarse solo, de quedarse solo con su obesidad....

Nos preguntamos entonces... ¿Si el paciente lograra reducir su peso modificando su conducta alimentaria, lograría entrar en un estado depresivo? ó ¿Si el paciente lograra entrar en un estado depresivo, lograría reducir su peso modificando su conducta alimentaria?....

Creemos que la dificultad en la elaboración del duelo es una de las limitantes en el tratamiento de la obesidad en este paciente.

Referencias.

- Gomberoff L. (1999). Otto Kernberg, introducción a su obra. Santiago: Mediterráneo.
- Kernberg, O. F (198?) Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. México D.F.: Manual Moderno.

Kernberg, O.F. (199?) Una teoría psicoanalítica de los trastornos de personalidad.
En. Personalidad y Psicopatología

ABORDAJE DE ADOLESCENTE NARCISISTA POR UN TERAPEUTA JOVEN.

Belén Pardo Psicóloga

Antes de exponer cómo fue el abordaje de una adolescente narcisista por parte de un terapeuta novel me gustaría proponer algunas cuestiones que pueden resultar interesantes, o por lo menos que invitan a la reflexión, ¿Puede llegar a crearse un vínculo sólido con un paciente siendo un terapeuta novel? ¿Puede darse la transferencia independientemente del sexo, orientación y experiencia del terapeuta? Y lo que puede resultar más interesante aún ¿Qué tiene en cuenta un adolescente para crear un vínculo con su terapeuta?

Me arriesgo a decir que tienen en cuenta cosas mucho más sencillas de lo que algunos experimentados terapeutas son capaces de asumir. El adolescente no tiene aún la complicada mentalidad de referencias o credenciales que se supone hacen a un terapeuta competente o no, son asépticos y no tiene prejuicios, se guían por “eso” que les transmite el terapeuta de ser entendidos o de lo contrario, es decir, de no ser capaz de llegar a ellos. Y digo que me arriesgo porque desde mi inexperiencia y sobre todo por mi prudencia no puedo dar esto como válido, y seguramente esta banal reflexión hiera el narcisismo de los terapeutas más veteranos Me encuentro con ella, monosilábica, erguida, provocadora con su media expresión. Cuestiona todo, devuelve las preguntas a todo, mira con total escepticismo y diría que también con desprecio a todos, pero no consigo ver eso cuando se dirige a mí. No me importa lo que haga ni juzgo lo que dice, me importa ella y a ella le gusta mi tono de voz “me habla bajito, no como ahí fuera que todos habláis a gritos”.

No sé lo que tengo delante, me dejé el manual diagnóstico olvidado en algún cubículo de mi memoria. Sé que sufre, y mucho, y que no quiere compartirlo con nadie. Tiene su espacio definido como con alambre de espinos, no se puede pasar, y sobre todo no se la puede tocar...

No tolera la invasión, está en su pedestal y todo le parece necio y absurdo, pero a mí me lo quiere contar.

Pasaron meses hasta que me escribió en un cuaderno “si eres tú la que lo lee...AYUDAME” Yo seguía sin saber manejar la terminología, los yoes o superyoes, solo sé que ella seguía sufriendo, y seguía sin querer hablar con nadie salvo conmigo.

Hubo días en lo que al irse descubriendo a si misma trataba de buscar mi talón de Aquiles con su ironía, con esa calidad en la palabra difícilmente de encontrar en otro adolescente de su edad.

¿Cómo devolver una impresión cuando ya la tiene meditada y construida? ¿Qué decirle cuando realmente siente que su mundo está vacío y no hay ningún contenido interesante con el que lo pueda llenar y a la vez lo presenta como único e inigualable?

“Todo es etéreo, nada es real, ni siquiera ese mueble que está ahí delante lo es “Sé que tengo un don y no lo quiero”. Sus vínculos tempranos se rompieron cuando apareció su hermano, los celos y la envidia lo cubrieron todo, nadie le ayudó a bajar de su pedestal, la empujaron.... le quitaron la atención que hoy reclama sumergiéndose en un mundo vacío y gris que muestra de manera cruel a una madre llena de vitalidad y de proyectos a los que no renunciará por de ella. Bien podría resumirse la escena en un pensamiento que podría tomar esta forma:

“Como no me amas (de la forma que yo quiero) te odio, y te lo demuestro con mi pasividad, con mi negatividad, con mi falta de vitalidad y sobre todo con el desprecio más feroz hacia mi hermano, porque se que eso es el mayor castigo para ti”.

En ella se aprecia cómo se alternan, tal y como dice Kernberg, sentimientos de grandiosidad y de inseguridad e inferioridad y una incapacidad para empatizar o establecer compromisos significativos con otros (Kernberg, 2005, p. 50). Tuvimos que dejar de vernos durante un tiempo, y uno de los últimos días que nos vimos encontré escrito en uno de mis folios una frase en la que decía que ojala pudiera salir de su cuerpo y poder ser ella misma.... No sé cuándo lo escribió, debió ser en veinte segundos o quizá menos, pero ahí lo dejó, volvió a decirme de nuevo AYUDAME.

No sé si la estaba ayudando, sólo sé que lo intenté, nunca tendré la certeza de cuál hubiera sido el resultado final. Ese fue mi premio o castigo por ser una terapeuta joven y novel, por mi ignorancia o mi ingenuidad o quizá por mi necesidad de ir más allá, saltándome todo eso por lo que aquel día dejé de poder verla. He vuelto a verla después de seis meses. No puedo evitar preguntarme nuevamente si puede darse eso que llaman “Vínculo terapéutico” con un terapeuta sin experiencia.....*

Referencias.

Kernberg, Otto F (2005): Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica, Manual Moderno.

UN CASO DE OBSESIVIDAD Y ANOREXIA GEMELAR. ¿HOMOSEXUALIDAD?

Eva Dacruz. Psicóloga Clínica

“TODO AQUELLO QUE NO PUDO HACER EN SU DEBIDO MOMENTO”

Al poco tiempo de estar trabajando como terapeuta en un hospital de día, (1999).
Ingresó María.

Historia de María.

Cuando consultó María tenía 16 años, vivía en un entorno familiar estructurado, compuesto por sus padres, y sus tres hermanas. Ella y su hermana melliza Verónica son tres años mayores de la pequeña, Carmen. “nací una hora después” recuerda María.

Durante su infancia presenta síntomas obsesivos y dificultad en relaciones con otros niños, María a los doce años, con la pubertad, comenzó a realizar constantes tics, por lo cual acudió al neurólogo y éste la derivó al psiquiatra, al que abandonó porque según comentó ella hizo que incrementara su sintomatología. Su melliza se obsesiona con su cuerpo y se esfuerza por adelgazar. María la sorprende vomitando, guarda el secreto. 15 años: en la familia comenzaron discusiones frecuentes entre ella y su madre a raíz de la prohibición “de ir con unas amigas que se aprovechaban de ella por lo inocente que era.” En esa época había decidido bajar de peso hasta el final. Progresivamente desarrolló una anorexia nerviosa, por lo cual la llevan a consulta especializada. Es hospitalizada y pasa luego a hospital de día.

Desde su ingreso fue una chica con constantes ataques de ansiedad, buscando repetidamente la seguridad en su terapeuta y a tener excesiva dependencia de su madre y con el centro de día. Su evolución fue favorable, pero muy lenta. En mayo de 2002 (19 años) finaliza su tratamiento en HD, donde su sintomatología alimentaria ha remitido y se mantiene estable. En el momento de su alta y en el paso a tratamiento individual se encuentra trabajando en una empresa por mediación de su padre, con un horario flexible para María. La red social de María está muy limitada, por no decir nula, pero ella no quiere salir de casa y relacionarse con gente desconocida, le da mucho miedo e inseguridad. En esta área

me parece importante destacar que a lo largo de sus años de enfermedad ha estado bastante vacía, (desde los 16 años que se le prohíbe ir con su grupo de amigas hasta los 21 donde inicia contacto con las amigas de su hermana melliza). Es importante resaltar que en esta nueva etapa, (ya ha finalizada su adolescencia, 21 años) donde María comienza a salir con su hermana, Descubre que ésta mantiene relaciones homosexuales, apareciendo un gran rechazo por parte de María y llegando a verbalizar incluso que le da asco.

María continuó saliendo con el grupo de las amistades de Verónica, confundida a la vez y recolocando en su cabeza la identidad de su hermana, lo cual le generaba altos niveles de ansiedad. Poco a poco va adaptándose al grupo de su hermana (gente homosexual donde ella no se siente identificada, pero si cómoda y segura). Cuando surgen situaciones donde tiene que mantener contacto con personas del sexo opuesto María no saber actuar, creándole un pánico paralizante cada vez que hay un pequeño acercamiento, y esto le lleva a una conducta evitativa. (Tuvo una experiencia heterosexual traumática a los 18 años).

También destaco que durante al tratamiento verbaliza y es consciente que ella siente atracción e interés por el sexo opuesto, pero su pánico es mayor y por ello decide evitar salidas nocturnas en ambientes heterosexuales, incrementando así sus redes sociales con gente homosexual y hasta el punto en el que ella comienza a iniciar relaciones esporádicas y muy dependientes con dos chicas.

Esta etapa para María es muy difícil (mantiene un incremento de sus niveles de ansiedad, elevados tics y reducción de la ingesta alimentaria), puesto que su hermana melliza se distancia de ella (los padres descubren la homosexualidad de su melliza a través de María). Con la hermana pequeña hay constantes disputas relacionadas con el tema sexual y criticándola en ocasiones duramente por mantener relaciones homosexuales. Los padres comienzan a inquietarse y van descubriendo que María, con una identidad confusa se refugia en aquello que le da apoyo y protección (red social homosexual), donde se va sintiendo más segura pero a la vez alterada debido al gran movimiento familiar. Posteriormente cuando ella tiene 25 años conoce a una chica con la cual inicia una relación más estable, sintiéndose muy protegida y buscando un cuidado que en su momento posiblemente se lo dio su madre. Destaco importante que en esta época María comienza a distanciar las sesiones (algo que previamente era imposible puesto que

ella estaba muy dependiente del trabajo que se realizaba), y a los pocos meses de decidir irse a vivir con su pareja las sesiones son casi nulas.

En la actualidad la relación de María se consolida con un casamiento donde ella mantiene un rol sumiso y su pareja más dominante. Presenta en ocasiones cierto temor a ser abandonada. Sus relaciones con sus padres se acaban normalizando y su madre aceptando la nueva vida de María, y con sus hermanas vuelven a normalizarse, pero sin mucho contacto.

María se siente feliz c pero no descarta que si no hubiera pasado por todo lo que pasó en su adolescencia y entrando en la vida adulta hoy día estaría con una pareja heterosexual. Aunque actualmente se siente muy enamorada de su pareja y con deseo de aumentar la familia en breve.

Esta historia me ha hecho reflexionar y pensar que muchos pacientes durante su trastorno se encuentran inmersos en su mundo, aislados de lo que les rodea sin producirles ni la más mínima atracción. Durante los años de la adolescencia es muy importante no olvidar en el tratamiento el abordaje de todas las áreas que rodean al sujeto, puesto que en esa etapa se marcan importante procesos evolutivos en la vida del individuo que luego es muy difícil poder poner a un mismo nivel (¿en que momento llega la edad mental a estar a la misma altura de la edad cronológica?). Bien sabemos que estos pacientes cuando van mejorando presentan un retraso en su maduración, posiblemente porque no han vivido aquello que corresponde vivir en una determinada etapa. Me hace pensar que María no tenía una inclinación homosexual, creo que sus rasgos histriónicos (búsqueda de aprobación, dependiente en exceso, personalidad obsesiva...), y la facilidad con la que se le propuso un acogimiento en el grupo heterosexual, donde sus miedos fueron apaciguados, hizo que se acomodara y así evitar el enfrentamiento de tantos miedos a tantas cosas nuevas y desconocidas para ella que en su adolescencia pasó por alto.

Igualmente creo que debo pensar más sobre el caso, para poder encontrar otros porqués acerca de la relación con su hermana melliza. Me atrevo a decir que su homosexualidad no fue una causa de su trastorno alimentario sino la consecuencia de dicho trastorno durante una adolescencia vacía.

Podría seguir hablando largo y tendido sobre el recorrido de María en su adaptación en las relaciones interpersonales, pero me voy a ceñir en aquello que me hizo reflexionar al final del tratamiento y posteriormente a la hora de abordar el trabajo con otros pacientes.

Referencias.

Riesgos y causas de la anorexia nerviosa, Toro J.: (2004) Editorial Ariel, S.A.
Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del comer del Hábito. Behar R, De la Barrera M, Michelotti J. Rev Méd Chile 2002; 130: 964-75.
Las mil caras de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones. Mc Mc Dougall (1998) Buenos Aires: Paidós.

¿TRASTORNO ALIMENTARIO INDUCIDO? ¿TCA BY PROXY?

Barbara Graft Residente de Psiquiatría. Universidad de Valparaíso.

Hace algunos años, antes de comenzar mi especialidad en Psiquiatría, mientras trabajaba evaluando médicamente a pacientes con Sobrepeso y Obesidad en una consulta privada, llegó a mí una adolescente de 15 años, quien deseaba disminuir peso antes de la fiesta de graduación de su novio, que se desarrollaría en 4 meses más. Había un compromiso indirecto de mi parte, pues se trataba de la hija de otro médico, dueño del lugar en el cual trabajaba, a quien conocía desde pequeña. Era un trabajo complejo, pues tenía un exceso de aproximadamente 15 Kg., asociado a numerosos intentos previos infructuosos por disminuir su peso con distintos colegas de la zona.

Una de las cosas que me llamó la atención fue que en la casa de esta adolescente había 2 mujeres más (su madre y su hermana mayor), quienes siempre estaban realizando dietas de moda para controlar el peso, con resultados satisfactorios... Me pregunté entonces ¿por qué mi paciente no puede bajar de peso?... Comencé por descartar enfermedades endocrinológicas que pudieran estar incidiendo en el exceso de peso y luego me enfoqué en las conductas alimentarias, solicitándole que llenara un registro de todo lo ingerido durante la semana para analizarlo posteriormente en conjunto.

Ella siempre acudía sola a los controles, con una actitud tímida y retraída mientras estaba en la sala de espera. Al entrar a mi consulta, se sacaba el abrigo, dejaba su bolso en la silla del lado (como si se despojara de una carga pesada) y comenzaba a comentarme acontecimientos superficiales de su vida, evitando específicamente la comida y su relación con ella.

Al revisar lo ingerido, noté episodios de atracones de tortas y pasteles, que eran principalmente de lunes a viernes, vespertinos, coincidentes con la llegada a su casa. Al tratar de buscar factores comunes que motivaran dicha conducta, me llamó la atención que su madre estaba tomando cursos de repostería y siempre tenía “oferta” de estos productos en la cocina. Le pregunté por qué los comía y me contestó que sabía que engordaban, pero que una “fuerza más fuerte que ella” la llevaba a ingerirlos. Trabajamos en relación al conteo de calorías y al autocontrol de la comida, pero no había gran cambio en su conducta ni en el peso.

A la semana siguiente se presenta abruptamente (sin citación) la madre, informándome que ella le había doblado la dosis de un agente anorexígeno a su hija (Sibutramina), pues no notaba cambios en el peso, pese a que estaba tomándolo con anterioridad al inicio de los controles conmigo. Me pareció llamativo que no me hubieran informado de dicha situación, pero la explicación que me dio fue que ella le había pedido a su esposo (también médico) que le diera “algo” a la niña pues estaba muy gorda. Le recomendé disminuir progresivamente la dosis y luego suspenderlo, pues no estaba autorizado el uso de ese medicamento en menores de 16 años, a lo que se opuso tenazmente.

Luego de ese incidente, sólo controlé una vez más a la paciente. En dicha citación le comenté lo sucedido y rompió en llanto, confesándome una pésima relación con su madre, quien permanentemente la increpaba por su peso corporal, devaluándola por su figura corporal “obesa”, pero al mismo tiempo, le dejaba todos esos pasteles para que los encontrara al volver del colegio. Frecuentemente discutían y ella, como forma de calmar su ansiedad, iba a la cocina y se comía selectivamente lo elaborado por su madre. También me reveló que se sentía menos que su hermana, notaba que su madre la quería más por ser delgada y esos sentimientos la hacían tener también una mala relación con ella. Los fines de semana no presentaba atracones pues estaba en casa de su novio, con quien se sentía protegida. En esa ocasión me sentí abrumada, no tenía las herramientas necesarias para contenerla o ayudarla y veía que había un círculo vicioso muy difícil de romper en relación al alimento como objeto. Le insistí en la importancia de controlar lo que comía y la cité a un próximo control, al cual nunca asistió.

Preocupada, me contacté con su padre para sugerir una evaluación psiquiátrica para manejo de un probable Binge Eating Disorder y aproveché de comentarle lo riesgoso del uso de anorexígenos a altas dosis... Él se quebró y me confirmó la mala relación familiar existente hace muchos años, su esposa había estado en manos de muchos psiquiatras y los síntomas sugerían un trastorno dismórfico corporal asociado a comorbilidad en eje II. Él no sabía cómo ayudar a su hija y creía que firmando las recetas de Sibutramina se iba a acabar el conflicto, pues lograría estar delgada. Fui enfática en la necesidad de control por algún profesional de la salud mental. Me dijo que él se encargaría, pero nunca más tocamos el tema... Luego de algunos meses, me trasladé de ciudad, perdiendo contacto con ellos.

Ahora que estoy cursando mi programa de especialización en Psiquiatría puedo darme cuenta de lo sucedido con aquella paciente: había una distancia entre la silueta real y la delgada, generando una sensación de falla, que fue construyendo una identidad de menoscabo y vergüenza, reforzada constantemente por la mala relación con su madre y hermana. Además, había un manejo deficiente de la tensión ambiente - individuo: ante cualquier estresor, la paciente utilizaba la ingesta de carbohidratos como solución inmediata al desequilibrio de bienestar, calmando sus conflictos inconscientes con la comida, preparada por su madre (“comer psíquico”).

Si lo analizo en relación a la conflictiva adolescente, ella estaba en un periodo de cambios: corporales, hormonales, familiares (separación sutil con la figura de apego) y sociales (necesidad de aceptación por parte del grupo de amigos mayores), los cuales están asociados a desregulaciones emocionales importantes, que lamentablemente utilizaron el comer como función psíquica de reconfort y consuelo, perpetuando su sobrepeso.

¿Habrá estado la paciente sufriendo una crisis de identidad, al notar la discrepancias entre la autopercepción y la percepción de los demás (cargadas por la psicopatología materna, quien era su figura de apego?) o se trataba de una difusión de identidad que no fue explorada cuidadosamente?; ¿Podría tratarse de una reacción a una dinámica familiar alterada y comportarse como chivo expiatorio?; ¿Habría un trastorno ansioso o afectivo concomitante?... Miles de interrogantes que al momento de evaluarla no surgieron, pero que al analizarlas retrospectivamente habría sido importante dilucidar, para evitar que se perpetuara en la adultez como algún trastorno específico.

Referencias.

Kernberg, P.; Weiner, A., Bardenstein, K. Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes. Editorial Manual Moderno. Año 2000.

Behar, R.; Figueroa, G. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Segunda Edición. Editorial Mediterráneo. Año 2010.

Cordella, P. Anorexia, Bulimia y Obesidad. Experiencia y reflexión con pacientes y familias. Editorial Universidad Católica de Chile. Año 2010.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

Dr. José Casas Rivero Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Universitario de la Paz. Madrid.

El Síndrome de Fatiga Crónica se caracteriza por un profundo e incapacitante cansancio, que conlleva una importante reducción de la actividad previa del paciente, tanto personal, social, educativa o laboral.

Caso clínico.

Macarena consulta por primera vez con 14 años y medio, refiere un episodio de dolor abdominal con estreñimiento dos años antes, es estudiada en un hospital sin encontrar ninguna patología, pero deja de acudir al colegio durante más de un mes, tiene que ser el padre el que le lleva por la fuerza para normalizar su escolarización.

Hace un año presenta un cuadro febril con faringitis y adenopatías generalizadas de unas dos o tres semanas de duración, ingresa en el hospital donde desaparece la fiebre aunque persiste un estado de astenia y malestar general importante. Se realizan múltiples estudios (Serología para citomegalovirus, toxoplasmosis, mononucleosis...) que son negativos, a excepción de la enfermedad de Lyme, por lo que es tratada con doxiclina, sin embargo el estado clínico de la paciente no mejora. La prueba confirmatoria de la enfermedad de Lyme (Western Blot) llega negativa unos días después.

Es dada de alta y en su domicilio persiste el cansancio, pierde desde su peso habitual de 60 hasta 54 Kg., para una talla de 178 cm. Se queda tan débil que no es capaz de subir escaleras. No sale prácticamente de casa y empieza a tener, además del cansancio, mareos cada vez que intenta ponerse de pie o pasa de estar tumbada a de pie, con pérdida de visión, sensación de giro de objetos y llegando a caerse al suelo alguna vez, se tiene que sujetar a las paredes cuando va al cuarto de baño desde su habitación.

No se examina de la tercera evaluación, al ser buena estudiante y autoexigente se preocupa mucho y los padres acaban decidiendo que repita curso. Durante el verano en vacaciones en la playa no mejora, sale obligada con sus padres y sólo va a la playa a bañarse dos días.

Al comenzar el curso queda con dos amigas para ir juntas y, aunque va muy cansada, consigue no faltar a clase e incluso salir los fines de semana y divertirse, hasta que al comienzo del 2º trimestre tiene un proceso gripal tras el cuál el cansancio se intensifica y se agravan los mareos. Lleva 3 meses sin ir al colegio, le han llevado a un Otorrinolaringólogo, neurólogo, cirujano maxilofacial, servicio de infecciosas y de medicina interna, se han realizado EEG, RNM, EKG y múltiples análisis de sangre que son normales a excepción de la serología para Mononucleosis que unas veces es positiva y otras negativa.

Está todo el rato en su casa, las amigas no van a verle, se levanta cada vez más tarde, porque por las mañanas está peor y se anima algo más por la tarde pero, últimamente se levanta casi a la hora de comer y no se duerme hasta las 4 o 5 de la madrugada. Pasa todo el día tumbada en el sofá viendo la televisión y por la noche con el ordenador. Está harta de que le digan que no tiene nada, que es una vaga y que todo está en su cabeza, está triste pero es por qué no puede hacer nada de lo que hacía antes, como ir a clase, salir con los amigos y entrenar en el equipo de baloncesto, donde era pívot y de los buenos.

La Exploración Física en este momento es normal. Las articulaciones no muestran signos inflamatorios ni limitación al movimiento, pero las caderas y codos son dolorosas a la palpación, también tiene dolor a la presión en los grandes grupos musculares y zona lumbosacra, occipito-cervical e isquio-pubiana.

Se realiza un test de la mesa basculante que tiene que ser interrumpido porque presenta un síncope muy aparatoso que precisa ser revertido con atropina y maniobras de resucitación. Con el diagnóstico de síncope neurocardigénico se instaaura el tratamiento específico con propanolol al que se asocia midodrine, mejoran los mareos y algo el cansancio, pero la sensación de dolor muscular persiste. Cada vez está más irascible, no consigue reintegrarse al colegio y el horario de sueño es cada vez más caótico. Se intenta que vaya al psicólogo pero ella se niega, dice que lo único que le pasa es que está cansada, que si se lo quitan se le pasaran todos los problemas. Como no consigue salir de casa y cada vez que intenta hacer algo de ejercicio está peor durante varios días, se le envía al Hospital de Día con el fin de estructurar su actividad e intentar reincorporarle al colegio, de nuevo se niega a ir porque “no estoy loca”, “quitarme este cansancio y seré normal”.

El curso siguiente se matricula en turno de tarde y consigue acudir a muchas de las clases e ir aprobando, aunque el esfuerzo mental de concentrarse le cuesta y le cansa. A pesar de todo, los horarios de sueño siguen siendo un desastre, no se duerme hasta después de las 4 de la madrugada. Se intenta el tratamiento con distintas benzodiazepinas sin éxito. Mejora claramente al administrar melatonina en la cena.

Progresivamente consigue ir teniendo más actividad física, aunque si se fuerza luego pasa al menos dos o tres días en los que no puede hacer nada, está conociendo sus límites e intenta ir aumentándolos poco a poco, sobre todo porque se ha enamorado y quiere poder salir con su novio como cualquier chica normal, sin tener que volver a casa porque está agotada, de hecho se ha apuntado a un gimnasio para ir regularmente.

Ha presentado en estos años de seguimiento varios episodios “gripales” con adenopatías y faringitis, que empeoran el cansancio durante un periodo variable de tiempo que cada vez es más corto. Tanto Macarena como su familia, (y su novio) han ido identificando las señales de la Fatiga Crónica, adaptándose para poder realizar una vida lo más normal posible e ir mejorando toda la sintomatología dentro de lo posible.

El cansancio, la fatiga y el sueño son una queja muy frecuente en la adolescencia, hasta un 70% de los adolescentes de los adolescentes refieren tener demasiado sueño y estar cansados durante el día. La mayoría de las veces esto es debido a un déficit crónico de horas de sueño y a una mala “higiene” del mismo. En ocasiones puede deberse a razones médicas o psicológicas. Es importante distinguir entre los que tan solo necesitan “reorganizar” sus horarios con los que precisan evaluación y tratamiento, bien sea médico o psiquiátrico, y los que pueden padecer un Síndrome de Fatiga Crónica.

El Síndrome de Fatiga Crónica es una enfermedad debilitante y compleja, que puede representar un verdadero reto para diagnosticar y tratar y que en ocasiones lleva tanto al paciente como al profesional a un estado de confusión y frustración. Muy frecuentemente los pacientes son diagnosticados de fobia escolar, ansiedad, depresión o problemas de disfunción familiar. Un mejor conocimiento y un rápido

diagnóstico de este Síndrome pueden evitar esta situación, mejorar la evolución del paciente y ahorrarle el peregrinaje por múltiples especialistas y pruebas complementarias.

Definición.

El Síndrome de Fatiga Crónica se caracteriza por un profundo e incapacitante cansancio, no debido al ejercicio y que no se alivia con el reposo de al menos 6 meses de duración, que conlleva una importante reducción de la actividad previa del paciente, tanto personal, social, educativa o laboral. Además debe de acompañarse de 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades de concentración y pérdida de memoria.
2. Faringitis recurrentes.
3. Adenopatías.
4. Dolor muscular.
5. Dolor Articular.
6. Jaquecas de nueva aparición.
7. Sueño no reparador.
8. Fatiga tras el esfuerzo (físico o mental) que persiste más de 24 horas después del mismo.

Debido al potencial impacto, tanto social como educativo, en niños y adolescentes existe el consenso que 6 meses es demasiado tiempo para el diagnóstico y se ha propuesto que sea de 8 semanas a 3 meses.

Referencias.

Turnbull N, Shaw EJ, Baker R, Dunsdon S, Costin N, Britton G, Kuntze S and Norman R (2007). Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) in adults and children. London: Royal College of General Practitioners.

NICE Full Guidance Royal College of Paediatrics & Child Health. Evidence Based Guideline for the Management of CFS/ME (Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalopathy) in Children and Young People. 2004. London, Royal College of Paediatrics and Child Health.

Fukuda,K.; Strauss,S.; Hickie,I.; Sharpe,M.; Dobbins,J.; Komaroff, A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine* 1994. 121; 943-949.

UN CASO DE FIBROSIS QUÍSTICA CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE PULMÓN.

Beatriz Sanz Herrero. Psicólogo Clínico. Hospital Niño Jesús de Madrid.

La fibrosis quística del páncreas es una enfermedad hereditaria y grave de los niños, adolescentes y adultos jóvenes debida a una disfunción generalizada de las glándulas exocrinas. En los casos que presentan sintomatología completa existe neumopatía crónica, deficiencia pancreática, cifras anormalmente altas de electrolitos en el sudor y en algunos casos cirrosis hepática.

Es una enfermedad hereditaria que provoca la acumulación de moco espeso y pegajoso en los pulmones y el tubo digestivo. Es uno de los tipos de enfermedad pulmonar crónica más común en niños y adultos jóvenes, y puede ocasionar la muerte prematura.

Elena de 14 años, tiene fibrosis quística.

Me encuentro con una madre desesperanzada, y con una importante situación de descuido en el tratamiento de la niña. No hace fisioterapia, no come casi nada por boca, (tiene gastrostomía desde el mes de Julio cuando estuvo 3 semanas en la UCI), no hace nada en todo el día, solo quiere estar durmiendo, que pase el tiempo y... de noche no puede dormir. Toma medicación (Prozac antidepressiva y orfidal) desde que estuvo ingresada en la UCI, con un estado de alerta permanente (no quería dormir por el miedo a no despertarse). No hace nada, no tiene horarios ni para levantarse, ni de comidas, ni sale a la calle. Sólo hay desorden, desorden y descuido.

La madre está también deprimida, desesperanzada sobre todo, dice que no cree en los psicólogos y que ella no piensa tomar medicación.

En esta familia nos encontramos con un proceso de duelo importante desde la muerte del padre hace dos años y medio, que desemboca en una dificultad para reconocer los signos de la enfermedad y un descuido de los tratamientos.

Una madre desesperanzada que pasó 3 semanas en la UCI pensando que su hija se moría y tuvo que hacer un trabajo de duelo, de separación, de despedida que

ahora la impide volver a investirla, imaginar un futuro con ella, transmitirla esperanza en algo en lo que ella ya no puede creer.

No puede ilusionarse ni pensar en el futuro y desde su propio descuido, descuida sus funciones parentales.

La primera vez que las veo, primero habla la madre me dice que ya ha hablado con otra psicóloga porque su hija estaba baja de peso, que ella ya sabe que los problemas los tiene que llevar uno solo.

Al hermano mayor le operaron de corazón, el padre murió hace 2 años y medio, y ella está pendiente de trasplante. La madre inunda de información y de angustia, habla de situaciones terribles como si fueran datos del desarrollo. Le digo a la madre que espere fuera y me quedo sola con la paciente.

Me dice que estuvo ingresada este verano en la UCI, “Me hicieron la gastrostomía porque no comía, tenía una traqueo, un agujero aquí, no tenía voz”; le pregunto qué más cosas le pasan... “un herpes en un ojo, he perdido de este oído desde lo de este verano”. Hoy la tienen que pinchar en un brazo y no quiere que la pinchen. “No quiero que me operen”, pregunto qué sabe de la operación, que me ponen el pulmón de una persona que está muerta. Qué se ha imaginado; no sé cuánto va a ocupar la raja. Que luego me llevan a la UCI, que tengo que estar un tiempo tomando pastillas para no rechazarlo y que también un tiempo tengo que llevar mascarilla.

Inundación, condensación de contenidos. Imagen de una situación de caos tremendo en la que hay que empezar a discriminar. Trato de pensar y poner un poco de orden.

Le planteo que es diferente lo que le pasa a ella de lo que le pasó a su padre. Que ella es distinta de su padre y tiene una enfermedad diferente.

Le digo que no es lo mismo como estuvo este verano, que en la UCI cuando salga de la operación con unos pulmones sanos. Que ella entró por una situación de urgencia y es diferente de preparar el momento del trasplante para estar en las mejores condiciones.

Me hace un recorrido por todo lo que anda mal en su cuerpo. (Casi tengo la sensación de tener que discriminar desde lo corporal, este brazo te duele, este no, este oído oye, este no... Como en los primeros momentos de un bebé cuando empiezan a nombrarle las distintas partes para que él empiece a reconocerse). Se trabaja en la consulta en reconocer el sufrimiento de esta madre, poner palabras a esta situación tan dolorosa, que la impide volver a engancharse con la vida de esta hija. No puede renovar sus esperanzas, se tiene que proteger frente a tanto dolor. La madre se queda muy desconcertada, extrañada, cuando la pregunto por los primeros momentos, el nacimiento y el parto, cómo era de bebé y quién pensó su nombre. Me mira como si la hablara en chino y hace un esfuerzo enorme por recordar parte de una historia, su propia historia de la que a la vez insiste en que no quiere saber..., no quiere pensar en el pasado.

Va recordando... Dice que " el nombre lo eligió el padre, era su ojito derecho. En realidad a mí ninguno de los tres me hizo gracia, era cosa de mi marido, él sí decía ahora es el momento de ir a por otro..."

Sigue hablando " Y si le digo las veces que he pensado que estaría mejor si me quitara de en medio, no seguir viviendo así... se lo cuento cuantas veces?? Pero no lo hago claro... No me extraña que tal cómo está a ratos se le quiten las ganas, que no quiera seguir, tal como está dependiendo del oxígeno."

Se sorprende cuando le digo que entiendo que ella no pueda más y sienta eso pero que su hija lo que está diciendo es otra cosa. Vuelvo a preguntar si alguna vez ha oído a su hija decir que no quiere vivir. Le planteo que en realidad de lo que habla su hija es de su miedo a morir y que por eso no se quiere operar, que su hija sí tiene deseos de seguir viviendo. Es necesario separar, limitar, y diferenciar el sufrimiento de cada una.

Hablo a la madre del trabajo de los médicos y le digo que el suyo es otro trabajo. Que tranquilizarla y darle confianza lo pueden hacer los médicos, pero el deseo de vivir sólo ella. Trato de devolver a la madre su propia capacidad. Ella es la única que puede transmitirla el deseo de vivir, es un papel que nadie puede hacer. Dice que ha cambiado al aceptar una salida en el trasplante. "El trasplante lo decidí porque no había otro camino, no es una operación fácil". Hablamos de lo difícil de

tomar esa decisión sola, lo duro de hacerse cargo de todo sola, de la enfermedad sin su marido”.

Los padres no son sólo cuidadores, son defensores de la historia y la individualidad de sus hijos; y a través de sus propias palabras tratar de poner un poco de orden, situarles en un lugar en medio de tanto caos.

Lo habíamos hablado varias veces, no quería operarse para el trasplante porque tenía mucho miedo de morir en la operación. Su padre había muerto en una UCI hacía un año y medio, nadie habla de ello y ella no puede aún preguntar qué pasó. Habla de estar en espera del trasplante, no quiere que la pongan en la lista, el día anterior a ir a Puerta de Hierro está muy nerviosa, llora mucho. Cuando nos volvemos a ver a aparecer una cierta sensación de tranquilidad y empezamos a hablar de otras cosas, del miedo a que le duela, a los pinchazos, a la anestesia y no poder despertar, a estar sola en la UCI, a necesitar hablar con alguien... De la lista del trasplante dice “Ya no me puedo borrar...” Necesitamos pensar qué significa eso para ella.

La realidad es que no es algo sobre lo que ella pueda ni deba decidir. Un niño no puede continuar viviendo si no hay alguien que sostiene el interés. Esa decisión es necesariamente algo del orden de la función parental. Es importante en este caso porque desde la situación depresiva de la madre, mucho de esta función ha sido asumido por el equipo del hospital.

La paciente va haciendo un proceso interno en el que vamos viendo indicadores de su mejoría y de su propia capacidad de autocuidado.

(Empieza a estar un poco más activa en casa y decide ordenar ella su habitación. Después de varios meses sin querer mirarla o tocarla, se limpia ella su sonda de gastrostomía. Está comiendo un poco más y duerme mejor. Ha salido con las amigas a un Burguer, se mira al espejo y se gusta. Está dejando de dormir la siesta porque tiene muchas cosas que hacer. Quiere contar a una amiga que está pendiente de un trasplante).

Ha vuelto a tener la regla (No la tenía desde la UCI). Al preguntar por esto dice que su madre ya la dijo que en la UCI todo se para.

Tiene clase en su domicilio por la mañana y por la tarde. (La madre ha organizado los trámites) Empieza a hacer mejor los tratamientos.

A finales de Marzo, a pesar de un ligero empeoramiento clínico, está animada, ha empezado a hacer mejor la fisioterapia. (Al principio decía para qué la fisioterapia si estos me los van a quitar) Del cambio ella dice “No me toca otra que hacerla bien, porque si no me regañan, mi madre y la doctora”. Capacidad de cuidado e interés que ella puede interiorizar, que la permite protegerse desde la identificación con el otro.

Ha cambiado su firma eligiendo una forma de escribir su nombre diferente a la que le gustaba a su padre.

La hermana dice que empieza a estar hasta coqueta, la gusta mirarse al espejo, se echa su crema, su vaselina, ha elegido unas mechas. Se sonríe y comenta “Si estás viva, hay que renovarse”.

Empieza a salir de una situación de duelo congelado, que la permite sobrevivir y cuidarse, desprenderse y despedirse sin tanta culpa que la impidiera pensar o imaginar un futuro para ella.

3. ABORDAJE DEL EMBARAZO Y MATERNAJE ADOLESCENTE.

Nota de los Editores.

Las autoras de este capítulo, la doctora Bayo, psiquiatra, dirige un programa de seguimiento de embarazos y maternaje en Madrid, María Carrera, psicóloga, comparte el mismo proyecto en Mallorca y la doctora Partarrieu coordina un equipo de ginecología de adolescentes en Santiago de Chile.

Aportan tres casos de adolescentes que han estado embarazadas. Las dos primeras con antecedentes de trastornos alimentarios y problemas de conducta acuden cuando ya son madres, La última, embarazada de 20 semanas es un curioso ejemplo de responsabilidad compartida. En la paciente de la doctora Bayo, la intervención se ha centrado en la díada, ella como madre, en el bebé y su normal desarrollo evolutivo. María Carrera nos ilustra con el segundo caso donde es imposible establecer una relación terapéutica. Su bebé le genera ansiedad, culpa, rechazo y es incapaz de responsabilizarse de ella delegando casi al completo sus cuidados en sus padres. El tercer caso, es diferente, viene con su pareja también adolescente, quiere controlarse. A las 39 semanas comienza el trabajo de parto, Le acompaña su novio.

EMBARAZO Y MATERNAJE EN UNA ADOLESCENTE QUE SUFRE UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN.

Carmen Bayo Fernández. Psiquiatra Infantil. Responsable Del Programa De Seguimiento De Embarazos TCA.

Introducción.

La paciente acude al Programa de Seguimiento Preventivo de Embarazadas y Madres con Trastorno de Alimentación y sus Hijos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Niño Jesús. Tiene dieciocho años y su hijo ocho meses. Inició su Trastorno de Alimentación con doce años y le fue diagnosticado a los catorce (Bulimia Nerviosa Purgativa). El Trastorno de Alimentación está activo en el momento de acudir al Programa.

La paciente.

Quiso cambiar. Quiso ser otra. Llevaba enferma desde los doce años. En tratamiento específico para su Trastorno de Alimentación Purgobulímico desde los catorce. Tiene quince años. Quiere estudiar. Se resiste al tratamiento. Bebe alcohol todos los días. Sale mucho con un grupo que también toma drogas. Con dieciséis años conoce a su novio diez años mayor. Corta con todo. Se relaciona solo con él. Viven a temporadas en la calle, como “Okupas”. Suspende el curso y se queda embarazada antes de cumplir los diecisiete años. Vive con su pareja en casa de la abuela paterna del futuro bebé. Logra ingresar en la Universidad durante su embarazo. Vomita todos los días, lo que más le preocupa es que sangra al hacerlo. El niño nace y ella continúa vomitando.

Es entonces cuando la conocemos. Nos dice que su embarazo fue premeditado, que no le gustan los niños y que se asombra de esta paradoja. Manifiesta que con su madre, que ahora es un gran apoyo, se ha llevado muy mal. Ella lo relaciona directamente con que no le dio de mamar. “Tengo fantasías. La leche y las galletas con las que me he atracado y me sigo atracando para después vomitar son el equivalente de la lactancia escasa que tuve. Debo dar de mamar a mi hijo por lo menos un año, para que esté bien en el futuro. Tengo miedo a que deje de mamar. Si él no me hubiera aceptado el pecho, habría sido para mí la peor ofensa que me pudiera hacer y añade: “la leche y las galletas son muchas veces mi único consuelo.”

La relación con la pareja y la abuela por línea paterna empeoran. El padre padece un Trastorno de Personalidad Borderline con uso y adicción a tóxicos que le dificultan una adaptación normal al ámbito laboral y familiar.

Parto y Recién Nacido.

El parto fue largo. El niño no sufrió, la paciente sí lo hizo. Se acuerda de poco y todos los días hace esfuerzos por recordar detalles. Se los pregunta también a su pareja. “No quiero olvidar el parto...”. El Recién Nacido presentó un Apgar de 10/10, pesó 3,380 Kg., fue completamente normal.

Vínculo precoz y actual.

Empieza a notar movimientos fetales al cuarto mes. Desde entonces, si estaba unas horas quieto, hacía lo posible para que se moviera. No quería tenerlo muerto dentro de mí, cómo vomitaba casi todos los días...”

Durante el embarazo pensó que el niño iba a ser tranquilo como ella y sus hermanos. “De niños, como nos gustaba leer, no necesitábamos mucha actividad.” Fantaseaba en positivo, tenía muchas ganas de verlo y darle de mamar. La organización vincular con el niño es normal, permitiendo la exploración y propiciando diferenciación. La adaptación materna precoz es también normal: la satisfacción que le produce su compañía, el deseo de cuidarlo, de estar con él, la seguridad de ser una buena madre y de poder sacarlo adelante, el disfrute en la interacción y cuidados etc. Se hace una crítica “A veces creo que lo estoy manipulando, haciéndole dependiente del pecho, quiero que me quiera, así me justifico.”

Intervención terapéutica.

El foco sobre la madre adolescente ha sido apoyo y motivación para iniciar un tratamiento específico TCA intensivo en Hospital de Día. La intervención general se ha centrado en la díada, en la paciente como madre, en el bebé y su desarrollo evolutivo normal.

La paciente ha sido escuchada y apoyada, por fin ha podido decir que no se enfrenta a la realidad, que tiene miedo a tomar la decisión de ponerse realmente en tratamiento. Escuchar y apoyar hasta poder preguntarle sin que ella abandone acerca del síntoma que le preocupa:¿ podría ser posible pensar que una prioridad

fuera que dejaras de sangrar?” Y que ella acuda a su sensible doctora de cabecera que le explica “sangras por el esfuerzo”, sin culparla ni acusarla.

Parte del apoyo ha sido devolverle que su vinculación con su hijo es normal, que su bebé también lo es, que ella cumple, siguiendo a Winnicott, “suficientemente bien” sus tareas emocionales correspondientes a la etapa del ciclo vital familiar y a su función materna.

Se ha trabajado con ella desde los ocho a los doce meses del niño. El Servicio de Pediatría (Doctora Gladys Yep) ha participado en la misma línea, devolver a la madre que el niño está sano y que su crianza es normal. Cuando el niño cumple doce meses la madre ingresa en el Hospital de Día. A los dieciocho meses del bebé los vómitos han cesado, el niño continúa evolucionando normalmente y ella ha aprobado con buenas notas sus primeros exámenes en la Universidad. Se ha separado y se ha ido a vivir con su hijo al domicilio materno.

Comentario.

La paciente transita por su adolescencia fugazmente, saltándose etapas, mezclándolas confusamente, cargando con un trastorno mental de gravedad media, dando forma y contenido a su vida superando obstáculos. Solo así ha podido avanzar. No es posible dudar de su resiliencia. Su vulnerabilidad puede asociarse a la pérdida del padre a los seis años de edad y a la imposición precoz de dietas por su madre, que no quería que fuera “rellenita” como ella.

La joven no es capaz de satisfacer por sí misma su “hambre de amor”, siente que la madre, que debería abastecerla, mantiene ese vacío desde la infancia. La paciente ha vivido una permanente “dieta de amor” impuesta por su madre. Por eso quiere dar el pecho al niño, por rellenar su posible carencia a futuro. Se queda embarazada para abastecer. Su Yo, aún no integrado, oscila entre la madre y el hijo. Funciona en un “como si” mirando a una y otro. Aun tiene que internalizar situaciones externas. Coloca todo fuera, en su madre y su hijo, no en ella. Un buen comienzo es descubrir a una madre competente y relacionar esa competencia actual con que en su infancia sí pudo amarla y cuidarla.

Finalmente rechaza continuar viviendo en pareja con un hombre con el que considera que no tiene futuro antes de que el bebé cumpla un año.

El profesor Alan Stein(1) recuerda que alimentar a un bebé es un objetivo central en la crianza de un niño y que esto es un desafío para pacientes con Trastorno de Alimentación. Subraya el autor que al ser la preocupación sobre la propia alimentación y el propio cuerpo el núcleo de estos Trastornos equivaldría, en la relación madre hijo, a un descenso o empobrecimiento de atención hacia él. Nuestra paciente alimenta bien a su hijo, no se preocupa, no piensa en su cuerpo y su alimentación obsesivamente. Tiene la certeza de que se atracará y vomitará cada día. Pero esa certeza no le dificulta la crianza y maternaje del bebé, aunque sabe que debe buscar tratamiento para su enfermedad.

Siguiendo a la profesora Sarah Landy(2) existen diferentes niveles de intervención y tratamiento precoces a determinar en embarazo y maternaje adolescente. Desde la situación en que ambos padres del bebé sean enfermos mentales graves, con riesgo de retirada del hijo a la madre y bajo nivel sociocultural y económico hasta ser, al menos uno de los padres, “razonablemente adecuado”, con deseo de cuidar y conocer mejor al bebé y su desarrollo, con apoyo familiar, con un nivel aceptable sociocultural y económico, con planes de formación y trabajo a futuro en marcha. La doctora Landy insiste en no dar nada por supuesto, no anclarse en clichés, pensar en evolución, en prevención, en “liberar desarrollo”(3), ese es nuestro trabajo.

Referencias.

Alan Stein. M.D. Leopold Muller Centre for Child Family Health. The Royal Free & University medical School, Hampstead, London, United Kingdom. Comunicación en la 6 Conferencia Internacional sobre Trastornos de Alimentación. Barcelona 2006.
www.aedweb.org

Sarah Landy, ph. D. Prof. Univ. Toronto. Early Intervention with Multy-Risk Families. An Integrative Approach. Paul H. Brookes Publishing C°. 2006.

Dr. Gonzalo Morandé (comunicación personal.)

“EL EMBARAZO EN UNA ADOLESCENTE CON UN TCA”

María Carrera Ferrer. Psicóloga Clínica. Unidad De Trastornos Alimentarios.
Hospital Univ. Son Espases. Palma De Mallorca

Introducción.

Los TA afectan a mujeres en edad fértil. Algunas de ellas desean tener hijos a pesar de que un gran número de embarazos en mujeres TA no son programados. El embarazo plantea a la mujer nuevas realidades que se perciben de diferentes maneras:

- 1- La aparición de un nuevo ser, un tercero en una relación diádica.
- 2- Importantes modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y además conlleva la posibilidad de daño corporal.
- 3- Un cambio en el papel social.

Las mujeres se enfrentan a la gestación con ambivalencia, sienten un deseo intenso del hijo, pero a la vez temen el resultado. La situación del embarazo genera ansiedad en parte debido a las demandas sociales. Algunas alteraciones psicológicas pueden favorecer la aparición de complicaciones en el embarazo y deteriorar la futura crianza. Las pacientes TCA embarazadas se enfrentan a todas estas realidades temiendo de forma intensa todos los cambios corporales que acontecerán y dada su patología, con dificultades para diferenciarse del bebé. El feto es a menudo “el salvador” a través del cual la paciente podrá salir de la enfermedad.

Numerosos estudios reflejan las dificultades que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio de las pacientes TA, si bien algunos de ellos son contradictorios por lo que se debe continuar investigando.

La literatura nos muestra, además, que embarazos con complicaciones podrían influir en la calidad del apego tras el nacimiento. En este trabajo, a través de un caso clínico, ejemplificamos el proceso de embarazo de una paciente adolescente TA y sus dificultades, especialmente en el establecimiento de un vínculo precoz con el feto y la crianza.

Caso Clínico.

La paciente es una chica de 17 años que vive en el domicilio familiar. Con dificultades ha acabado los estudios de secundaria, desde el verano tiene un trabajo temporal en el negocio familiar.

Atendimos a esta adolescente por primera vez a los 12 años por un cuadro de Anorexia Nerviosa Purgativa. Acudió con sus padres desesperados y precisó un ingreso por su bajo IMC y la imposibilidad de parar las conductas purgativas. Presentaba un miedo intenso a separarse de sus progenitores que provenía de la infancia y nunca había sido tratado. Como desencadenante del trastorno apareció un acoso escolar a los 11 años. Los chicos le llamaban gorda y también había habido comentarios por algún familiar ridiculizando su culo. Tuvimos que derivarla a otro hospital por no disponer de camas infantiles en esa época. Al alta, las conductas restrictivas y purgativas habían empeorado por lo que precisó 6 ingresos más, esta vez ya en nuestro hospital y alguna estancia breve en Hospital de Día de TCA.

Lo que caracterizaba a esta chica era su incapacidad para vincularse con algún terapeuta, lo intentábamos todos, marcaba una gran distancia y manifestaba una absoluta desconfianza hacia el equipo terapéutico que transmitía a los padres o quizá era al revés. No era capaz de manifestar lo que sentía y sus palabras eran “voy a deslomar a mi caballo de lo que peso” transmitiendo una angustia intensa. Su desconfianza hacia nosotros se había instaurado y sentíamos que no podríamos ayudarle. Decidimos centrar su tratamiento en un solo terapeuta que trasladó a la paciente la responsabilidad del mismo y le dio la confianza necesaria para que ella empezara a creer en sí misma. Aparecieron dificultades enormes en sus relaciones con los pares y también con sus padres, viviendo una larga temporada muy aislada y sin poder acudir a clase. Al fin encontró algunos iguales, no muy recomendables, con los que identificarse y aparecieron conductas de riesgo como fumar hachís, beber, alguna autolesión, transgredir normas familiares etc. Todo apuntaba hacia la configuración de un trastorno de personalidad, sin embargo algo había cambiado ya que empezaba a confiar en el terapeuta y la alimentación mejoraba poco a poco. Inició una relación de pareja estable, bastante mayor que ella consumidor de cannabis, consiguió hacer los cursos de la ESO (Educación Obligatoria Secundaria) que le faltaban y empezó a trabajar en verano en el negocio familiar. Un embarazo

no deseado puso a prueba su incipiente estabilidad. La paciente decidió interrumpirlo y en todo momento sus decisiones fueron apoyadas por sus padres. Tras el aborto, aparecieron los sentimientos de culpa y se acentuó la tremenda insatisfacción con su imagen corporal.

A los pocos meses estaba nuevamente embarazada y esta vez decidió proseguir el embarazo. Pudo sentir a los padres como figuras vinculares seguras que responden ante las dificultades sin criticar.

Durante el embarazo continuó viviendo en el domicilio familiar con su pareja. La vinculación precoz con el bebé era muy pobre, manifestaba una intensa ambigüedad hacia el feto, no era capaz de diferenciarlo de sí misma ni podía interactuar con él, ni representárselo; quizá, pensaba, el bebé le ayudaría a encontrarse mejor. No podía imaginarse como madre. Tuvimos que trabajar la vinculación precoz con el bebé, ayudarle a hablar de la niña que venía, animarle para que le pusiera nombre, aconsejar a la futura abuela y apoyarle, pues la sentíamos frágil, el abuelo parecía fuerte e incluso ilusionado con la idea de tener una nieta.

Durante el embarazo cuidó su alimentación y dejó el consumo de tabaco y cannabis para no perjudicar al feto. Negaba los miedos propios de todas las embarazadas y sólo en el tercer trimestre consiguió manifestar la preocupación intensa que le producían los cambios corporales que estaba sintiendo y el temor que le producía el sufrir una depresión post-parto. Acudía a clases de preparación al parto y puerperio y hacía relajación y yoga. La relación con los padres y hermanas era buena, se dejaba cuidar y la sobreprotegían. Apenas mencionaba la relación con su pareja y él había permanecido al margen de todas las decisiones que se tomaban, parecía que había tensiones entre ellos que ella negaba. Finalmente alumbró una niña de 3 Kg. en un parto normal. Inició lactancia artificial sin dificultades aunque eran los abuelos quienes se encargaban de la niña. No hubo presencia de sintomatología depresiva tras el parto, pero sí activación de la distorsión de la imagen corporal y de su inseguridad.

Al cabo de un tiempo va vivir a otro pueblo con su hija y su pareja. Durante esa época la veo triste, preocupada y dice sentirse muy sola, finalmente se separa de la pareja y refiere maltratos psicológicos por parte de él. Pasa por períodos de gran

insatisfacción corporal ligados al estado de ánimo pero aún no es capaz de establecer una relación entre ambas cosas. La hija crece normalmente, sin embargo empieza a manifestar una gran ansiedad ante los desconocidos. Su madre se muestra incapaz de calmarla, aunque sí lo consigue el abuelo quien se significa como figura vincular importante, igual que lo era con sus hijas.

El bebé le genera ansiedad, culpa, rechazo y es incapaz de responsabilizarse de ella delegando casi al completo sus cuidados en sus padres que están cada vez más preocupados y apenados al ver la respuesta que da su hija.

La paciente tiene 20 años en la actualidad, ha estado un período largo sin acudir a la unidad ni recibir tratamiento. Empieza a ser consciente de sus dificultades y de la confusión interna que tiene. No sabe quién es, su vida transcurre sin orden, se siente incapaz de trabajar, ha perdido la custodia de su hija que la tienen sus padres. Vive en un mundo irreal, consumiendo sustancias, siendo maltratada por diversas parejas y sintiendo que no se merece nada mejor. Los padres la han echado de casa, pero vuelven a rescatarla y ella acepta acudir a tratamiento para trabajar sobre su personalidad.

Comentarios al caso.

El principal objetivo terapéutico con esta paciente fue el conseguir una vinculación terapéutica para que empezara a caminar, involucrar a sus padres y ayudarles a proporcionar a la hija la seguridad que necesitaba, a la vez que le permitían y le ayudaban a separarse. La maternidad dificultó enormemente esta tarea pues tenía que aprender a separarse de sus padres sin temor al abandono y a la vez iniciar una vinculación con su bebé. El objetivo ahora es el de mantener la vinculación con el terapeuta para que acepte continuar el trabajo sobre su personalidad, y ayudarle a construir un vínculo más seguro con su hija.

Referencias.

- 1 - Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual
Editorial Psimática. 2001
- 2 - Stern D. La primera relación madre-hijo. Ediciones
Morata, S.A. 1983

EMBARAZO ADOLESCENTE: ¿SE PUEDE VENCER LA ESTADÍSTICA?

Dra. Solange Partarrieu .Unidad De Ginecología Infantil. Hospital Roberto Del Rio, Santiago, Chile

La realidad en Chile.

En Chile entre 1990-2001 se ha producido un aumento del porcentaje de nacimientos provenientes de madres adolescentes, menores de 20 años, respecto del total de nacimientos ocurridos e inscritos a nivel nacional, cifra que se incrementó de 13,8% en 1990 a 16,2 % en el 2001⁽¹⁾. En cifras, el año 2001 hubo 39884 hijos de madres adolescentes de los cuales 1162 correspondían a menores de 15 años. El embarazo en este grupo se presenta como un problema social desde el punto de vista de su magnitud, debido a la desaceleración en la baja de las tasas de fecundidad de madres entre 14-19 años, respecto a las tasas de las madres mayores de 19 años. Para el caso de embarazo entre 10-14 años el 2005 registro una tasa de 4,1 por cada mil niñas (no disminuyendo en lo absoluto). Además, sabemos que la posibilidad de volver a embarazarse es del 17% al 40% el primer año y sube a 24% el segundo año. ¿Volver a embarazarse?

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo. Estas circunstancias, en la mayoría de los casos, no le permiten acceder a un trabajo digno que logre satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño ⁽²⁾. En Chile la deserción escolar el año 2000 fue de un 11,3% correspondiendo un 9,9% a la enseñanza media, siendo la principal causa para no asistir a un establecimiento educacional en el caso de las mujeres la maternidad (28,7%) Los hijos de madres adolescentes son más vulnerables a riesgos de salud, lo que incluye enfermedades, accidentes y muerte infantil. Se describen mayor riesgo de déficit cognitivo y problemas socioemocionales, así como a ser más proclives a tener hijos precozmente.

Una historia diferente...

Carolina tiene hoy día 20 años y 2 meses, vive con su madre, su hermana de 26 años y su pequeña hija de 2 años y 7 meses. Es la tercera de tres hermanos por parte de su madre (los tres de parejas diferentes), su mamá tuvo a su primer hijo a los 17 años, no terminó el colegio, es la jefa de familia, pero no consigue trabajos estables y actualmente se encuentra cesante.

A su padre lo conoce hace sólo 6 meses. Descubre que tiene otros 2 hermanos, sin embargo actualmente no habla con él pues al pedirle ayuda para poder estudiar una carrera técnica, él sólo acepta depositar una mensualidad que con suerte alcanza para poder pagar la movilización.

Carolina asiste por primera vez a mi consulta, junto a su pareja Luís, cuando ambos tenían 17 años. Cursaba un embarazo de 20 semanas que se estaba controlando en consultorio de salud municipal, pero me dice que quiere además controlarse de manera particular y que ella y su pololo estaban trabajando para poder atenderse el parto en una clínica privada. Además, me cuenta que ambos habían decidido abandonar el colegio, para poder trabajar y realizar ese año académico con exámenes libres. Llevaban ocho meses pololeando cuando descubre que está embarazada. Ambos sus primeras parejas sexuales, habían comenzado a tener actividad sexual después de 2 meses de relación, se cuidaba con anticonceptivos orales, mal tomados, que ella había ido a pedir al consultorio municipal sin consultarlo con su madre.

Asiste de manera regular, junto a Luís, a todos sus controles. Ella trabaja en una cadena de pizzas a domicilio hasta la semana 34 de embarazo y él trabaja como obrero de la construcción para poder juntar el dinero que le permitiera tener a su hija en una clínica y no en hospital estatal. Desde un comienzo, llama la atención que Carolina asume toda la responsabilidad, junto con Luís, teniendo el apoyo de sus familias, sin embargo son ellos quienes toman las decisiones y no delegan su responsabilidad en sus padres.

Se realizan todas sus ecografías y desde que saben que tendrían una hija, comienzan a comprar todas las cosas que iban a necesitar. La mamá de Carolina la acompaña a algunos controles y me manifiesta su deseo de que su hija tenga un parto vía cesárea, pues ella cree que no lograra soportar el dolor del trabajo de

parto ni pujar de manera adecuada. Sin embargo, Carolina me confiesa que ella prefiere un parto vaginal, pues estudió a través de Internet que es lo mejor para ella y su hija. Así mismo, me expresa que intentará no utilizar analgésicos durante el trabajo de parto y que estaba practicando ejercicios de respiración para el manejo del dolor.

El día 14 de agosto 2008, a las 39 semanas de embarazo comienza el trabajo de parto, Carolina acepta la anestesia peridural para un adecuado manejo del dolor. Luego de tan sólo 4 horas Carolina y Luís solos (no quisieron que nadie más estuviera presente), reciben a su hija Carla Antonia Carolina en un parto sin complicación, donde después de 3 pujos y sin episiotomía nace Carla, pesando 2680gr y con un apgar 9-10. Realizan un apego inmediato los tres de al menos 30 minutos (Carolina habla con la matrona para no perder esta oportunidad, pues ella había estudiado que era el momento más importante para crear un vínculo con su hija).

Tiene un puerperio sin complicaciones y en su control del mes me cuenta que continuará controlándose en el consultorio, pues ella y Luís retomaran sus estudios en un colegio 2 años en uno, por lo tanto no iban a poder seguir trabajando y no contaban con el dinero para mantener sus controles particulares.

Vuelve a mi consulta a fines del año 2010, me cuenta que sigue junto a Luís, pero que no viven juntos pues no quieren empezar su vida como familia de allegados en la casa de sus padres. Me explica que en el consultorio intenta colocarse un dispositivo intrauterino que fracasa pues su útero es muy pequeño. Luego utiliza anticonceptivo inyectable cada 3 meses hasta el año de vida de su hija, pero luego en el consultorio solo le ofrecen anticonceptivos orales, y ella asume que una vez ya falló en la toma correcta y tiene miedo volver a quedar embarazada. Acude junto a Luís, pues tienen temor a que el preservativo también falle, incluso optan por la abstinencia mientras logran juntar el dinero para la consulta. Discutimos las posibilidades y deciden iniciar el uso de anillo anticonceptivo vaginal mensual, gracias a un programa de beneficio (descuento) que dispone el laboratorio. Asiste de manera periódica a sus controles.

Durante estos dos años, ambos terminan sus estudios, Luís se encuentra actualmente estudiando la carrera de técnico en construcción y ella trabaja como

promotora, para mantener a su hija y ayudar a su madre que actualmente se encuentra cesante. El próximo año va a estudiar técnico jurídico.

Le dio lactancia a su hija hasta el año de vida. Ella tiene actualmente 2 años y 7 meses, asiste a un jardín infantil del gobierno, controla esfínter desde el año y 10 meses, no ha tenido ningún problema de salud importante y presenta un adecuado desarrollo psicomotor. Le realiza sus controles de salud tanto en el consultorio municipal, como de manera particular.

Al recopilar su historia, Carolina, demuestra que hay que esperar que algunas de nuestras pacientes, aprendan de su experiencia y sean capaces de salir adelante venciendo toda la estadística que está en su contra.

Referencias.

- 1 - Instituto Nacional de Estadística. *Fecundidad Juvenil en Chile 2006*
- 2 - MOLINA S, Marta et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. méd. Chile [online]. 2004, vol.132, n.1 [citado 2011-03-28], pp. 65-70.

VÍNCULOS MADRE-HIJAS EN ADOLESCENTES Y TRASMISIÓN TRIGENERACIONAL. -

Nota de los Editores.

Dejamos para este último capítulo los trabajos de Neva Milicic y Juana Martínez Ladrón sobre los vínculos con la madre en la adolescencia observados desde dos ángulos. El primero pone énfasis en la adolescencia como período crítico para la interacción con los adultos a cargo y el segundo busca sus raíces en las abuelas, la relación con la madre de la joven y finalmente de ellas dos. Son las mismas madres trece o quince años después nos enseñaba Jorge Thomas recordando cómo se repiten las interacciones.

LA ADOLESCENCIA: UN PERÍODO CRÍTICO PARA LOS VÍNCULOS MADRE-HIJAS.

Neva Milicic. Universidad Católica de Chile

El tema de los vínculos madres hijas, ha ocupado un gran espacio en la literatura psicológica. Numerosos autores han investigado en esta área, y pueden encontrarse infinidad de libros y artículos, que desde diferente perspectivas teóricas, intentan dar cuenta y explicar la complejidad del vínculo, a través de las diferentes etapas del ciclo vital.

La adolescencia es una etapa en que se va a consolidar el desarrollo de la afectividad. Esta dimensión cruza transversalmente las habilidades que fundamentan la vinculación, es muy sensible en su desarrollo a las influencias ambientales. Una afectividad sana es generativa de talentos cognitivos y de bienestar físico y mental, en tanto que una afectividad alterada disminuye el desarrollo intelectual y favorece la aparición de enfermedades físicas y mentales (Céspedes 2008). Es una etapa en que con frecuencia hay una disminución de la autoestima ya que el auto concepto suele cargarse de significaciones negativas, -no soy tan bonita como quisiera-. Una autoestima positiva constituye un elemento central para el bienestar psicosocial. Si las madres caen en un circuito vicioso en relación a la retroalimentación negativa, además de que las niñas, interiorizarán las críticas como parte de su sí mismo, se dañara la relación.

La adolescencia marca un periodo especialmente crítico para la interacción con los adultos a cargo, pero las etapas previas que definen el tipo de apego que la niña haya desarrollado, serán muy decisivas para la evolución de la relación entre madre e hija, en este período de tanta significación para la construcción de la narrativa personal. Si el enfoque educativo ha estado más en los déficit que en las competencias, la relación estará marcada por elementos de resentimiento y de rebelión por lo que los conflictos posiblemente los conflictos tendrán una intensidad mayor.

La queja fundamental de las hijas sobre sus madres, en todas las generaciones ha sido, que ellas tienden a ser exageradamente sobreprotectoras y que ello marca una diferencia con sus hermanos. Las madres a su vez reconocen y describen estos mecanismos como protectores y los justifican por los altos niveles de

ansiedad que experimentan ante las conductas de riesgo que en que pueden verse involucradas las hijas, especialmente al llegar a la adolescencia.

El siguiente diálogo en una sesión terapéutica, pedida por una madre porque su hija de diecisiete años, hace una semana que no le habla.

La explicación que la madre hace del conflicto es la siguiente:

“Julieta esta enojada conmigo. Porque quiere hacer “Su santa voluntad”. No acepta ninguna sugerencia. Faltó dos días al colegio sin autorización. No se arregla, siendo bien bonita parece un mamarracho. Cuando le prohibí la salida con sus amigas el fin de semana, por faltar al colegio dio un portazo y no ha vuelto a hablar conmigo”.

El relato de Julieta de la situación es el que sigue:

“Falté a clases, porque no había nada importante esos días y tenía que preparar un trabajo y estudiar para una prueba. Mi mamá, no confía en mí y no está de acuerdo con ninguna de mis decisiones, sigue considerándome una niña pequeña. Nunca me encuentra nada bien No se da cuenta que he crecido y yo me rebelo. Odio que me controle, mientras más me controla más me rebelo. A mi tampoco me gusta como ella se arregla pero no me meto, no veo porque ella no me deja vestirme como mis amigas”.

Estas dos versiones tan diferentes, pero ambas coherentes y legítimas, desde la perspectiva de dos generaciones, son reflejo de discusiones que se dan cotidianamente en familias de adolescentes las cuales, probablemente no han variado mucho en el transcurso del tiempo.

La comprensión de la enorme significación que esta etapa tiene para el desarrollo de la identidad personal, de la importancia para el proyecto personal que tienen las decisiones que se hacen en este período, lleva a los padres y especialmente a las madres a querer involucrarse, alertar y controlar a sus hijas, lo que es fuertemente resistido por ellas. En un período en que la autonomía, la libertad y la creatividad son altamente valoradas (Milicic, Alcalay y Torretti 2004), por ello las competencias parentales que se requieren son diferentes a las de

etapas anteriores. Se requiere de una enorme flexibilidad para adecuarse a los rápidos cambios que las necesidades de las hijas van experimentando. Es necesario estar disponible y cercana para realizar la función de contención indispensable para mantener los vínculos, pero dejarles espacio para crecer y experimentar, aceptando las diferencias generacionales y personales para evitar tener demasiados conflictos o excesivamente intensos. Solo así ellas podrán ir asumiendo una actitud activa y consciente de hacerse cargo de sus propias decisiones.

Es importante no quedarse atrapado exclusivamente en los conflictos. La valoración de los padres es una pieza esencial en el desarrollo, hay que evitar que la crítica por válida que sea, inunde toda la relación y dañe el vínculo. Hay que cuidar de no ser majaderas en el señalamiento de los déficits. Es imprescindible preservar áreas en que se mantenga un vínculo nutritivo y de fortalecimiento, recalando las competencias, no solo para mantener una buena interacción sino que porque es esencial para la construcción de una identidad positiva.

Esto no es un desafío fácil para las madres, ya que hay mucha ansiedad por los riesgos, a los que están expuestos las adolescentes (Alcohol, drogas, sexo inseguro, embarazo temprano): se ha planteado, que la actitud de búsqueda de riesgo sería un mecanismo evolutivo necesario para favorecer la exploración y construcción de mundos que les corresponderá como nueva generación. La neurociencia viene de algún modo a darle la razón a esta actitud materna. Un grupo de la Universidad de Cornell, de Nueva York y Brown, describió cambios en la actividad cerebral en las áreas del cerebro que almacenan la memoria del miedo. Los ratones adolescentes tenían menor actividad neuronal en la amígdala y en el hipocampo en comparación con los adultos y las crías pequeñas. Ello sumado a una mayor actividad del sistema meso límbico de la dopamina, que los impulsa a buscar placer y recompensa explicaría la tendencia no evaluar suficientemente los riesgos a los que están expuestas.

Por otra parte la rebeldía adolescente que causa tantos disturbios en la relación madre-hija, se origina en gran medida por los cambios que los cerebros y los cuerpos de los niños experimentan en la pubertad. Como plantean Aamodt y Wang (2008) en esta etapa, las especies incluidas los humanos, no controlan demasiado bien los impulsos y buscan a asumir más riesgos, en comparación con los adultos.

Esto se explica porque las conexiones situadas en el cortex prefrontal, que están encargadas de la planificación del futuro y del razonamiento moral, son las que maduran al final. Lo que plantean los autores es que los adolescentes estarían en la mitad del camino para lograr su completa funcionalidad.

Junto con ello el cerebro adolescente es bastante vulnerable, ya que hay equilibrios que se alteran en la adolescencia, como las conexiones entre el cortex prefrontal con el cuerpo estriado y áreas esenciales para el procesamiento emocional como son la amígdala el nucleus accumbus.

Sin duda, estos factores de maduración retardada de algunas áreas del cerebro, podría explicar los comportamientos adolescentes, que más preocupan a las madres, como es la tendencia a correr riesgos sin medir las consecuencias.

Pero para las hijas adolescentes la situación en esta generación se ha complicado con otros elementos en juego. Las madres muchas de las cuales postergaron la maternidad, para tener mejores posibilidades de estudio y trabajo, tienen altas expectativas en relación a los logros de sus hijas y pueden volverse demandantes y exigentes. Ellas esperan que sean exitosas, inteligentes y lindas. La enorme presión sobre las niñas tanto del medio como de sus madres, lleva a estas con frecuencia, a desarrollar cuadros psicopatológicos como trastornos de la conducta alimentaria, depresiones y cuadros ansiosos (Milicic, Mena, López y Justiniano, 2008). Al mismo tiempo las hijas están creciendo en un mundo en que las libertades para las mujeres han aumentado, por lo que temas conflictivos como son la iniciación sexual, el consumo de alcohol y drogas aparecen más temprano, lo que angustia a las madres que pueden sobre focalizarse en intentar el control de estas conductas, descuidando los aspectos más nutritivos del vínculo. Las niñas tienen en sus manos una poderosa herramienta para agredir a sus madres, cual es presentar conductas autodestructivas tales como adicciones, trastornos de la conducta alimentaria Morandé (1995) o intentos de suicidio Cosden (2001), Brent (1989).

Los mecanismos de contención que las madres intentan desplegar, entran en conflicto con la búsqueda de emociones y riesgos de sus hijas, quienes no miden en forma suficiente las consecuencias de sus actos, producto de su menor

sensibilidad al miedo. Es un tema complejo ya que la protección es percibida por las hijas como un freno a su desarrollo y a su libertad.

Las madres a su vez, suelen sentirse culpables, a la vez que relativamente incompetentes, por no lograr construir relaciones suficientemente armoniosas y por la incapacidad de convencer a sus hijas, de la necesidad del auto cuidado. Como plantean Bort, Plock y Renner (2006) la culpa si bien es una emoción legítima es necesario sintonizarla, porque puede ser una ayuda o un obstáculo a la hora de relacionarse con los hijos .Es positiva cuando permite visualizar comportamientos negativos y estimula a cambiarlos. Es negativa, cuando no induce al cambio, es excesiva o paraliza. La tarea de educar y ser un modelo para las hijas, es una responsabilidad que recae prioritariamente sobre la madre, no solo cuando el padre está ausente, sino porque la cultura patriarcal así lo ha determinado. Establecer relaciones fortalecedoras con la hija , supone un vínculo mutuamente satisfactorio, en que haya mutualidad, respeto por la autonomía y autenticidad, en que haya espacio para los desacuerdos y mantener la propia identidad, por lo que es necesario respetar espacio y tolerar una relación más distante.

Un estilo maternal autoritativo como el propuesto por Doménech, Donovick y Crowley (2009), caracterizado por afecto y apoyo parental, junto con normas claras y consistentes que permita a las hijas percibir que cuentan con niveles de autonomía suficientes, así como mantener importantes espacios de relación fuera del área del conflicto, puede constituir un mecanismo protector de los vínculos entre ambas.

Referencias.

- Aamodt, S. y Wang, S. (2008) *Entra en tu cerebro*. Ediciones B. Argentina
- .Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010) *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bort, J. Plock, A. y Renner, D. (2006) *Mamá Culpable*: Editorial Norma .Bogotá.
- Brent, D. (1989) Suicide and suicidal behavior in Children and adolescents. *Pediatric Review*, 10, 269-275.
- Cosden, M. (2001) Risk and resilience for substance abuse among adolescents and adults with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (4), 352-358.

Doménech, M., Donovick, M., Crowley, S. (2009) Parenting styles in a cultura context: observations of “protective parenting” in first generation latinos. *Family Process*, 48, 195-210.

Céspedes, A. (2008) *Cerebro inteligencia y emoción. Neurociencias aplicadas a la educación permanente*: Fundación Mírame: Santiago Chile

Milicic, N. Alcalay, L. y Torretti, A. (1994) *Ser mujer hoy y mañana*. Editorial Sudamericana. Santiago Chile.

Milicic, N., Mena., I.,Lopez., V. y Justiniano, B .(2008). *Clínica Escolar. Prevención y atención en redes*. Ediciones Universidad Católica. Santiago Chile.

Munichin, S. y Fishman, Ch. (1997) *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.

Morandé, G. (1995) *Un peligro llamado anorexia. La tentación de adelgazar*. Ediciones Temas de Hoy .Madrid España.

TRANSMISION DE VINCULO TRIGENERACIONAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Juana Martínez Ladrón. Psiquiatra Infanto-juvenil.Madrid

Las experiencias vinculares de los padres con los abuelos, las representaciones mentales que aquellos tienen de esas experiencias, su conducta como padres determinan las experiencias vinculares de los hijos. Conocemos este proceso como Transmisión Vincular Trigeneracional, que es la cualidad del vínculo transmitida entre generaciones. El trabajo que presentamos, realizado con Carmen Bayo y Begoña Gállego, focaliza la atención en el estudio de la transmisión vincular intergeneracional abuela-madre-hija, utilizando como herramienta el AAI de Mary Main (1).

Viñeta clínica.

Entrevista que corresponde a una mujer de 46 años, madre de una chica de 18, la cual padece Anorexia Nerviosa Restrictiva de 4 años de evolución que necesitó un ingreso prolongado por bajo IMC, y que, en el momento de la entrevista, tiene buena evolución. Esta madre es la tercera de cuatro hermanos, los dos mayores varones y, tras ella, hay una hermana. Nació (la madre) en una zona rural, en una familia dedicada a las labores del campo. Allí vivió hasta los 22 años, edad en la que contrajo matrimonio y se trasladó a Madrid. Trabajó en su propio domicilio confeccionando prendas para un taller textil. Posteriormente se hizo cargo de un negocio que actualmente continúa regentando.

Dice: “Yo recuerdo el campo como algo... no sé... no como Madrid”. Le cuesta encontrar un calificativo para su recuerdo. Desde el comienzo de la entrevista, y a lo largo de toda ella, transmite añoranza por los años pasados en su lugar de origen.

Entre sus primeros recuerdos, hay un hecho que, probablemente, marcó el ser de ésta mujer. Señala: “Recuerdo perfectamente el nacimiento de mi hermana en el campo...”, y cuenta, a continuación, cómo su madre dio a luz a la niña en el camino de vuelta al pueblo. Su padre y los dos hijos mayores tuvieron que atender el parto en un frío día de invierno. Fue un momento de grave riesgo para la vida de la madre (tuvo una intensa hemorragia), y para la recién nacida. Ella -recuerda- estuvo sosteniendo con fuerza la mano de su madre durante el parto. Todo se

resolvió bien e, incluso, este hecho aportó a la familia un pequeño momento de unión y notoriedad: “No hay otro día que se celebre más entrañablemente en mi casa”, comenta ahora, y añade “Yo tengo algo con mi madre...y con mi hermana...algo muy especial”. La expresión de este vínculo especial madre-hija (es decir abuela-madre de la joven paciente) se repetirá a lo largo de toda la entrevista.

Más adelante, contará que a los doce años pasó por una operación de sinusitis, y que un exceso de anestesia la tuvo 15 días en coma: “Mis padres no se separaron de mi cama” recuerda.

Con respecto a la relación con su madre, indica: “No recuerdo que me haya dicho nada en contra nunca... sólo cuando me eché novio... (Rápidamente cambia el tono) y añade: “pero, siempre, muy bien...tengo pena de no estar con ella...como si hiciera algo que no está bien...”

Con respecto al padre, dice: “Yo siempre iba con mi padre, era su lazarillo... le traducía lo que le decían... -el padre tenía un problema de audición y ella hacía de intermediaria cuando era necesario- ...siempre confió mucho en mí...incluso ahora” Sólo al responder a otras preguntas, surge algún comentario crítico a su forma de actuar.

Insiste en el dolor que a todos les produce la distancia, “Una piñita los hijos y los padres... ahora estamos más apartados, la niña (su propia hija), no quiere mucha reunión familiar -continúa- Pensaban que yo había cambiado...no entendían el sufrimiento de que la niña no come... ahora lo entienden más”. Más adelante, añade “Necesito hablar con ella (se refiere a su madre), para mí es como si respirara...” Y también con su hermana, que vive en el lugar de origen, Se encuentra mucho mejor cuando habla con ellas.

La primera separación fue al venir a Madrid: “Lloré mucho...todos los fines de semana íbamos al pueblo...los jueves ya tenía la maletita preparada”. “Yo era muy blandita...he cambiado mucho...ahora soy dura...por la vida en Madrid”.

Considera que, con respecto a sus padres, no ha habido cambios en la relación, y añade muy seria “Espiritualmente estoy muy unida a ellos”.

Al final de la entrevista, al hablar de sus hijos dice que ellos no han querido nunca ir de campamento. Con respecto a su hijo señala que, aunque no ha querido estudiar, le ayuda mucho a ella y que es estupendo en el negocio.

Su hija sí fue de viaje fin de curso: “...entonces ya vino mal, picadita, justo en el inicio de la enfermedad”. Luego, añadirá “Con mi hija me pasa lo que con mi madre, no puedo estar sin verla...”

A lo largo de la entrevista podemos ver a una mujer que no ha tenido una vida fácil, buena madre, trabajadora y protectora con sus hijos, como ella misma dice, para la que, las separaciones que el propio desarrollo de la vida plantea, suponen un dolor y una angustia difíciles de soportar. El vínculo entre la madre y la abuela es un vínculo inseguro-preocupado, cercano a lo simbiótico, el mismo tipo de vínculo existente entre la madre y la hija de 18 años. Para la madre ha sido siempre dolorosa cualquier separación de sus padres no llegándose a cortar el cordón umbilical. Es la nieta de 18 años la que, en el proceso de individuación se ve en la necesidad de realizar las tareas emocionales de separación y autonomía para sí misma y para su propia madre. Valoramos que éste esfuerzo emocional es un importante factor etiopatogénico del grave trastorno de alimentación de ésta paciente. Se ha descrito por varios autores, entre otros por Patricia M. Crittenden (2), y nuestra investigación también lo confirma que la vinculación insegura es un factor de riesgo de patología mental en general y de trastornos de alimentación en particular.

Referencias.

(1) MARRONE, M. (2001) “La teoría del apego. Un enfoque actual”. Madrid.

Psimática

(2) CRITTENDEN, P.M. (2002) “Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego”
Valencia Promolibro.

ABORDAJE DE LA CONFLICTIVA ADOLESCENTE HOY

HOMENAJE A OTTO KERNBERG

2º parte

Editado por Gonzalo Morandé.
Co-editores: Carmen Bayo,
Eduardo Paolini, Victoria Garay



ABORDAJE DE LA CONFLICTIVA ADOLESCENTE HOY.

HOMENAJE A OTTO KERNBERG.

2º parte.

Editado por Gonzalo Morandé.

Co-Editores: Carmen Bayo, Eduardo Paolini y Victoria Garay.

PRÓLOGO A LA SEGUNDA PARTE.

Esta segunda parte del Abordaje de la Conflictiva Adolescente Hoy está basada íntegramente en la experiencia de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital del Niño Jesús de Madrid. Tiene de particular la opción por los tratamientos grupales, la implementación de planes de vida diarios y semanales y los grupos psico-educativos de padres. Una combinación de técnicas y orientaciones psicoterapéuticas organizadas en programas de cuidados escalonados durante cuatro o cinco años.

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA SEGUNDA PARTE.	2
SEGUNDA PARTE.	4
5. GRUPOS TERAPÉUTICOS. UNA OPCIÓN VÁLIDA EN ADOLESCENTES.	4
5.1 LOS MODULOS AMBULATORIOS GRUPALES (MAG)	6
5.2 GRUPOS EN HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITAL DE DÍA.	33
6. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES EN TCA.....	52
6.1 HOSPITALIZACIÓN EN CASA. ANOREXIA NERVIOSA.	53
6.2 HOSPITALIZACIÓN EN CASA. ALTERNATIVA AL INGRESO	57
6.3 PLAN DE VIDA EN BULIMIA. UNA ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO.....	61
6.4 EXPOSICIÓN TERAPÉUTICA CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA.	65
7. HOSPITALIZACIÓN DE ADOLESCENTES. UNA EXPERIENCIA TERAPÉUTICA.	69
7.1 TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA HOSPITALIZACIÓN.	70
7.2 HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.- TERESA, IRENE Y JENNIFER.	74
7.3 UN PUPITRE VACÍO. TALLER DE COMPAÑEROS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.	87
7.4 ARTE-TERAPIA: UTILIDAD DEL ARTE EN UN HOSPITAL INFANTIL.....	91
7.5 INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA EN PACIENTES CON TRATORNOS DE LA CONDUCTA AIIMENTARIA.	94

SEGUNDA PARTE.

5. GRUPOS TERAPÉUTICOS. UNA OPCIÓN VÁLIDA EN ADOLESCENTES.

La psicoterapia grupal se ha convertido en una técnica muy amplia y aceptada, además de efectiva. Es verdad que a veces es la única manera en instancias institucionales de atender a tantos pacientes, esto no la hace menos válida. Es muy importante que el terapeuta también este convencido de ello (Victoria Garay). El grupo terapéutico permite aprender a la vez con otros y de los otros (Begoña Gállego).

La función de los otros como espejo. Espejo que nos devuelve lo compartido con lo que nos identificamos y lo diferente que nos enriquece (Eduardo Paolini).

Tratamiento grupal de adolescentes.

Grupos naturales son aquellos que se establecen espontáneamente, Los adolescentes tienden a agruparse y la integración en ellos y por defecto su marginación parecen ser aspectos importantes para su desarrollo.

El grupo de adolescentes puede ser un recurso de salud por el apoyo mutuo o un difusor de patologías si está mal estructurado.

Un grupo terapéutico de adolescentes es aquel que se organiza bajo el liderazgo de un profesional preparado y con el objetivo de abordar los problemas que atañen a cada uno y al conjunto de sus integrantes. El adolescente aprende con facilidad en grupo si este se configura como tal y define sus objetivos. La tarea grupal. Para que esto suceda es muy importante la dirección del grupo por parte de los terapeutas, preferiblemente dos.

Los padres de adolescentes también pueden ser un grupo natural. Ahora de adultos responsables, una instancia de capacitación y fuerza. Los Trastornos de la Alimentación son patologías de la adolescencia y como tal los formatos terapéuticos grupales son posibles de implantar más aún si se cuenta con los padres. La suma de grupos de adolescentes y padres confiere una gran potencia al afrontamiento de la enfermedad.

Grupos terapéuticos ambulatorios y en la hospitalización.

Este capítulo de aplicación de las técnicas grupales en TCA se ha dividido en dos partes. La primera, los módulos grupales ambulatorios que juntan en una mañana adolescentes y padres para hacer un plan de vida. La segunda, grupos de adolescentes y también de padres en los hospitales de día y en la unidad de hospitalización.

5.1 LOS MODULOS AMBULATORIOS GRUPALES (MAG)

Un tratamiento grupal intensivo y de suficiente potencia, los MAG, iniciados en 1992. Al principio sólo uno, un año después se aumentó a tres y desde el año 2000 diez grupos semanales.

De frecuencia semanal, constan de tres espacios sucesivos: grupo de plan de vida, grupo de psicoterapia y grupo de padres. Se prolongan durante un curso escolar o dos con evaluación inicial y final. Cada módulo dura 3 horas y media (deben pedir permiso en su colegio una mañana a la semana y los padres en su trabajo)

Los últimos años se han añadido los grupos multifamiliares y el grupo de supervisión de grupos. De periodicidad mensual los primeros y trimestral el segundo.

Grupo de Plan de Vida:

Alimentación, sueño y reposos, actividad física, escolar y social, medicación y nueva cita son los pilares del Plan de Vida. Una organización diaria, circadiana de ritmos biológicos buscando hacer hábitos. A la estructuración en 24 horas le sigue su aplicación semanal como agenda. Es la base del tratamiento, primero individual con ayuda de los padres y luego en el grupo. Se evalúan las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas e interpersonales y a continuación se indica el Plan de Vida. En rigor, primero se prescribe, luego se supervisa. En una hoja especial anotan las tareas para la semana.

Grupo de Psicoterapia:

Al grupo de plan de vida les sucede el de grupo de psicoterapia. Tiene como objetivo y en forma programada tratar mediante técnicas psicológicas la sintomatología mental que acompaña al trastorno alimentario y en segundo plano los aspectos interpersonales. El modelo es cognitivo-conductual para los terapeutas en formación y psico-dinámico cuando lo realizan profesionales experimentados de esa orientación.

Grupo de Padres:

Contiene tres objetivos: información sobre la enfermedad y su curso, recursos para ayudar al adolescente entre ellos la implementación del plan de vida y cuidados personales y adecuación de sus propias realidades ante cuadros que se extenderán por varios años.

En este apartado se exponen ejemplos de psicoterapia grupal en menores de 12 años, varones adolescentes, bulimias, grupo de padres y finalmente los grupos multifamiliares. Del juego a la palabra las pequeñas, rabia narcisista- cólera- odio. De los varones, conflictos interpersonales en bulimias y los padres van de la culpa a la responsabilidad. Grupo multifamiliar, participan pacientes, padres y terapeutas, una intervención estructural.

Nota de los Editores.

Begoña Gállego, Victoria Garay y Eduardo Paolini fueron de los primeros colaboradores de la Unidad, suman una larga e intensa experiencia. En contraste, Pablo Pérezagua y Belén Pardo son Psicólogos alumnos de Postgrado.

5.1.1- PSICOTERAPIA DE GRUPO EN PREPUBERES.

Begoña Gállego, Psicóloga Clínica.

Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

Del juego a la palabra.

El trabajo de grupo en niños tiene en cuenta básicamente dos teorías, la teoría evolutiva y la teoría del trauma. Teniendo en cuenta la demanda me parece más provechoso partir de la primera posición, intentando estructurar un grupo homogéneo en el que funcionan

La experiencia HNJ 1999/2000.

El grupo se formó al inicio del curso escolar (Septiembre/Octubre) 99/00.

Inicialmente estuvo constituido por 10 chicas. La edad de ellas era de 10 a 12 años. Al finalizar la terapia en Junio la edad era de 11-13 años. Dos niñas quedaban fuera de esta banda y tenían 8 y 9 años respectivamente.

A lo largo del curso se incorporaron dos niñas más y tres de los miembros iniciales acudieron a las sesiones cada 15 días.

Paralelo al grupo de psicoterapia de las niñas se realiza un grupo de padres. Y previamente se hace un grupo de revisión de peso, plan de vida y medicación y se toman las decisiones sobre la marcha de la siguiente semana.

Cuatro de las chicas del grupo habían pasado por ingreso y por un período de post-alta antes de incorporarse al módulo de tratamiento ambulatorio. Una de ellas volvió a ser ingresada después de incorporarse al grupo.

La mitad estaba allí por “nervios”, dolores de tripa y dificultad para tragar que en dos casos constituían una auténtica fobia. La otra mitad presentaban ideación anoréxica con preocupación por la imagen corporal, por el peso, negativa a comer, inquietud y deseo de adelgazar.

Al inicio del grupo se apreciaba en las pacientes cierta inhibición, conductas fóbicas, dificultades para relacionarse, entenderse, sentimientos depresivos, o angustia ante una situación extraña.

Se va creando un espacio en el que el grupo funcione como un lugar contenedor y de aceptación en el que se pueda expresar y trabajar bien sea directa o paralelamente los conflictos compartidos. Se trata de crear un entorno seguro, permisivo y gratificante tanto física como emocionalmente en el que los participantes puedan expresar sus temores, deseos y fantasías (tanto amorosas como agresivas) sin ponerse ni poner a los demás en peligro. Algunas pintan mientras las otras hablan.

La diferencia de edad hacía que muchas veces representaran sin pretenderlo a las “hermanas menores” del resto de las niñas, lo que provocaba que surgieran conductas tanto de rivalidad como de cuidado, o incluso de ignorancia o franca represalia por parte de sus compañeras en función de sus propias relaciones con sus hermanos/as. En algunos momentos en función del tema tratado, las pequeñas hacían un aparte y pintaban.

Teniendo en cuenta la edad de las participantes, pareció más operativo un grupo del mismo sexo. El trabajo se basaba en una mezcla de juego, producción gráfica y conversación, cuya proporción fue cambiando a lo largo del tiempo pasando de una mayor proporción de juego a una mayor proporción de conversación, sin abandonar del todo ambas vías de expresión.

Aunque las niñas son muy verbales, incluso una niña de 9 o 10 años aún puede expresarse más a través de sus juegos o gráficos que por la conversación. Además todos los niños expresan y comunican niveles altos de ansiedad de forma motora. Por ejemplo, a través de un juego de mesa se pueden observar y trabajar pautas de interacción que van a permitir trabajar sobre las relaciones con hermanos y compañeros de clase (rivalidad, capacidad de frustración, capacidad para planear o pensar, etc.).

Un grupo homogéneo en el que funcionan niñas con distinto grado de evolución de forma que el trabajo grupal suponga una experiencia de crecimiento para todas. Si al inicio el grupo es apenas un conjunto de niñas asustadas, en la fase final el grupo evoluciona hacia una mayor individuación a la vez que a una mayor cohesión

Ansiedad de separación y cambios en los vínculos.

Una parte de las niñas presentaban síntomas de ansiedad de separación y/o los habían mostrado en el pasado, con preocupación por la integridad de los padres, llamadas continuas cuando estos no estaban presentes y dificultad para separarse de estos y permanecer en el colegio o con amigas. O manifestarse a través del cuerpo con cefaleas, gastralgias, vómitos.

Cambios físicos y de actitud.

Al inicio del tratamiento ninguna de ellas había tenido la regla. Tres meses antes de las vacaciones estivales una de las niñas tuvo su menarquia lo que provocó retomar con más interés un tema a veces eludido con una mezcla de curiosidad y temor y, en alguna ocasión, franco rechazo.

Otra de las niñas estaba expectante ante los cambios que iba percibiendo en su propio cuerpo (aumento del pecho, cambio en el flujo vaginal...), otra empezó a quejarse de su aspecto añorado mientras sus amigas empezaban a atraer a los chicos, otra pedía jugar o provocaba a las más pequeñas intentando eludir la ansiedad y cortar el trabajo de reconocimiento que estas niñas empezaban a hacer sobre su identidad corporal, y las dificultades que esta tarea llevaba consigo.

Sus cambios físicos y sobre todo su actitud, su forma de mirar y de ser miradas (¿deseadas?) por los demás, las relaciones con los compañeros / as de clase y las comparaciones y/o rivalidades inevitables con ellos (auténticos alegatos feministas, “son unos brutos”, “se cree la más guapa...”), las nuevas sensaciones, cantantes, ídolos: “ es tan guapo...”, fueron temas que poco a poco a lo largo de los meses de terapia se fueron planteando llevados sobre todo por las niñas de mejor evolución. Junto a esto eran habituales pequeños síntomas somáticos como dolores de tripa, mareos, o malestares difusos eran corrientes, o como decía antes petición de juegos, o cambios radicales de tema.

Es importante tratar con mucha delicadeza estas ansiedades y abrir la perspectiva del tiempo. Los cambios no son de un día para otro, da tiempo a aprender tan malo es pararse como querer ir más deprisa. Cada chica tiene y necesita su propio ritmo. Tranquilizar la vivencia de pérdida de control, de vulnerabilidad que muchas veces aparece.

Igual que el lactante conoce estados de tensión antes de sentir necesidades y afectos propiamente dichos, la niña púber conoce estados de tensión que no puede “calificar” todavía.

Ganas de llorar sin motivos, nerviosismo, alegría, inhibiciones y/o vergüenzas, momentos expansivos que no pueden explicarse. Su cuerpo es de nuevo fuente de tensiones que no puede explicar, ni explicarse ni mucho menos nominar.

Hay que tener en cuenta que todas estas ansiedades reflejan la pérdida de un cuerpo y sobre todo de un tipo de relación y de posición en la vida que hasta entonces representaban su equilibrio personal.

Rivalidad fraterna y sus desplazamientos.

Otro gran tema siempre presente era la rivalidad fraterna y su desplazamiento en la rivalidad con los compañeros de clase.

Qué lugar se ocupa en la madre, quién es más importante para mamá, como captar su atención, a quien hace más caso, ¿por supuesto siempre a los otros!, sobre todo si se trata de un hermano/a menor, que invariablemente era un consentido, un “niñito de mamá”, frente a la exigencia que ellas padecían. Pero si la que habla es una hermana menor... a ellas nunca se las toma en serio. Siempre los mayores tienen las ventajas.

Dificultad para identificarse con la madre.

Queja común y en la que al margen de las posibles realidades que se den, puede estar en juego la dificultad para identificarse con esa mujer adulta que es mamá y perder el vínculo madre-bebé para irlo transformando en otro madre-hija en el que además se relacionen dos mujeres iguales y distintas al mismo tiempo, cada una con su “espacio” propio y en el que el vínculo de interdependencia vaya evolucionando hacia una mayor autonomía.

Son muy jóvenes pero el inicio de la pubertad obliga a enfrentar estas situaciones (ansiedades de separación, cambios en los vínculos). En el grupo de padres realizado en forma simultánea se abordan los mismos temas-

Pubertad y fantasías de muerte.

Otro tema siempre presente venía marcado por las fantasías de muerte en diversas formas, Zombis, fantasmas, espíritus, sensaciones de presencia.

El pensamiento mágico, la dificultad para separar fantasía y realidad, la posibilidad de invocar espíritus o de que estos vengan a llevarse a alguien para no estar solos. Así hubo sesiones dedicadas a sueños repetitivos o situaciones angustiosas.

El miedo a morir es común en el niño pequeño aún en ausencia de cualquier experiencia de muerte en su entorno próximo, miedo del que se nutren las ansiedades de separación y abandono y algunas pesadillas o sueños repetitivos. Para el niño pequeño la muerte aparece como algo vagamente reversible. La pubertad (y la periodicidad de la menstruación) constata el paso del tiempo y, por tanto también la muerte, como un hecho irreversible. Se nace a la vez a la vida y a la muerte. Negar o al menos retener el crecimiento, valga decir el tiempo, excluye también la posibilidad de separación.

La pubertad trae a la niña una vivencia de vulnerabilidad en relación con su cuerpo y por tanto no es extraño que rechace aquello que siente que amenaza su integridad. Por otra parte la sangre suele ser fuente de fantasías angustiantes.

La muerte por accidente de una compañera de una de las niñas (hacia la mitad del período de tratamiento) reactivó dichas fantasías con las defensas esperables de disociación y negación, de la angustia, bromas, risas nerviosas, el no pasa nada contestado sobre todo por la niña que presencié parte del accidente. Negación de la irreversibilidad de la muerte concediendo vida a zombis, etc. y la posibilidad del retorno y del poder de los difuntos (principal fantasía de una fobia a tragar basada en una identificación histérica con una tía-abuela muerta al atragantarse mientras comía pan, sin ideación anoréxica, acompañada de ansiedad de separación y gran rivalidad y envidia de un primito “criado” por la madre).

Este accidente a su vez marcó la diferencia entre las fantasías y la realidad de una muerte, y permitió trabajar sobre la diferencia entre mundo interno y externo e identificarse e individualizarse con los distintos participantes en este drama.

La vuelta del verano.

El grupo finalizó en Junio y se les cita para revisión en Septiembre.

- Razonablemente bien. Conservación de avances.
- Nuevo curso.
- Nueva menarquia.
- División del grupo: trabajo sobre la despedida y pasaje a otro grupo de púberes y creación de nuevo espacio terapéutico.

Referencias:

Bleichmar, Emilce: "Módulo de apego"- octubre 1999

Berger, K.; Thompson, R.: "Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia"- Editorial Médica Panamericana 1997.

Brusset, B.: "La anorexia, inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente"- Editorial Planeta 1985.

Diatkine, R.; Levobici, S.; Soulé, M.: "Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente"- Editorial Biblioteca Nueva 1988.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.: "Terapia de Grupo"- Editorial Médica Panamericana 1996.

Rondel, J.A.; Huntig, M.: "Introducción a la psicología del niño"- Editorial Herder 1986.

Tubert, S.: "La muerte y lo imaginario en la adolescencia"- Editorial Saltés 1982.

5.1.2. PSICOTERAPIA DE GRUPO EN VARONES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Victoria Garay Mata. Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta. Asociación Psicoanalítica Madrid

El trabajo con varones con este tipo de trastorno es un contrapunto dialéctico que plantea un panorama nuevo, un enfermar no tan femenino, no tan histérico y no tan ligado la sexualidad y a lo neurótico. Tradicionalmente los trastornos de este tipo, sobre todo la Anorexia Nerviosa, se asoció más con el sexo femenino, la patología histérica y la adolescencia. Tales regresiones a fijaciones de tipo oral, daban cuenta de sintomatología somática como la amenorrea, poco desarrollo sexual secundario etc. que nos apuntaba hacia donde estaba la esfera de conflicto. Toda una teoría freudiana clásica que suponía el conflicto entre las pulsiones sexuales y de autoconservación.

Frente a los grandes problemas somáticos como forma de expresión de conflictos mentales, también encontramos síntomas corporales que no expresan conflicto, sino que lo silencian. Hay un cuerpo puramente biológico, hablamos de lo psicosomático. Esta patología que describimos, consideramos que no corresponde a ninguno de estos grupos, podríamos situarla en la intersección. “La problemática con el cuerpo en el varón nos revela habitualmente patología en el contacto con la realidad”, dice Ángel Huescar.

El salto evolutivo de lo biológico a lo mental se produce gracias a una serie de condiciones en el primer ambiente afectivo, en los primeros vínculos.

“En la diada madre - bebé, la madre está ahí con su erogeneidad, sus fantasías y con su sexualidad y va a depender en buena parte de ella que la relación permanezca en estado de simbiosis narcisista o que estimule el cambio al crecimiento mental o lo impida” (Bion) No olvidemos que el propio bebé oscila entre el deseo de mantener la simbiosis y el de autonomía.

En este trabajo queremos exponer una visión panorámica de nuestra experiencia, basada en un trabajo durante 5 años solo con varones, con distintos tipos de trastornos asociados a la alimentación. Anoréxicos, principalmente restrictivos, no hubo casos purgativos, bulímicos, en menor número, obesidad mórbida e ingesta

compulsiva de alimentos. En estos 5 años habrán pasado por estos grupos unos 30 pacientes, con edades comprendidas entre los 15 y 21 años.

Los grupos se llevaron a cabo en el Hospital Universitario del Niño Jesús de Madrid y fue posible gracias al Dr. Gonzalo Morandé, jefe del Servicio de psiquiatría de dicho hospital, que se ocupó de reunir a los varones que acudían al Servicio de Trastornos del Comportamiento Alimentario que él fundó. La demanda aumentaba y estos pacientes dentro de los grupos heterogéneos pasaban muy desapercibidos. El número de chicas era muy superior y por las características que tenían intervenían muy poco. Así surgió este proyecto, llevar a cabo un grupo solo de varones con el propósito de poderlos estudiar más a fondo. Y eso hicimos, observar el funcionamiento psico-dinámico dentro del grupo y ayudarnos con un test de personalidad que también les pasamos (Rorschach).

En cuanto a las características de PERSONALIDAD encontramos, que en su mayoría parecían encontrarse en un área de conflicto ligada a la analidad. Con una deficiente gestión con la misma. Más que un reducto regresivo hablamos de una inhibición del desarrollo, con claras fijaciones orales y anales en la mayoría de los casos.

La agresividad como motor de individuación-separación, en términos de M. Malher, estaba inhibida en función del temor a la pérdida del objeto de apego. La dependencia de la figura materna era en todos los casos muy notoria. Esto les llevaba al sometimiento y al control obsesivo, restrictivo o explosivo, de las pulsiones agresivas.

Hay una frase de P. Jeammet que expresa bien en la situación que se encontraban estos pacientes “varoncitos”: “la sumisión lleva a la destrucción”.

Pseudo-self, sometidos, asustados, con acusados sentimientos de minusvalía, bloqueados afectivamente e inhibidos intelectualmente. Tanta defensa para frenar un torrente pulsional, propio de la adolescencia, que la fragilidad de un yo que no podía modular, ni representar. Cito de nuevo a Ángel Huescar, que hablando de los varones con problemas para integrar la agresividad nos dice “el conflicto pulsional no llega a instalarse, no llegan a soluciones individualizadas y diferenciadas”.

En estos casos encontramos o actitudes muy sometidas y refugiadas en el abuso de comida o controles muy obsesivos y restrictivos, en los casos de anorexia o irrupciones explosivas de agresividad como salida de la gran frustración y rabia que subyacía en la mayoría. Ni que decir que una vía de expresión era principalmente dirigida contra ellos mismos. El cuerpo era la realidad psíquica más importante.

La problemática narcisista era central. Nos movíamos en el terreno del yo ideal y de un super yo severo y arcaico, que persigue y descalifica. Cumplían con el ideal materno inconscientemente, hijos dependientes y pasivos e indiferenciados de esta figura, Las figuras paternas o estaban muy ausentes o permitían este vínculo por imposibilidad para entrar en él.

La vivencia de sometimiento era una fuente de rabia de la que tenían muy poca conciencia. “La mirada de la madre satisfecha representaba inconscientemente un fracaso para ellos”, para su identidad (P. Jeammet).

El cuerpo lo sentían como persecutorio y dominado por la madre. Eran muy proclives a conductas impulsivas y actividades agresivas, rompían cosas, daban puñetazos a las paredes y eran muy frecuentes los insultos y las expresiones verbales con contenidos muy sádicos “me cargaría a mi vieja” o “pondría una bomba y me cargaría a todos los moros “etc. Esto en parte les servía, como las quejas reiteradas, para salir del sentimiento de impotencia y satisfacer parcialmente la pulsión sexual agresiva.

En cuanto a la sexualidad, otro foco central de conflicto, la mayoría tenían rechazo por las relaciones con chicas. Eran muy pocos los que tenían pareja, con la que solían repetir el vínculo de dependencia extremo, con funcionamientos muy simbióticos. Había dos casos de homosexualidad manifiesta y asumida.

Blos habla de que cuando la angustia de castración ante la madre arcaica no puede ser elaborada, por ser demasiado importante, se vuelve imposible la elaboración del complejo de Edipo, dándose lo que denomina fijación preadolescente homosexual, que impide la adquisición de la identidad masculina. De ahí la vía de agresión de estos pacientes, al cuerpo, un modo más femenino de agresión.

El ataque envidioso también era muy frecuente, todo lo que no podían alcanzar era desvalorizado y criticado. No deseo así no me frustró. No tenían confianza en poder conseguir sus deseos. Subyacían fantasías grandiosas, principalmente materiales, coches, dinero, poder etc. Todo un círculo vicioso del que no podían salir.

Había que ayudarles en esta primera etapa a hacer este recorrido, nosotros empezamos en este grupo hospitalario pero luego, en el mejor de los casos, tendrían que continuar este camino, que sería largo.

Psicoterapia de grupo

La psicoterapia grupal se ha convertido en una técnica muy amplia y aceptada, además de efectiva. Es verdad que a veces es la única manera en instancias institucionales de atender a tantos pacientes, esto no la hace menos válida. Es muy importante que el terapeuta también esté convencido de ello.

En cuanto a nuestro grupo les describiré el ENCUADRE:

Como expliqué, fueron atendidos en la primera fase de la enfermedad, en la fase a veces más aguda. De hecho algunos estaban ingresados y acudían al grupo en pijama y bata.

El grupo duraba de octubre a junio. Solo un grupo duró dos años académicos, por petición personal y de los padres.

Nos reuníamos una vez a la semana, las sesiones duraban una hora y media. Como supondrán no podíamos ser muy ambiciosos. Aun así si nos propusimos descubrirles el mundo de los sentimientos, las emociones, los miedos y las fantasías. Ponerles en contacto con el mundo interno. Era una oportunidad, prepararles y motivarles para un trabajo posterior. La mayoría estaba vírgenes en cuanto a conocimiento de sí mismos y el nivel de introspección era muy bajo. Como siempre hubo algún miembro del grupo que pudo servirnos de aliado por tener un nivel más elevado de mentalización. En general fue muy difícil ponerles en funcionamiento.

Se les explicaba lo que era una psicoterapia de forma muy docente,, que íbamos a introducirnos en unos términos nuevos , en una forma distinta de entender sus síntomas y su forma de comportarse. La relación entre lo que les había llevado a enfermar y su historia etc.

Teníamos un observador por grupo. No participaba, solo tomaba notas.

La consigna era que podían hablar de lo que quisieran, intentando no juzgar si era importante o no y que la palabra la tenían ellos. El terapeuta no impondría temas ni dirigiría la sesión. Solo intervendría para comunicarles lo que estaba pasando a nivel grupal o a nivel individual.

Los grupos eran abiertos por necesidades del servicio, no fue una elección técnica. No pasamos nunca de un número determinado, entre 8 a 10 pacientes. Las ventajas del grupo abierto las aprovechamos, el grupo estaba en movimiento, como la vida misma, a veces entraba un chico ingresado, cuando los otros miembros estaban ya hablando a otro nivel y tenían que recogerle y volver a hablar del monótono tema de la comida. Pero sirvió para verse ellos mismos lejos de ese momento y para hacer funciones de apoyo y ayuda desde su experiencia. Y para los que estaban todavía graves podían comprobar la posibilidad de salir de ello, como lo habían hecho sus compañeros.

Querría hacer mención de las características del TERAPEUTA. Samuel Hedden habla de que el psicoterapeuta debe tener buena base de psicopatología, de psicoterapia y de psicodinámica. Le cito porque consideramos de fundamental importancia tener esa experiencia que agiliza y proporciona actuar con más eficacia a la hora de captar los diferentes mecanismos en juego, los componentes predominantes de personalidad y los funcionamientos dinámicos de cada individuo dentro del grupo y del grupo en sí mismo.

La actitud receptiva y cordial, crear un clima de libertad para expresar lo que necesitaran, mantener al mismo tiempo el encuadre y los límites y transmitir el sentimiento de autoridad y competencia son requisitos que consideramos importantes para el buen funcionamiento grupal. Así como la flexibilidad y rapidez del terapeuta en psicoterapia. (Paulina. Kernberg).

En cuanto a la técnica.

Las intervenciones mostraban al paciente lo que ocurría aquí y ahora.

No interpretamos la transferencia propiamente dicha, teníamos en cuenta nuestra contra transferencia grupal e individual aunque no se interpretase sistemáticamente.

Teníamos en cuenta las diferentes instancias psíquicas y la dinámica ente ellas. El señalamiento y esclarecimiento eran las intervenciones más frecuentes. Les explicábamos de forma casi didáctica, su funcionamiento mental, las formas de defenderse y de que se defendían.

Estábamos ante un pensamiento muy primario (salvo alguna excepción), donde el silencio era predominante y muy limitada la capacidad de expresión. La mayoría esperaban que se les dijera lo que tenían que hacer y esperaban que los otros y sobre todo yo, llenase la sesión. En un primer periodo hubo que tener una actitud más activa para que no se sintieran más frustrados.

La técnica se adaptó a los sujetos y patología que teníamos que atender.

En esta primera fase fue prioridad la cohesión del grupo. Focalizamos la ausencia de curiosidad que tenían los unos por los otros, el alto egocentrismo no les dejaba salir de sus necesidades. Prescindían del grupo, evitaban el contacto. Poco a poco se les fue señalando este hecho y haciéndoles escuchar lo que decía el otro, dándoles un papel importante a la hora de poder ayudar con sus opiniones y consejos a sus compañeros. En casi todos los grupos que llevamos, esta fase resultó muy exitosa y se constituyó un clima de apoyo y ayuda entre ellos realmente importante.

Otra técnica empleada para desbloquear y desinhibirles fue la provocación y la confrontación, dotándoles de instrumentos de simbolización que hicieran posible la religación de las pulsiones agresivas, ayudándoles a salir del estancamiento y de las actitudes pasivas y sometidas. Ante la terapeuta se iban despertando viejas tensiones entre la rebeldía y el sometimiento y se le ayudó a entender su origen. Fueron poco a poco manifestando sus emociones y afectos. Las expresiones agresivas fueron siendo cada vez mayores, tuvimos que ser tolerantes al respecto y mostrarles que no destruían a nadie, ni se rompía la relación. El terapeuta y el grupo seguían ahí. Cuando la hostilidad era dirigida hacia el terapeuta no se mostró ni actitud defensiva ni de ofensa, sino comprensiva hacia el dolor que habían

acumulado por todas las experiencias de rechazo y desprecio que habían sufrido muchos de ellos. “La crítica al terapeuta y al tratamiento por envidia al analista responden bastante bien a la interpretación, pero de forma muy sutil” (O. Kernberg). Esto se les mostró, pero devolviéndoles que aunque su ataque a veces era muy destructivo con todo lo que se les ofrecía, no eran verdugos, sino más bien víctimas por haber sufrido ellos mismos posiblemente estos mismos desprecios. Estaban dañados y tristes, pero no eran inútiles, vagos o tontos etc., representaciones que tenían de ellos mismos. Fue disminuyendo el nivel de persecución y de proyección paranoide. Entre ellos se fueron creando un clima de tolerancia cada vez mayor.

El nivel narcisista en que nos movíamos, la sensibilidad extrema por lo tanto a cualquier comentario vivido como falta o crítica, nos llevó a hacer un trabajo de reconocimiento y narcisización, en términos Kohutianos, desde el principio, alterando con las técnicas de movilización que he mencionado. Se desdramatizaban las limitaciones del yo, el sentido del humor ayudó mucho para poderles acercar a su yo real, ajustando sus aspiraciones a sus posibilidades reales.

Conclusiones

Los resultados obtenidos fueron muy alentadores, la evolución de estos pacientes tanto física como mental y social fue muy favorable y teniendo en cuenta que cada grupo tenía un año de duración nos parece que cumplimos los objetivos propuestos, entre ellos el prepararles y motivarles para continuar con un trabajo psicoterapéutico más profundo, necesario para la mayoría.

El trabajo con varones quizá podría aportar nuevas reflexiones también sobre los TCA en mujeres. Lo masoquista está más conceptualizado desde la mujer después de trabajar y pensar sobre los varones con estos trastornos, podríamos incorporar nuevos elementos de reflexión sobre el masoquismo y el manejo de la agresividad en hombres y mujeres.

Para terminar, cito de nuevo a Ángel Huescar, que elaboró un trabajo precioso sobre la violencia en varones adolescentes y dice “El adolescente varón tiene que hacer un doloroso recorrido hasta llegar a asumir y acercarse a su identidad masculina y salir de la ambigüedad sexual. Para ello es necesario soltarse antes de la figura materna primitiva”.

Referencias:

- Andersen AE, Holman JE “ Males with eating disorders : Challenges for Treatment and Research”*Psychopharmacol Bull* 1997 Vol.33 .
- Carlat DJ, Camargo CA “Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients”*Am J Psychiatry*. 1991 Vol. 148 (7).
- Carlat DJ, Camargo CA “Review of Bulimia Nerviosa in Males” *Am J Psychiatry*. 1991. Vol. 148 (831-843).
- Chinchilla Moreno “La Anorexia Nerviosa en el Varón.”
- Huescar A. “La Adolescencia en el Varón, integración de la Sexualidad” Conferencia pronunciada en el Centro Psicoanalítico del Norte. Santander 17 de Febrero de 2001.
- Jeammet P. “La Violencia en la adolescencia: Una defensa Identitaria”. Conferencia Congreso SEPYPNA 2002.
- Jeammet P. “Psicopatología de los Trastornos de las Conductas Alimentarias en la Adolescencia. Valor Heurístico del Concepto de Dependencia. Confrontaciones Psiquiátricas nº 25 1989.
- Jeammet P. “Trastornos de Personalidad y Conducta Alimentaria en la Adolescencia: Anorexia y Bulimia”. P. Jeammet.
- Kernberg O. “Componentes Estructurales de la Personalidad “. Otto Kernberg. Conferencia Sepypna 2003.
- Kernberg O. Rabia Narcisista, Cólera, Odio.
- Kernberg. J.F. Clarkin y F. Yeomens.
- “Psicoterapia de Pacientes Borderline” O. Kernberg. J.F. Clarkin y F. Yeomens.
- Kernberg. O “Psicoterapia y Psicoanálisis. Reflexiones Teóricas y Clínicas”. Conferencia Asociación Psicoanalítica de Madrid. Febrero 2007.
- Urman FR “Una Contribución para el Diagnóstico Diferencial entre Anorexia Neurótica (conversivas) y Psicósomáticas (normadas.)
- Federico R. Urman Picoanálisis Vol. XII Nº 2-3 .1990.
- De la Serna “Aspectos Clínicos de la Anorexia Nerviosa en el Varón” I. de la Serna de Pedro. *Acta Luso-Esp. Neurol Psiquiatr.*, 24, 2 (67-63). 1996.

5.1.3.- EL GRUPO DE BULIMIAS DEL MIÉRCOLES. LO QUE ENSEÑA EL GRUPO.

Pablo Pérezagua, Belén Pardo

(Psicólogos alumnos de Master de Teoría Psicoanalítica). Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

Reunimos a un grupo de adolescentes, de entre 14 y 18 años, provenientes en su mayoría del Programa de Admisión de la Unidad. En principio serían 11 chicas, aunque era un grupo abierto, al que con el paso de los meses se unirían 3 jóvenes más (aunque al ser un grupo abierto con el paso de los meses se unirían...).

Duración: 10 meses, desde octubre 2010 a junio de 2011, y se realizará todas las semanas.

Las pacientes en su mayoría, llegarían con un diagnóstico inicial de bulimia nerviosa. Buscamos que fuese formado de la forma más homogénea posible.

La terapia se divide en 5 módulos de tratamiento. El Grupo de Plan de Vida, con el que se va anota la evolución de cada paciente), la agenda de vida, en la que se estructura las tareas que se van a realizar durante la semana,, la terapia de grupo con las pacientes (2 horas), grupo de padres (1 hora), y el de supervisión, que se realiza de forma mensual.

Los grupos se estructuran de forma sucesiva en el tiempo. Ambos (el grupo de terapia y el grupo de padres) están formados por los dos mismos terapeutas, que se cambian de rol, terapeuta/coterapeuta en función de la terapia.

En primer lugar, intentamos desvincular durante el grupo de pacientes, todas las conversaciones relacionadas con la comida, impidiendo así, la fijación en estos síntomas. Se intenta buscar la relación del TCA con sucesos de otra índole que hayan podido tener relevancia en la aparición del trastorno. Poniendo palabras al síntoma alimenticio, y desviando el foco terapéutico del TCA (El objetivo terapéutico consistiría entonces en poner palabras al síntoma alimenticio y desviar el foco del TCA).

En la mayor parte de los casos, encontramos conflictos en sus vínculos afectivos importantes, explicándose el TCA como la “salida” más digna para algunas de las situaciones que encontramos (que viven nuestras pacientes). Esto nos ha generado dificultades a la hora de abordar el TCA, ya que representa un sustento muy útil en su narcisismo/autoestima, y en la “toma de control” de situaciones desestabilizadoras. Entendiendo el TCA como el síntoma de otras situaciones complejas, nos servimos de este como nexo de acceso a pacientes que por otras patologías, sería improbable llegasen al hospital.

Parte de la dificultad reside en cómo pueden reestablecer estos vínculos dañados, ya que en muchos casos, parece que están hablando en idiomas diferentes con sus padres, novios, amigos... (Tanto con su familia como con su grupo de iguales). Cuando se ha conseguido esto, hemos observado que las pacientes mejoran mucho en el TCA sin necesidad de intervenir de forma directa sobre él (cuando se logra una mejoría en la comunicación, observamos que también se produce una mejoría en el trastorno alimentario sin necesidad de intervenir de forma directa sobre él)

A lo largo de las sesiones nos vamos dando cuenta que ya no es necesario desviar el tema de la alimentación ya que son las propias pacientes las que no lo utilizan (mencionan).

Observamos como las aportaciones de cada una de ellas sobre los comentarios o conductas de las demás van siendo cada vez más constructivas y cómo ellas van despojándose de sus máscaras de una forma cada vez más evidente.

Pasados seis meses, muestran una cara muy distinta: las altivas y soberbias son cada vez más vulnerables; las imperturbables e impermeables cada vez más transparentes....

Amenazan a sus padres cada miércoles con pedirnos el alta....a nosotros nos suplican que no las saquemos del grupo....

Nos fascinan, son tan frágiles dentro de ese caparazón de acero que puede que un susurro en un tono demasiado elevado las haga deshacerse en pedazos. Nos piden ser los traductores de su idioma ante unos padres y una sociedad que no les entiende.

Cada miércoles nos recuerdan lo mucho que merece la pena luchar por ellas, por ayudarles a verse como lo que son, perfectas por ser imperfectas.

5.1.4.-. EL TRABAJO CON PADRES DE ADOLESCENTES: GRUPO DE PADRES.

Begoña Gállego. Psicóloga Clínica.

Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

“Narciso, Pigmalión, Edipo y Cronos, de este carácter son las múltiples batallas, en varios frentes y a la vez, que los padres deben librar cuando sus hijos llegan a la adolescencia”. (Luis Kancyper en “La Confrontación Generacional”)

Breve reseña de la cuarta sesión de un grupo de padres del Módulo de Tratamiento Ambulatorio de TCA en el Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid. Los padres, que vienen de la sala de espera, entran en la sala de grupo muy alterados principalmente una de las madres:

Terapeuta - Parece que están todos muy inquietos. ¿Ha ocurrido algo? (Dirigiéndose a la madre que aparece como emergente).

Madre: Hemos tenido una fuerte discusión en casa. G. se autolesiona y yo no podía más y le di un bofetón...y en medio estaba su hermana...y estoy segura de que juega con la insulina (Se trata de una paciente diabética grave que a lo largo del proceso terapéutico necesitará varios ingresos para controlar el nivel de glucosa/insulina...), está perdiendo peso y no se da cuenta de lo grave que es eso que hace...se puede quedar ciega, y todo tipo de problemas de salud o incluso morirse en un coma diabético. Ella no lo ve y yo me desespero (habla con mucha angustia). No sé qué contará ella en el grupo, pero es que además creo que vomita... me echa la culpa de todo, dice que me odia que no puede vivir en casa y se quiere ir a casa de mi madre (la abuela materna siempre ha estado presente en la vida de esta chica) y claro con mi madre hace lo que quiere y si le pasa algo... (rompe a llorar).

Las demás madres del grupo acuden en su ayuda. Se identifican con ella y tratan de apoyarla... “yo también he perdido los nervios alguna vez, y luego te duele más a ti que a ellas”, “yo a veces me he tenido que ir para no pegarle”... Muchas han escuchado cosas similares por parte de sus hijas y se dan distintas explicaciones, “Somos las que estamos ahí”, “les ponemos la comida”, “les ponemos límites que ellas no quieren”, “a veces son muy egoístas”, “es la enfermedad”...

Unas sugieren que se apoye en su marido, también surge alguna crítica hacia los padres que no apoyan,... “ellos lo tienen más fácil”, “no lo entienden”, “se van y ya está”..., otras reconocen que a ellas, su pareja, sí les apoya mucho y que solas no podrían, que cuando su hija se pone bruta al único que escucha y hace un poco de caso es a su padre...

T- Calma..., pensemos un momento... Sin duda este es un largo y difícil camino y uno no siempre tiene fuerzas ni hace lo mejor. Todos podemos perder los estribos alguna vez, pero para eso estamos aquí, para aprender. Seguro que ella también trabajará en su grupo (el grupo de padres y de pacientes son simultáneos), pero aquí haremos lo que nos corresponde a nosotros. Por supuesto que es un tema serio y si es necesario una consulta o incluso un ingreso para estudiar y estabilizar su situación lo iremos viendo. El día a día es muy duro y por eso es importante contar con los papás y tratar de hacer un buen equipo. A los varones les cuesta más entender este “lío” con la comida, por eso es importante que en la medida de lo posible vengan también al grupo...

En un momento han surgido un montón de temas cargados de angustia (la culpa, el papel de la familia amplia, los hermanos, la dificultad de relación, la colaboración de la pareja parental y los conflictos francos o encubiertos de la misma, el reconocimiento del papel del padre como representante de autoridad y límite de cuidado, control rígido vs. autonomía y responsabilidad, la violencia, la impotencia,...), que hay que ordenar y que en las siguientes reuniones volverán a aparecer y sobre los que se podrá ir trabajando. Hay que recoger y contener este desbordamiento de emociones teniendo en cuenta el emergente que es a su vez un punto de urgencia en la realidad. Por este tipo de motivos es importante el diálogo en el equipo y el contraste de estos emergentes en cada grupo (grupo de padres y grupo de pacientes).

De hecho, el tema de la diabetes de esta paciente, que terminó necesitando de un ingreso, la gravedad de no cumplir con las indicaciones de su médico, y el riesgo real para su vida que comporta la negación de su enfermedad, fueron el eje central de una reunión de grupo mixto, padres y pacientes, en el que las compañeras llegaron a entender la gravedad de la situación y a asumir la necesidad de apoyo y de trabajo para que su compañera tomara conciencia de sus

dificultades y que a la vez permitió a la madre sentirse reconocida y poder rebajar su nivel de angustia.

Por otra parte, en las siguientes sesiones de este grupo de padres, también aparecieron de manera más clara las dificultades que había en la relación de la pareja parental y la rivalidad entre la abuela y la madre de esta paciente. No es papel del grupo profundizar en estos temas, pero sí hacerlos más conscientes, y señalar su incidencia en el desarrollo y evolución del trastorno, derivando a los padres hacia otros ámbitos de atención cuando es necesario.

La necesidad de pedir ayuda es una herida narcisista en los padres que hay que tratar con cuidado. ¿Qué le ocurre a mi hijo?, ¿Por qué le ocurre esto?, ¿Qué hemos hecho mal?

Por supuesto, el trabajo con los padres no sustituye al tratamiento del hijo, pero la familia ha pasado de ser sólo “la causa” de la enfermedad a ser también parte de la “solución” cuando los padres están dispuestos a cierto cuestionamiento personal.

El trabajo en el grupo permite aprender a la vez, con otros y de otros. Aprendizaje vicario en el que se puede ver como otros se enfrentan y resuelven, o no, los conflictos y así salir de una repetición estéril para ensayar nuevas fórmulas de progreso. También como señalaba García Badaracco: “Se puede ver lo enfermo y “lo que enferma” de uno mismo primero en los otros y luego en sí mismo”.

Casi todos los padres plantean una secuencia de temas e inquietudes siguiendo un proceso que podemos decir que va: De la culpa a la responsabilidad, de la confusión a la diferenciación, y de la ignorancia al aprendizaje.

5.1.5.- EL GRUPO DE GRUPOS (GRUPO MULTIFAMILIAR):

Eduardo Paolini, Maite Echegaray García, Patricia Cristobal López, Laura Machado Fraile.

Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid.

Crónica de una sesión multifamiliar perteneciente al módulo de tratamiento grupal ambulatorio de TCA en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús.

Grupo de grupos es el término que empleamos para denominar las sesiones en las que participan pacientes y padres de manera simultánea. En él participan tres grupos: el de pacientes, el de padres y el formado por el terapeuta y los observadores que antes han realizado el plan de vida con las pacientes. Estas sesiones forman parte del método de trabajo grupal que desde hace años se pone en práctica en el hospital. Dicho método consiste en la división el tratamiento en distintos módulos:

- Grupo de plan de vida.
- Grupo de terapia para los pacientes.
- Grupo de padres.
- Grupo de grupos o multifamiliar.

En las últimas sesiones varias pacientes plantean problemas en los estudios. T. ha decidido abandonar la escuela. Su madre se muestra preocupada.

- Terapeuta: ¿quién la ayuda?
- T.: que no me vais a convencer, voy a dejar los estudios y ya está.
- Madre de E. y E. (mellizas): yo también estoy muy preocupada por ese tema. Mis hijas están repitiendo y a pesar de sus esfuerzos no consiguen resultados. Están obsesionadas pensando en que van a volver a repetir. Ellas estudian y me dicen la lección pero llegan al examen y se quedan en blanco.
- Terapeuta: en casos así, donde las pacientes han estado largo tiempo hospitalizadas, y hay mucha ansiedad ante los exámenes, desde el hospital prescribimos la retirada temporal de los exámenes. Después de esta época difícil no pasa nada si repiten, así podrán ir más holgadas.
- Madre de C.: la cabeza del ratón, la cola del león.
- E: pero yo no quiero repetir otra vez (llora).

- S.: repetir no es malo, dentro de unos años nadie se va a acordar.
- Madre de E. y E.: es que quieren pero no llegan. Se lo saben pero se bloquean y luego ansiedad que pagan conmigo y recurren a lo que manejan que es la comida.
- Sh.: eso es lo que me pasa a mí. Yo estudio pero a la hora de los exámenes me quedo en blanco. Luego estoy mal y lo pago con la comida.
- N.: yo también.
- T.: ¿y si se meten en diversificación? Yo ahí me saqué la ESO.
- Terapeuta: y después ¿Qué pasó?
- T.: si es que yo no valgo para estudiar.
- Terapeuta: uno no puede estudiar cuando hay interferencias emocionales y psicológicas. Se lo está tomando como una herida al amor propio.
- Madre de P.: P. últimamente tiene mucho miedo al fracaso, cuando hay exámenes no va. Estudia y quiere ir pero luego no va. Además llevamos dos semanas malas y creo que ha vuelto a vomitar.
- P.: pero mamá es que tú no me apoyas porque me dices que todo es para fastidiarte, todo es culpa mía.
- Terapeuta: P. ¿Qué futuro tiene? ¿Qué va a estudiar?
- P.: no lo sé todavía.
- Terapeuta: cuando uno no tiene claro nada del futuro, a veces intenta frenar el paso del tiempo. Son esos casos donde queda una asignatura para acabar la carrera y no se presentan. Piense en lo que hablábamos con E. y E.: no controlo los estudios y controlo otras cosas.
- S.: yo antes quería estudiar medicina pero si estoy así con 4º ESO no me voy a meter en una carrera de tantos años.
- Terapeuta: cualquier carrera universitaria es cuestión de paciencia.
- S.: yo la universidad ni la voy a pisar.
- Madre de S.: está muy insegura en ese tema. Antes muchos proyectos y ahora muy desanimada.
- Madre de A.: a A. le pasó lo mismo. Cuando estuvo peor se desanimó mucho con sus proyectos. Ahora que está un poco mejor vuelve a tenerlos y ha recuperado parte de su carácter y rebeldía.
- S.: una pregunta, ¿por qué cuando estamos peor dejamos de contestar?
- Terapeuta: porque estáis deprimidas y os apagáis. Por eso para nosotros las muestras de carácter (no todas) son positivas aunque para los padres sean un fastidio.

En dichos grupos nunca está la familia entera. Si por alguna circunstancia especial fuera necesaria una reunión familiar al completo, está siempre tiene lugar de forma puntual y fuera de este contexto. En las sesiones de grupo de padres, a partir de cierta evolución, los hermanos están ausentes, aunque presentes por la inquietud que genera en los padres las posibles consecuencias que la enfermedad pueda tener sobre ellos.

Estas reuniones de grupos se realizan como mínimo una vez al mes. En ellas se trabaja sobre los emergentes que hayan ido surgiendo a lo largo del tiempo, especialmente sobre puntos de bloqueo o puntos conflictivos que impiden el progreso del tratamiento. Estos puntos tienen que ver con aspectos relacionales entre el paciente y alguno de sus progenitores, “secretos”, malentendidos familiares, vivencias traumáticas, atribuciones, situaciones generadoras de sentimientos de culpa, etc., que inciden sobre el síntoma y sobre la evolución del cuadro. En el fragmento anteriormente expuesto, los emergentes serían los estudios, el sentimiento de fracaso y el control de la comida como alternativa al descontrol en otros aspectos de la vida.

Durante la sesión grupal todas las comunicaciones han de realizarse a través de los terapeutas, evitando las interacciones directas padres-hija o viceversa, evitando el inicio de discusiones que impidan el trabajo terapéutico. Cada núcleo familiar tiene un tiempo propio en el que se tratará su punto de urgencia de ese momento. Al final de la sesión todos habrán hablado.

Aunque todo el equipo está presente, el terapeuta que conduce este grupo de grupos es el responsable clínico del grupo de pacientes que, en ese lugar, realiza una función de intermediario o catalizador de la comunicación a través de la cual se puede llegar a desbloquear los puntos de conflicto que actúan como nudos que impiden el desarrollo.

El terapeuta del grupo de padres, coterapeuta en el grupo multifamiliar, funciona como punto de apoyo a los padres y recoge una importante información in situ, sobre todo referente a la interacción familiar, para trabajar en los siguientes encuentros de grupo por separado.

Una variante de grupo mixto, puede ser utilizar una sesión de dicha fórmula a la revisión conjunta de los planes de vida. El plan de vida, pilar formal del

tratamiento, y su seguimiento va desde la aceptación y cumplimiento estricto, en la mayoría de los casos, a su mediana o nula aceptación. Aunque en cada sesión hay un espacio dedicado a la revisión de dichos planes, de vez en cuando se hace necesario una revisión y puesta al día sobre dieta, medicación, ejercicio, tiempo de estudio, etc., con un abordaje puntual sobre las dificultades que su realización provoca, tanto en las pacientes como en los padres y dentro del seno familiar.

Se trata de un trabajo con menor profundidad en un sentido psicoterapéutico, y más ligado a la superficie de la realidad, pero igualmente importante y necesario para el desarrollo del tratamiento, en tanto intervención estructural ya que se trata de una función de límite y ley tanto para las pacientes como para las familias a modo de función paterna simbólica.

Además de estos encuentros de grupo mixto al completo, casi semanalmente se realizan sesiones con parte de ambos grupos. Puede ocurrir que durante la semana se hayan dado situaciones especiales en el seno de una familia (una crisis, una decisión a tomar, etc.), en estos casos a petición de los terapeutas o de los propios padres, realizamos una reunión con parte de ambos grupos dando un espacio mayor a la reflexión sobre dichas situaciones, puntos de urgencia que habitualmente ya han sido tratados en cada uno de los grupos por separado y que de una manera u otra vuelven a surgir en las sesiones siguientes. El espacio grupal completo siempre es tenido en cuenta.

Otra variante de esta técnica, muy difícil para los padres (que siempre sienten más ansiedad ante las reuniones conjuntas que sus hijas), consiste en que cada padre, madre, o ambos, los que hayan acudido ese día a la sesión, pasan durante unos minutos en solitario al grupo de psicoterapia de pacientes. Suele ser al comienzo una situación comprometida para los progenitores, pero muy rica para todos, y donde los comentarios de las compañeras de grupo permiten a estos padres acceder a una imagen diferente de sus propias hijas.

Aunque esta variante multifamiliar se ciñe al núcleo de padres y pacientes con la no incorporación, de los hermanos, se trata de una técnica que permite ver el tipo de interacciones que se establecen en cada núcleo familiar, las disonancias o concordancias entre lo expresado verbalmente y las actitudes, es decir,

disonancias o concordancias entre comunicación verbal y no verbal, y así poder ver y acceder a aspectos disociados de la interacción familiar.

Hay un aspecto muy importante del trabajo en los grupos, y es la función de los otros como espejo. No como un espejo narcisista, sino un espejo que nos devuelve a la vez lo igual y lo diferente. Lo igual, lo compartido nos puede identificar, lo diferente nos enseña y enriquece. Tanto en este espacio como en el espacio de grupos mixtos o conjuntos, como en el los padres como sus hijas, se puede aprender por analogía viendo y sintiendo como otros se enfrentan y resuelven o no los conflictos, y así poder encontrar salidas a una repetición estéril ensayando nuevas fórmulas para el desarrollo. En esta sesión vemos como ante el problema expuesto por la madre de T., tanto madres como pacientes se sienten identificadas y proponen alternativas de solución que para ellas mismas no habían pensado antes.

Entre estas sesiones conjuntas de ambos grupos que convergen, se pueden realizar otros tipos de encuentros terapéuticos en función de los emergentes de las sesiones del día. Así en ocasiones solo los padres de una de las pacientes entran alguna vez en el grupo de psicoterapia de los pacientes. También en otras ocasiones a petición de determinados padres o de los terapeutas se pueden realizar reuniones con parte de ambos grupos.

En el grupo multifamiliar todo el equipo está presente aunque es el terapeuta del grupo de psicoterapia (responsable clínico) quien guía el trabajo.

De igual modo que en una psicoterapia individual con adolescentes, el terapeuta grupal es un mediador muy valioso entre padres e hijos, ayuda a desbloquear y facilitar la comunicación en ambos sentidos, siempre y cuando los pacientes tengan la transferencia positiva necesaria y suficiente con él y en el secreto grupal y profesional.

5.2 GRUPOS EN HOSPITALIZACIÓN Y HOSPITAL DE DÍA.

Tras ser valorado en el programa de admisión el paciente puede seguir diferentes itinerarios. El más frecuente en Anorexia Nerviosa se inicia con una hospitalización, se continúa con hospital de día y a continuación módulos grupales y seguimiento. Se trabaja con técnicas grupales en todas las actividades. Comedor, paseos, gimnasio, taller de pintura, En cada una de ellas, unos responsables, enfermeras, fisioterapeutas.

En los programas de hospitalización y hospital de día se contemplan grupos terapéuticos para los adolescentes y también para sus padres, estos últimos de carácter educativos. Dos grupos semanales para los pacientes y uno para los padres.

En este capítulo se presentan ejemplos de grupos terapéuticos durante el ingreso, en el hospital de día, como transición del hospital de día al módulo grupal y finalmente un grupo de padres del hospital de día. En cada uno de ellos hay observadores o tiene dos terapeutas.

Laura de la Iglesia con amplia experiencia terapéutica y humor nos cuenta su grupo de pacientes hospitalizadas, “después de centrarse en su enfermedad y sus síntomas y de preguntarme cómo salir de este dolor, empiezan a culpar de estos males a sus padres, luego al hospital, luego a mí”, “Son grupos abiertos. A menudo entran nuevos integrantes y se despiden otros. Se trabaja 1 hora, 2 días a la semana. El grupo tiene un observador.”

Rosa M^a García y Manuela Guimón., terapeutas en formación, nos presentan un grupo terapéutico en el hospital de día.

“Se entiende al grupo terapéutico como un proceso de ida y vuelta en el que los avances van dando lugar a distintos momentos y los empeoramientos no vuelven al punto inicial tal como se dio en un principio”

Carmen Martínez Cantarero, responsable del hospital de tarde para adolescentes TCA, nos habla de la transición de hospital de día a un grupo ambulatorio. Silvia Madruga López (Alumna “Practicum” Psicología Univ. Salamanca).

“Al incorporarse al grupo se mantiene como observadora del resto de compañeros. “Según va conociendo a los miembros del grupo reacciona primero con una mezcla ambivalente de rechazo y culpa por este sentimiento”.

Angel Villaseñor, nos enseña algunos aspectos del grupo de padres semanal del hospital de día de adolescentes menores que dirige.

“La comunicación del terapeuta con los padres es esencial ya que éstos ayudan a que el tratamiento sea más eficaz, Se hace hincapié en que los padres sean con él igual de consistentes que lo somos en el hospital, porque si no se estaría produciendo un reforzamiento intermitente”.

5.2.1- GRUPO TERAPÉUTICO DE ADOLESCENTES EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN.

Psicóloga Clínica Adjunta: Laura de la Iglesia. Servicio de Psiquiatría y Psicología.
Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Descripción y Encuadre Grupal.

Son grupos abiertos. A menudo entran nuevos integrantes y se despiden otros .Se trabaja 1 hora, 2 días a la semana. El grupo tiene un observador.

El número de pacientes es 9 o 10. Las edades varían entre 12 y 18 años.

Las problemáticas principales son: Trastornos de Alimentación, sobre todo Anorexia y una minoría de otras patologías.

Si hay algún paciente nuevo se repiten las normas de confidencialidad y de no dañarse ni tocarse en el grupo, ya que es un trabajo exclusivamente verbal.

Se les pide que hablen con la mayor libertad y confianza que se puedan permitir y les digo que yo intervengo cuando entiendo algo que pienso que puede ayudarles.

Se sigue de cerca el discurso grupal teniendo en cuenta las limitaciones de diferencias de edad, los cambios constantes y la patología predominante.

La línea de trabajo es dinámica apoyándose en técnicas operativas y considerando al grupo como un todo, con una entidad propia, y haciendo, lo considerado más efectivo, interpretaciones grupales.

Resumen de un grupo de hospitalización.

(En este grupo la observadora fue Belén Fernández, Psicóloga Interna Residente)

1º día. Quieren hablar de la desesperanza, hablar de su desesperanza. Se les propuso un trabajo a realizar: para salir de la desesperanza de la enfermedad, pasó a paso, en vez de con escalones de 1 metro y saltos en el vacío imposible de realizar que es lo que ellos imaginaban. Se centraron en sus síntomas: Disociación, distorsión, enfrentamientos. Si quisiéramos resumir esta sesión en una palabra la llamaríamos “Enfermedad”.

2º día. “Salida de la enfermedad”, comienzan a esperar, a desear. Es salir del hospital pero también es salir de la enfermedad. Si otra sale de alta, también los demás podrán. Comienzan a esperar, a desear.

Sesión (3) (“El cuerpo”). Insoportable el no ser completas, si no soy “chica 10” entonces seré la “super delgada 10”. Entró una chica nueva en el grupo con el suero puesto y el aparato daba señales de alarma. El grupo “acudió” afectivamente a esa señal y la chica fue ayudada por todos. Dando afecto, se lo dan a todos y cada uno sale un poco más crecido.

4ª día. (“El no cuerpo”). ¿Cuál es el cordón que ata a esa regresión, a esta enfermedad, a esa muerte, ese deseo de ser “esqueletitos andantes? Se preguntan. ¡Qué gran soledad se siente! Al hablarlo ya no hay tanta soledad, hay sinceridad en la expresión, menos disociación, y, esto rellena un poco el esqueletito y se reconoce un cuerpo más humano, con más “peso” dado por el alimento de los demás, el “peso” que les da el hospital es bueno, (aunque les duele con sólo el pensar que se acabará).

5º día. “La herida narcisista” se ha sentido heridos por algún equívoco médico y lo sienten de una forma tan insoportable como otras veces sienten insoportable su cuerpo, reniegan contra todo. Es una herida narcisista que no pueden “tragar”, digerir. Hay una gran amargura que no pueden endulzar y empieza una mayor transferencia institucional.

6º día. “La rebelión”. Toda la sesión se debate en Resistencia, Equilibrio, Rebelión. Digiriendo la amargura de la herida producida por los otros y la culpa, por otro lado, de habérsela causado ellos. Lucha por el poder y no colaboración. Resistencia contra el trabajo y poco a poco van transfiriendo lo malo contra mí.

7º día. “Curación”. Un esbozo de curación con aceptación de normas y ayuda del afuera, endulzado por el reconocimiento de la realidad y con menos disociación bueno-malo, amargo-dulce. Pero hay ambivalencia, colaboran con las palabras y entre ellos como grupo, pero uniéndose contra mí al final.

8º día. “Vivencia de herida y curación” cuando la guadaña del “esqueletito andante” va a ir en directo contra la terapeuta, mientras el grupo bulle en su interior. Directamente contra mí, sumado a circunstancias negativas: Decepción,

herida narcisista en este caso por no ser perfecto y equivocarme y no desactivar sus pulsiones adolescentes eróticas y agresivas. Fuerte transferencia negativa contra el adentro grupal, no institucional. Lo bueno que tenían conmigo se ha convertido en malo. Al final de la sesión, sin embargo, vuelven a mostrarse en positivo por mi reconocimiento de su amargura, del gran escozor que sienten por esa herida.

9º día y último: (“Vivencia de curación humanizada”), Las circunstancias contribuyeron a mejorar todo, como el día anterior a empeorarlas. Hay un reconocimiento de necesidades y deseos y gustos por las cosas y las personas. Pedido de ayuda personal humanizada, confianza de agarrarse a las personas para salir de los problemas. Deseos humanos de reencuentros.

En resumen, después de centrarse en su enfermedad y sus síntomas y de preguntarme cómo salir de este dolor, empiezan a culpar de estos males a sus padres, luego al hospital, luego a mí, y, después de esta transferencia trabajada en directo en el grupo y conmigo pueden volver a una confianza de ayuda y de cariño con los padres, el hospital y conmigo volviendo a mas colaboración y confianza en poder agarrarse a lo humano de ellos y los demás.

Lo especial de estos grupos de hospitalización es que se puede trabajar muy de cerca. Metidos casi de continuo en este clima de regresión y unión grupal no sólo entre iguales, sino naturalmente en unión fuerte con un continente hospital-padres-enfermeras-médicos-psicólogos. Necesario ante tanta “debilidad”, y, donde puedan mostrar su “esqueletito” y su “osito” que también son ellos.

5.2.2.- PSICOTERAPIA DE GRUPO EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES.

Rosa M^a García, Manuela Guimón. (Psicólogas Clínicas).

Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

Resumen.

Presentamos la evolución de un grupo de psicoterapia cuya particularidad viene dada por una frecuencia significativamente alta de inclusiones y salidas de pacientes dentro del grupo.

Presentación.

Hospital de día para adolescentes.

Los Hospitales de Día se entienden como "una estructura asistencial que permite la puesta en marcha de forma simultánea de una gran variedad de recursos humanos y técnicas terapéuticas adaptadas a las necesidades del paciente y que contemplan, al mismo tiempo, a la familia, la sociedad y la aplicación del principio rector de la no separación del paciente de su medio natural" (R. CAHN).

Grupo.

Algunas de las características del grupo que se presenta vienen dadas por estar incluido dentro de un programa más amplio, "Hospital de día de adolescentes del Hospital niño Jesús".

1. Población: Adolescentes de entre 14 y 18 años.

2. Situación: El grupo se ubicó en una de las salas de grupos de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria, dos plantas más arriba de donde se encuentra situado el hospital de día de adolescentes, lo que permitió una separación física del lugar donde las pacientes realizaban otras actividades, facilitando así el establecimiento de otro tipo de relación entre los miembros.

3. Grupo abierto: Las altas y las salidas del grupo están condicionadas a ingresos o altas del hospital de día, el tiempo aproximado de cada paciente en el grupo fue de un mes y medio. Normalmente el grupo se formaba por un número de entre 6 y 10 pacientes. En total pasaron por la psicoterapia 33 personas

4. Frecuencia/Duración: Comienza en Septiembre y finaliza en Junio.

5 Momento actual de las pacientes con TCA; asistencia de carácter involuntario y características inherentes la fase de la enfermedad, externalización de la enfermedad "Estoy aquí porque me han traído mis padres, los médicos...", no conciencia de enfermedad.

6. Homogeneidad, heterogeneidad. El grupo mayoritariamente estuvo compuesto por pacientes adolescentes, mujeres (solo paso un varón) con TCA, anoréxicas, bulímicas o trastornos mixtos. Aunque se incluyeron otras patologías (Depresión por duelo, fibrosis quística, trastorno por atracón)

7. Grupo terapéutico: 1 terapeuta y 1 observadora.

Por el tipo de colectivo, sus necesidades y el contexto de tratamiento se plantea como propósito general dar un sentido interno a "estar donde están", haciéndose responsables de una parte suya en el proceso de enfermar y por lo tanto "poniendo en sus manos" la posibilidad de mejorar.

Cómo trabajamos.

Proporcionando un espacio seguro y confidencial que facilite la expresión verbal de lo que les sucede. Rescatando las situaciones previa del inicio de la enfermedad (Precipitantes). Motivando que relacionen su enfermedad actual con su autobiografía (Vulnerabilidad).

Con qué trabajamos.

- **Entradas:** Las entradas se daban con una frecuencia prácticamente semanal. Se podían utilizar para que el grupo se presentase cada vez de una manera diferente, Lo que permitía conocer a los nuevos componentes y recoger las elaboraciones y los cambios producidos en las veteranas.

- **Salidas:** Al igual que las entradas las salidas se daban con frecuencia. Permitían la anticipación de un alta propia a través del proceso de identificación y la proyección hacia la mejoría. El trabajo de los componentes que se van de

alta permanece en forma de herencia grupal y con los cambios de participantes los pacientes mismos encuadran cuando se percibe la necesidad.

Desarrollo del proceso grupal.

Se entiende al grupo terapéutico como un proceso de ida y vuelta en el que los avances van dando lugar a distintos momentos y los empeoramientos no vuelven al punto inicial tal como se dio en un principio.

Al inicio del proceso grupal se aprecia la externalización de las dificultades o problemática de los pacientes. Aparece la conflictiva familiar aunque encubierta por las tensiones actuales en contextos de ansiedad ante las comidas.

En este mismo momento y relacionado con la fase de la enfermedad se externalizan las dificultades propias, demandando una autonomía que contrasta con una necesidad de cuidado y atención.

Al verbalizar esta “ilusión de libertad” se explicita la ambigüedad del grupo mismo “no quiero que me digan que tengo que hacer aunque no puedo hacerlo sola, quiero ser libre, no me dejan, no soporto que estén encima, pero necesito que me cuiden”, esta contradicción que el grupo se devuelve poco a poco da paso a internalizar algo, el miedo a la mejora, “me quiero ir”, “quiero que no me digan lo que tengo que hacer” “no quiero ir a casa” no quiero mejorar” “prefiero ingresar antes que engordar”.

La actitud en este grupo en un principio es opositora y demandante, es llamativo el acting como manera de “boicot” de un posible avance, que se vive como una amenaza a quedarse sin nada, “tampoco quiero volver a casa”, “no sé dónde vuelvo”.

Vuelven a encontrar una contradicción cuando se encuadra el grupo como un espacio seguro y confidencial para expresar libremente cualquier tema y lo que refieren en un principio son temas relacionados con la alimentación “solo me hacen caso con la comida” “solo me escuchan si no como” “no me escuchan, yo necesito hablar”, permitiendo esto el reconocimiento de las trabas propias, las resistencias a hablar de lo que les pasa relacionado o no con la alimentación.

Esta conciencia de la dificultad propia motiva la verbalización de conflictos propios. En un principio las identificaciones pasan solo tener un diagnóstico determinado o entender y compartir el miedo al peso de forma progresiva el grupo se identifica por aspectos comunes, conflictos con los pares, con la familia, el colegio etc.

Se considera como un paso el reconocimiento de estar perdido, hablando de la confusión sale la duda de que el camino no es la enfermedad y esto favorece cierta conciencia de enfermedad.

Resalta en esta fase el tipo de discurso, se habla en general sin llegar a lo concreto de las experiencias y esto el grupo lo relaciona con miedo al ridículo “me da vergüenza, me pasan tonterías”, es en este punto cuando dan importancia a las vivencias de uno por las identificaciones con el otro.

“El grupo terapéutico se compara con un “corredor de espejos”. Lo que Foulkes denomina reacción de espejo determina que cada individuo pueda objetivar sus cosas, tomar conciencia de sus sentimientos profundos y darse cuenta de sus actitudes y forma de conducta, por el hecho de verse reflejado en los demás. Los mecanismos de la “reacción de espejo” son identificaciones proyectivas e introyectivas. La toma de conciencia sobre ellos sólo se logra por la intervención interpretativa del terapeuta dentro de la situación transferencial. De no mediar ésta, el “espejo” se encuentra “empañado” o los pacientes ignoran su existencia, no reconocen ni admiten lo que sucede en el vecino como algo propio o similar; se limitan a juzgarlo en el “otro”.

Isabel Portillo.

Durante este proceso de ida y vuelta provocado tanto por las resistencias como por el cambio en los componentes, las elaboraciones de los veteranos quedan en el grupo y se actualizan con las nuevas. Hay un encuadre continuo por parte de los pacientes más evolucionados.

En principio no se habla desde lo personal progresivamente las aportaciones son más concretas, resumiendo, se habla desde lo personal y concreto, para luego generalizar y desde lo abstracto se vuelve a lo individual.

Se intentan llevar los conflictos que aparecen in situ al mismo grupo para trabajarlos, el acting, los silencios etc.

En el momento donde comienzan a expresarse desde lo personal el tipo de cohesión grupal varía, cuando en un principio el grupo se cohesiona haciendo presión y diferenciándose de los profesionales, coincidiendo esto con la externalización de los conflictos propios, en este segundo momento la cohesión grupal pasa por las identificaciones de problemas comunes.

Conforme el grupo evoluciona las intervenciones del terapeuta disminuyen, se aprecia un discurso menos intelectualizado, más espontáneo y capacidad de relación. Este no es un proceso lineal sino cíclico, sin embargo no hay una vuelta al mismo punto, en las recaídas se observa que las aportaciones están menos intelectualizadas, esto se traduce en un mayor autoconocimiento o capacidad de introspección.

Debido a las particularidades del grupo, abierto, con un cambio continuo de los participantes aunque progresivo, el abordaje no puede enmarcarse dentro de una postura absolutamente interpersonal, estrictamente centrada en el grupo (Ezriel) o intrapersonal, tratamiento uno a uno en grupo, sino que se acercaría a la visión modificada de Horwitz (1977), que comienza con contribuciones de cada componente, que a lo largo de la sesión se generalizan desde el individuo al grupo, concluyendo con devoluciones al grupo como un todo.

Evolución y conclusiones.

Se aprecia como las pacientes a lo largo de su paso por el grupo de una manera, aunque fluctuante, progresiva van hablando de una parte suya de su proceso de enfermar y de que posibilidades están en su mano para mejorar.

Le descargan al terapeuta de la total responsabilidad de que el grupo sea productivo y la asumen ellas. El grupo se homogeniza relativizando el diagnóstico y priorizando su problemática vital.

El clima del grupo permite que se pueda hablar de aspectos íntimos como la familia, los conflictos personales, relaciones...sin temor a ser dañado por el otro. A lo largo del grupo las intervenciones de las pacientes dejan de estar focalizadas en la comida y engloban otros aspectos.

Las pacientes verbalizan una interiorización de la vivencia de seguridad del grupo trasladada a las relaciones fuera. Aun el alto número de entradas y salidas el grupo se conforma y evoluciona.

Referencias:

Insalud. Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico.

Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock. Terapia de grupo 3º Edición.

Díaz Portillo, Isabel. Bases de la terapia de grupo. Editorial Pax México, 2000.

Irvin D. Yalom; Sophia Vinogradov (Paidós). Guía Breve De Psicoterapia De Grupo.

5.2.3. DE LA HOSPITALIZACIÓN PARCIAL AL GRUPO TERAPEUTICO “CLOE”.

Carmen Martínez-Cantarero (Hospital Inf. Univ. Niño Jesús) Silvia Madruga López (Alumna “Practicum” Psicología Univ. Salamanca)

Tenía 16 años cuando vino al Hospital por presentar desde hacía ocho meses: deseo de adelgazar con conductas restrictivas, como prohibirse alimentos, saltarse comidas; y conductas purgativas, con provocación del vomito en el colegio. Iba andando a todas las partes, hacía ejercicio excesivo con pesas, gomas y bailaba después de las principales comidas. Había perdido unos 3 Kg. de peso en este período (IMC de 17,5).

Además de la sintomatología anoréxica presentaba sintomatología depresiva y ansiosa con aumento de irritabilidad hacia las figuras parentales, y disminución del rendimiento escolar. Las Relaciones interpersonales estaban alteradas, los padres referían “rarezas” porque salía con gente que no pertenecía a su círculo habitual, formado por varios grupos de amigos, pertenecientes al domicilio anterior y al actual. También referían como precipitante el desengaño amoroso sufrido en una relación que duro cinco meses.

El tratamiento indicado fue Hospitalización parcial, que realizó durante seis semanas, con evolución positiva obteniéndose la normalización de conducta alimentaria y la desaparición de conductas compensatorias

Tras el alta, y durante el verano, además del seguimiento habitual, acudió en cuatro ocasiones a Urgencias por vómitos y gastroenteritis, y crisis de angustia. Se pautó Benzodiazepinas a dosis bajas y Omeprazol. En la consulta de Digestivo, por su parte, se halló el *Helicobacter pylori*, y se realizó el tratamiento habitual con antibióticos (Amoxicilina, Flagyl y Omeprazol) poniendo fin a las repetidas visitas a Urgencias, no así la erradicación total del germen que persiste.

Durante el tratamiento grupal, que realiza desde hace seis meses:

Se constata una asistencia adecuada tanto de ella como los padres en el grupo paralelo de padres, y un grado de participación en aumento

Sigue la dieta de 2000 kcal., que supervisa fundamentalmente el padre, por hallarse presente en las horas de las comidas y el mismo tratamiento farmacológico que en Hospital de Día, con Sertralina 50 mg/día .

La evolución de los parámetros físicos ha sido positiva: Ha ganado peso, desde los 44,2 kgs e IMC 18, 2 a los 47 kgs., e IMC 19,4 actuales, y las reglas son regulares. Se ha normalizado el sueño junto con el estado de ánimo; con desaparición de sus ojeras y mejoría patente de su aspecto físico, ahora cuidado y atractivo.

Al incorporarse al grupo se mantiene como observadora del resto de compañeros. Aparece los primeros días tomando una chocolatina o un batido, diciendo que no le da tiempo a tomarlo antes, porque sale al hospital en la hora del recreo. Trae temas en relación con la rareza de la familia de los abuelos maternos, que no se hablan entre sí y los tres tíos varones solteros que siguen viviendo con ellos

Según va conociendo a los miembros del grupo reacciona primero con una mezcla ambivalente de rechazo y culpa por este sentimiento, en especial con aquellos que ve más débiles y han sufrido de varias hospitalizaciones, para después tomar una actitud arropadora con ellos, dándoles apoyo y sostén, como si ella fuera la única persona que está ahí para dárselo; se siente identificada con el papel de madre. Da consejos a los demás ocultando así su propia debilidad.

Con los miembros más fuertes empieza a rivalizar por el liderazgo, a través de la solicitud de alianza con una compañera, que más tarde desvela. Se indigna con ella por difundir sus secretos a terceras personas, rompiendo así la regla grupal. Consigue de esta manera la aprobación grupal y el apoyo de los miembros a la vez que merma el liderazgo de su rival.

Mientras que al principio sólo se dirigía al grupo para recoger y aconsejar a los demás, este acting refuerza su mayor intervención en el grupo, y poco a poco se va abriendo, hablando más de sí misma y aportando sus propias experiencias y vivencias al grupo. Tiene baja autoestima y no se atreve a mostrarse ante los demás por miedo o vergüenza ante su desaprobación; está extrañada de su conducta de retraimiento en clase, no reconociéndose porque ella no es así. Relata como posible origen de su enfermedad que estaba muy acomplexada por su cuerpo y por su estatura (bajita).

Ha sufrido un desengaño amoroso y desde ese momento se siente muy insegura con los chicos, tiene miedo de volver a quedar con un chico a solas, lo ha intentado pero siempre se vuelve a casa antes de llegar a la cita porque se pone muy nerviosa y le dan ganas de vomitar. No obstante sigue afrontando, incluso buscando citas “on-line”. No admite no tener novio, y cuando alguien le pregunta dice “el mío está en un atasco” para salir del paso.

Tiene accesos histéricos, como pequeños desmayos. Esto puede indicar un trauma del que no es consciente, que se activa en ausencia de su padre y del terapeuta masculino (como hemos constatado) cuyo significado está por aclarar. En algún momento se le ha visto sentada en el regazo del padre, de forma muy regresiva.

Mantiene un buen estado de ánimo, se ríe con facilidad, hace bromas y entra en piques con otra compañera del grupo porque han establecido una relación de confianza y rivalidad, en el que la una y la otra se apoyan y pican continuamente. También ha establecido una alianza con otro compañero del grupo, con el que comparte risas y comentarios dentro del grupo.

En casa se siente culpable de que se estén tomando tantas atenciones en torno a ella y señala que su hermano, ya se lo ha comentado varias veces, que él también quiere poder “elegir” alguna vez; el hermano sigue fracasando en sus estudios. Su madre también se culpa porque siendo de la profesión no se estaba dando cuenta de lo que le estaba pasando a su propia hija. Es con su padre con quien pasa más tiempo, pero asegura que es una persona muy seca; siempre está ahí, mientras que su madre no. Es profesor y le ayuda con sus estudios. Tiene a la madre muy idealizada, la que “*lleva los pantalones, y chilla al llegar a casa*” y la entristece que el hermano sea su favorito.

Ella intenta parecer muy independiente y autosuficiente pero aún reclama la protección de sus padres. Escondía comida en su habitación con intención de que sus padres la encontraran para que siguieran controlándola y prestándole atención. Cuando es descubierta volvió a presentar vómitos y diarreas que le hicieron acudir de nuevo a Urgencias en búsqueda de la madre- médico que pueda volver a mirarla sin vergüenza.

En cuanto a las relaciones sociales fuera del grupo, sigue manteniendo los amigos que tenía antes de la enfermedad, aunque no sale mucho y pasa más tiempo en casa; Hace poco descubrió un tuenti falso de ella en el que alguien que la conocía bien, aireaba todas sus intimidades y secretos. Reaccionó intentando hacer como si no pasara nada, olvidando y decidió que no iba a investigar sobre el tema, sugiriendo una notable independencia de sus fuentes de estima.

La mayoría de sus intervenciones en el grupo son ocurrentes con buen dominio del humor y la ironía El resto de miembros van cogiéndola cariño, porque les escucha, aconseja, refuerza, consuela y anima, así se convierte en una líder animadora.

La relación con los terapeutas: es más tensa con la doctora y mantiene una conducta de seducción con el terapeuta masculino. Es a él a quien contó su sueño: *“hacía un anuncio sobre la anorexia, donde yo era la protagonista, y a lo largo de la semana, cada noche se iba desarrollando un poco más y al final hacía una rueda de prensa por el éxito de la campaña”*, indicando la necesidad de ser mirada y la fuerza que va consiguiendo al superar la enfermedad, y el deseo de ayudar a otras personas.

5.2.4.- GRUPO DE PADRES DEL HOSPITAL DE DIA INFANTIL PREPUBERAL. UNA SESIÓN.

Angel Villaseñor. Psicólogo Clínico.

Director del Hospital de Día.

Grupo Psico Educativo de Padres:

Se reúnen una vez a la semana los días viernes durante hora y media. Lo dirige el director del programa. Asisten uno o dos observadores.

La comunicación del terapeuta con los padres es esencial ya que éstos ayudan a que el tratamiento sea más eficaz, asegurando la disposición y la asistencia de los pacientes, aportando información adicional a la que recibimos del paciente, recuperando el papel de padres (aprendiendo a cuidarse y a cuidar a su hijo) y en general, mejorando el clima familiar.

Los principales objetivos del grupo de padres del Hospital de día Infanto-Juvenil son:

1. Informar de la enfermedad y de en qué consiste el tratamiento exactamente.
2. Que los padres sean capaces de comprender y detectar los síntomas.
3. Corregir los falsos supuestos.
4. Reducir la ansiedad y el sentimiento de culpa.
5. Estimular la cooperación con el equipo manejando la alianza y la ambivalencia.
6. Revitalizar la competencia o sensación de competencia.
7. Motivar hacia el cambio de patrones.
8. Reestructurar sentimientos y emociones.
9. Afrontar.
10. Fomentar la consistencia, coherencia y competencia.
11. Enseñar estrategias de solución de problemas.
12. Organizar los cuidados (evitar que se sienten solos, compartir experiencias).
13. Preparación al alta.

El grupo comienza con el terapeuta explicando las normas del grupo y la metodología de trabajo.

En lo referente a las normas del grupo, se especifica la importancia del secreto grupal y se presenta brevemente a los padres de los pacientes nuevos para así aumentar la cohesión, al igual que se mencionan casos ya dados de alta.

En el caso de Yolanda, la característica en la que más se hizo hincapié fue en la necesidad de definir los límites ya que el padre estaba preocupado porque en muchas ocasiones no saben cómo comportarse con ella, la paciente está muy vinculada con el hospital y prefiere desayunar y tomarse la medicación aquí. Lo que se ha procurado es informarles de que es bueno que se condicionen y que interioricen las enseñanzas para así luego poder generalizarlas en los distintos contextos. La idea principal es que la paciente se vincule con el hospital para que luego se desvinculen y lograr así un proceso de individualización.

A esta paciente se le preparó al alta una semana antes, se le fue informando y al ver su resistencia se decidió esperar para así mitigar su angustia y que no se sintiese sola ya que aquí hemos logrado que se sienta protegida y comprendida, siempre teniendo claro que el objetivo es que se incorpore a su contexto habitual. Los padres tienen que ser conscientes de que hay que priorizar y la salud es lo más importante. Los estudios deben ser importantes para los pacientes y para los padres, pero lo primero es que se consiga una estabilidad mental y física.

Los niños aprenden por aprendizaje vicario, por eso el ambiente debe ser estable. Lo importante es ver que la niña ha mejorado y que tanto los padres como la paciente sientan que no se les abandona y que cuentan con nuestro apoyo.

Juan Carlos es un niño cuya gráfica ha mejorado sustancialmente y eso significa que va a tener las herramientas para poder desarrollarse bien.

Hay que prestar especial atención en la eliminación de determinados mecanismos de aprendizaje y manejo del ambiente que utiliza para salirse con la suya. En el hospital esto no ocurre, por eso los padres tienen que poner límites y explicarle las consecuencias de su comportamiento. Esto no quiere decir que se le castigue continuamente, sino que se le haga ver que no puede manejar el ambiente como desee.

Se hace hincapié en que los padres sean con él igual de consistentes que lo somos en el hospital, porque si no se estaría produciendo un reforzamiento intermitente, además es importante reforzarle las conductas adecuadas para que el aprenda que las cosas bien hechas también tienen consecuencias positivas.

Los padres comentan que los síntomas de Juan Carlos se acentúan cuando va gente a su casa o salen fuera ya que éste no quiere sentirse observado. Se les enfatiza en que se marquen los tiempos en relación al niño ya que el proceso de re-aprendizaje requiere su tiempo: eliminar las conductas inadecuadas, aprender conductas nuevas y generalizarlas.

Lo más relevante en el caso de los padres de Nuria es que ellos se recuperen como padres, haciéndoles saber que es una tarea que requiere su tiempo. No se trata de que ellos se sientan culpables, sino de tener el tiempo suficiente para que puedan recuperarse como padres y también como personas.

Es importante hacerles entender que aunque su función como padres es esencial, éstos deben tener su propio espacio y tiempo para cuidarse a ellos mismos.

Nuria necesita una mano firme y para conseguirlo la madre necesita tiempo para ella misma, ir al gimnasio, salir con amigas, etc.

En el grupo, la madre se ha sentido arropada y es capaz de expresar sus emociones, de rabia, pena, culpabilidad...

Mostrando también sentido del humor, hecho que se refuerza ya que facilita el tratamiento de ellos mismos.

Nuestra misión ahora mismo con esta paciente es trasmitirla que sus padres están con ella.

Lo mismo ocurre en el caso de los padres de Samara, ya que es una niña que necesita estabilidad y en su contexto familiar no la tiene.

Es imprescindible que quien la cuide esté tranquilo y sereno para que se lo transmita a la niña y eliminar las situaciones ambivalentes que se dan en la actualidad. La clave es que Samara es una niña en riesgo por el contexto en el que está y por ello hay que intervenir, incluso con ayuda del Estado.

Hay que buscar siempre la coherencia para que la niña se sienta segura, eliminado cualquier tipo de arbitrariedad.

En este sentido, los padres de Samara también deben prestar especial atención en la definición de límites ya que tiende a manejar el entorno, a veces da la sensación de que se le hubiese dado exceso de responsabilidad y cuando ella se pone enferma, todos los conflictos externos desaparecen y así todo su entorno se centra en ella. Por todo ello, hay que reeducarla procurando que no tenga un déficit de desarrollo ya que en el colegio va atrasada con respecto a su edad.

Por último, en el caso de Alba, de lo que se informa a la madre es de la importancia de saber cuidar, en lo que respecta a las comidas, los hábitos del sueño y del reposo, los estudios, etc.

La madre alude que Alba tiene mala actitud, sobre todo cuando se le lleva la contraria. Los niños ponen a prueba a los padres continuamente, las rabietas no hay que consentirlas pero a veces hay que hacer “ignorancias juiciosas” ya que en algunas ocasiones no tiene sentido enfrentarse a ellos.

Es importantísimo que los padres sean consistentes, coherentes y si se cumplen estas dos condiciones aparecerá la competencia. Por eso, en este caso concreto es muy importante que abuela y madre se pongan de acuerdo.

6. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES EN TCA.

Nota de los Editores.

Las técnicas terapéuticas cognitivo conductuales han sido de mucha importancia en el tratamiento de los Trastornos Alimentarios. Inicialmente en los programas de hospitalización de Anorexia Nerviosa y luego en tratamiento ambulatorio de la Bulimia.

La hospitalización domiciliaria en el primer episodio de Anorexia Nerviosa tiene un éxito sorprendente. Judith Pastor fue partícipe de su primer desarrollo, el más estricto, en el Hospital del Niño Jesús de Madrid y Patricia Ruiz años después y en el mismo centro de una forma menos dura utilizada para el inicio del tratamiento ambulatorio.

El plan de vida, en Anorexia Nerviosa desarrollo de hábitos como alternativa a obsesiones y compulsiones tiene peculiaridades en Bulimia.

Sus rasgos diferentes de personalidad lo explican. Idoia Duo nos ilustra sobre su validez al inicio del tratamiento.

La exposición con prevención de respuesta (EPR), es una técnica psicológica ampliamente utilizada con éxito en los trastornos de ansiedad, sobre todo en las fobias y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). María de Paz López presenta un varón de 15 años con un TOC en el que se utiliza este procedimiento.

6.1 HOSPITALIZACIÓN EN CASA. ANOREXIA NERVIOSA.

Judith Pastor. Psicóloga Clínica.

ITEM Madrid.

C.R.C. Es una paciente de 15 años que acude a consulta a causa de una importante pérdida de peso (8 kilos en 5 meses) y una amenorrea secundaria. Su IMC es 15.78. La paciente acude acompañada de sus padres, quienes refieren una restricción y rituales alimentarios, ansiedad ante las comidas y altos niveles de obsesividad. Todo comenzó cuando la paciente viaja al Reino Unido a realizar un curso escolar. Durante este viaje subió de peso. Así mismo, tuvo la menarquia. A la vuelta, comienza la pérdida de peso. C.R.C. explica la pérdida de peso por retomar una alimentación mediterránea y por federarse en un equipo de balonmano. “Mucha gente estaba a régimen, solo quería adelgazar lo que había subido en el Reino Unido. Yo no soy como dos amigas que se meten los dedos y vomitan”. Además de la sintomatología anteriormente señalada, aparece también insatisfacción corporal, un intenso deseo de perder peso y un bajo estado de ánimo. “En ocasiones me siento muy triste, lloro en mi cuarto y por telepatía aparece mi padre o mi madre y me consuelan”. C.R.C. es diagnosticada de una Anorexia Nerviosa Restrictiva y es derivada a un programa de Ingreso Domiciliario con pronóstico favorable.

La hospitalización es un recurso necesario en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sin embargo un porcentaje significativo de pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa (como es el caso de C.R.C.), se puede beneficiar de un tratamiento alternativo, donde se trasladan determinados cuidados hospitalarios al ambiente natural del paciente. El programa de Hospitalización Domiciliaria es un programa alternativo a la Hospitalización, que ha demostrado ser eficaz para algunos pacientes como C.R.C., que tienen un debut agudo en la enfermedad, pero que sin embargo, ésta es de corto periodo de evolución y el paciente no ha presentado ingresos anteriores.

Los objetivos del programa de Ingreso Domiciliario son, alcanzar un IMC mínimamente saludable, introducir un patrón regular de comidas (cuatro comidas diarias), una alimentación variada, un estilo de ingesta adecuado y eliminar las conductas compensatorias (conductas purgativas y ejercicio físico compulsivo). En el ámbito familiar, pretende eliminar aquellas conductas que actúan como

mantenedoras del problema y potenciar en el ambiente el refuerzo de las conductas sanas que son objetivo del ingreso domiciliario.

Los criterios de inclusión son: pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa, con pérdida progresiva de peso, IMC mayor a 14 y que otros tratamientos menos aversivos ambulatorios hayan fracasado para conseguir los objetivos anteriormente señalados. Así mismo, es necesario que el paciente cuente con una familia capaz de organizarse para su cuidado. Los criterios de exclusión son: pacientes con alteraciones bioquímicas o psicológicas graves (ideación suicida, Trastorno Depresivo Mayor...) que aconsejen un ingreso hospitalario, y/o familia con patología psiquiátrica que impida el adecuado cumplimiento de las pautas y normas del programa (Morandé, 1995).

El programa de Hospitalización Domiciliaria es un paquete de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Las técnicas empleadas son principalmente conductuales.

Las más destacadas son:

Programa operante: El programa consiste en un reforzamiento de una ingesta adecuada tanto por el tipo de alimento como por su cantidad y coste de respuesta de las conductas patológicas relacionadas con hábitos alimentarios y evolución ponderal negativa.

Control estimular: Control externo de los antecedentes que desencadenan determinados síntomas alimentarios (por ejemplo los vómitos). Entre otras situaciones, los padres cuidan el acceso al cuarto de baño, cocina, acompañan en las comidas...

Exposición más prevención de respuesta: se expone al paciente a los estímulos temidos (determinados tipos de alimentos, cantidad de ingesta, sensación de plenitud, subida de peso...) impidiendo la emisión de conductas de evitación o escape (vómitos, ejercicio físico...).

Aunque el programa operante sea la base del tratamiento, también se emplean otras técnicas dirigidas a otros aspectos concretos de la patología. Se da al paciente un espacio donde poder ser escuchado y se fomenta la motivación al

cambio. En la familia se pretende además de enseñar a cuidar del paciente, dar un apoyo emocional, escuchando, calmando, empatizando y motivando.

Los resultados obtenidos a través de este programa de tratamiento son:

- Un peso mínimamente saludable y su mantenimiento. El IMC de C.R.C al alta del tratamiento era de 18.75. Estudios realizados han demostrado que no existen diferencias estadísticamente significativas en la subida de peso en pacientes ingresados en casa y en el hospital.
- Un patrón regular de comidas. Los pacientes realizan cuatro comidas diarias.
- Aumento de la cantidad y variedad de ingesta. “Hoy ha sido el día de las patatas fritas. La verdad es que no me han parecido muchas y me han sabido muy buenas. No me he sentido para nada culpable. No sé si ahora podría comer sola, pero desde luego algo habré progresado”.
- Un estilo de ingesta adecuado (duración de las comidas, modales...).
- Eliminación de las conductas compensatorias (principalmente vómitos).

Con la consecución de estos objetivos se observan también otros cambios de carácter fisiológico, conductual y cognitivo emocional. Entre otros:

- Mejora del estado de ánimo. C.R.C. señalaba en su diario: ” Hoy ha sido mi primer día de colegio. Me apetecía un montón, sobre todo volver a ver a mis amigas. Estaba un poco nerviosa al principio, pero todo ha ido muy bien. He estado muy alegre porque muchas amigas que no había visto desde hace tiempo me han saludado y abrazado. La gente me ha dicho que me ven mejor. Me alegro”.
- Disminución del nivel de ansiedad específico ante estímulos fóbicos y ansiedad general. “Hoy he ido a comer fuera. He comido en un restaurante muy formal, aunque me hubiera gustado más comer en un Mc Donald’s o en Hollywood...He comido crema de verduras, filete con patatas fritas y de postre un zumo de naranja. La verdad es que no me he estado nerviosa en ningún momento, me lo he comido todo sin rechistar”.
- Disminución de la frecuencia e intensidad de las obsesiones.
- Disminución de las conductas evitativas con relación al cuerpo.

- Aunque la naturaleza del programa sea principalmente conductual se aprecia un pensamiento no tan rígido entorno a la comida y el cuerpo.

En la familia puede observarse una reestructuración de los roles familiares entorno al cuidado del paciente. Así mismo disminuyen las riñas, discusiones, conversaciones entorno a las obsesiones y la sensación de indefensión en la medida que comprenden mejor el trastorno. Observan como a través de sus cuidados pueden influir de forma positiva en la evolución del paciente.

El índice de fracaso de este programa es alrededor del 10%. Los factores que contribuyen a un mal pronóstico son ingresos anteriores y un mayor tiempo de evolución del Trastorno del Comportamiento Alimentario. En un estudio de seguimiento realizado con 22 pacientes, la media de IMC al alta fue de 18.76. Al año y año y medio 19.4 y 19.55 respectivamente. Ninguno de los 22 pacientes había reingresado ni en el hospital ni en casa. En una encuesta de satisfacción facilitada a los pacientes de este estudio, el 89 % de los pacientes y 88.9 % de sus familiares preferían un ingreso domiciliario frente a un ingreso en el hospital.

El programa de Hospitalización Domiciliaria pretende ser un tratamiento menos aversivo para pacientes que se encuentran en una situación crítica. El objetivo es no apartar en la medida de lo posible al paciente de su medio físico, familiar y social, tratando de disminuir así el coste emocional del paciente y su familia. Es una intervención alternativa a la hospitalización en determinados casos, efectiva en un momento puntual, para controlar determinada sintomatología y como base para un tratamiento ambulatorio posterior de carácter cognitivo

Morandé G. Hospitalización en casa. *Anorexia & Bulimia* vol.1 num.3 dic.1998 5-6

6.2 HOSPITALIZACIÓN EN CASA. ALTERNATIVA AL INGRESO

Patricia Ruíz Psicóloga. Clínica. Madrid

“De princesita a pequeña tirana”.

Patricia Ruíz Psicóloga Clínica. Madrid

La llamaré Rocío. Tenía 15 años cuando acudió por primera vez a consulta acompañada por unos padres algo mayores, él prejubilado por una angina de pecho ocupó un cargo directivo en una multinacional; ella con formación universitaria nunca ejerció y se dedicó a la casa y los hijos. Rocío tenía una hermana y un hermano doce años mayores que ella. Era la niña de la casa y todos la sobreprotegían. Sus padres hablaban de ella como la “princesita”. Siempre había sido una niña muy buena, responsable, muy cariñosa, con excelentes resultados académicos, y muy querida entre sus amigas; nunca había dado problemas en casa ni ninguna preocupación.

Y llegaron la restricción alimentaria, el ejercicio físico compulsivo, la pérdida de peso progresiva, el pensamiento obsesivo sobre su figura. Rocío padecía una Anorexia Nerviosa, con un cuadro en evolución donde no había pasado un año desde que comenzaron los síntomas. En un principio todo se vivió como un drama familiar con sentimientos de culpa por parte de los padres, algo muy común en familias estructuradas con un nivel socio económico alto. El padre nunca lo entendió, ni lo aceptó, se limitó a acompañar a Rocío rigurosamente a consulta y respetar condescendentemente las indicaciones de su psicóloga.

Rocío se incorporó a un Programa de Hospitalización Domiciliara para pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, que se fundamenta en un tratamiento intensivo con un encuadre cognitivo-conductual, en el que la familia asume bajo la dirección de la psicóloga una labor muy importante de acompañamiento del paciente y de administración de los refuerzos, que resulta fundamental para la eficacia del mismo.

Rocío aceptó las pautas no sin cierta resignación desde el principio, pero poco a poco tanto ella como sus padres llevaron a cabo el tratamiento con éxito. En aquella etapa, siempre fue muy colaboradora en consulta, y muy disciplinada a la

hora de cumplir con las indicaciones. Una paciente y una familia, con las que resultaba fácil trabajar.

Tenía 18 años cuando le dimos el alta terapéutica. Ya tenía novio, un encanto de chico, y empezaba su carrera universitaria. Seguía siendo una adolescente encantadora y responsable.

Probablemente nunca llegó a ser muy consciente de su enfermedad y esto le impidió interiorizar una verdadera motivación al cambio, y a nivel cognitivo no llegamos a abordar el esquema de pensamiento que se estaba desarrollando en Rocío en ese periodo tan importante que era su adolescencia.

Solo señalar un incidente al que no le di toda su importancia pero que pasados los años considero que fue un precipitante de unos rasgos de personalidad que estaban latentes. Al año de iniciar el tratamiento, surgió un conflicto familiar muy fuerte. El padre tuvo una explosión de ira descontrolada hacia ella, totalmente injustificada, en la que Rocío conectó con el padre, y a diferencia de su hermana, reaccionó enfrentándose a él, perdiendo de igual manera el control, y terminando el incidente en una agresión física del padre hacia ella. Rocío quiso marcharse de casa, pero al final pudimos reconducir el conflicto.

Años más tarde los rasgos impulsivos y el problema del descontrol de la ira se fueron agravando en el padre, aunque éste no reconocía la existencia de tal problema. Ya desde aquel primer incidente el padre dejó de acompañar a Rocío a la consulta.

Un año y medio después, la familia de Rocío volvió a contactar conmigo. Rocío ya no era la misma niña. Su carácter había cambiado.

Cuando un Trastorno Alimentario debuta en la adolescencia y preadolescencia, siempre comentamos a los padres que se produce un bloqueo en el desarrollo no solo físico sino psicológico en la maduración de la paciente, y que es muy frecuente presentar una adolescencia tardía.

Y así se lo expuse a su madre y a su hermana, que ahora era la que estaba asumiendo el papel de mediadora familiar en el conflicto. Rocío que había

cambiado profundamente y tenía una actitud muy negadora y desafiante en consulta, volvió a retomar algunas sesiones muy negociadas y ya nunca vino de forma voluntaria a la terapia.

Cambió de carrera porque no le llegaba a convencer, la relación con su novio empezó a deteriorarse, Rocío salía con otros chicos, y nunca supo cómo afrontar adecuadamente el cambio. Paralelamente subió de peso considerablemente, y su conflicto interno relacionado con su imagen corporal se reactivó. Presentaba frecuente irritabilidad, conductas de ira, eran frecuentes las respuestas emocionales cambiantes, los cambios de humor y un gasto compulsivo. Inestabilidad general, con unos rasgos pasivo-agresivos muy marcados. Todo ello llegaba al entorno familiar en forma de gritos, portazos, insultos graves a los padres, chantaje emocional constante y amenazas de marcharse de casa.

Comenzó a salir con un chico muy celoso y controlador con el que estableció una relación intensa y tormentosa, con fuerte dependencia emocional por miedo al abandono. Poco a poco fue descuidando su entorno social, su ritmo de estudios, y no respetaba las normas de convivencia de la familia. Percibía en la familia absoluta falta de confianza, incluso una falta de cariño que no era real. Su bajísima tolerancia a la frustración hacía que implosionara sobretodo con el padre.

Su madre me llamaba llorando diciéndome que los iba a matar a disgustos y poco a poco el padre, la madre y la hermana de Rocío fueron sometiéndose a su tiranía y a sus disposiciones emocionales. Llegaron a proponerme grabarla en video para mostrarme esas reacciones y actitudes.

No reconocían a su hija.

Era muy inconstante en las sesiones, y se refugiaba en una atribución externa de causalidad, lo que hacía muy complicado el tratamiento. Los encuentros familiares se convertían en un problema ya que, la madre ya mayor y con dolencias cardíacas, aunque lo intentaba era incapaz de marcar límites.

En una sesión en la que pude presenciar esa disregulación emocional, la madre llevaba un Holter, y cuando se abordó el tema del aborto; sí porque Rocío se había

quedado embarazada e incluso se planteaba tener el bebé; casi tengo que llamar al servicio de urgencias.

Estuvimos unos ocho meses de terapia intermitente y conseguimos que se calmara el ambiente en casa y que respetara ciertas normas de convivencia.

Rocío hoy tiene 23 años, rechazó este curso una beca Erasmus por complacer al novio, de lo cual ahora se arrepiente. Sigo en contacto con la madre que me cuenta que ahora parece que el vínculo patológico hacia el chico se va rompiendo y está en una fase de disforia y de vacío emocional. Se niega a acudir a consulta, pero la familia no desiste en su empeño.

Y con respecto al caso me he preguntado varias veces: ¿Adolescencia conflictiva tardía o Trastorno de la Personalidad Límite?

Referencias:

Echeburúa, E., y Marañón, I. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. Echeburúa, E., y Marañón, I.: Revista Psicología Conductual, 9 (2001) 513 - 525.

Mosquera, D. Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Mosquera, D.: Ediciones Pléyades, S.A. 2004.

Mosquera, D., Ageitos L.: Más allá de lo aparente. Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Mosquera, D., Ageitos L.: Ediciones Pléyades, S.A. 2005.

Morandé Lavín, G. La edad más difícil. Ediciones Temas de Hoy, S.A.2000.

Hospitalización en casa. Anorexia & Bulimia vol.1 num.3 dic.1998 5-6 Morandé G.

Hospitalización en casa. Anorexia & Bulimia vol.1 num.3 dic.1998 5-6.

6.3 PLAN DE VIDA EN BULIMIA. UNA ETAPA INICIAL DEL TRATAMIENTO.

Idoia Duo Psicóloga Clínica ITEM Madrid.

R. P llega a la consulta ambulatoria acompañada por su padre. Se trata de una adolescente de 17 años y con un problema de Bulimia. En la entrevista, describe la relación de gran conflicto que mantiene con su padre. “Él es perfecto y no soporta mi problema” “Me machaca constantemente”. Sin más dilación, describe algunas actitudes de su padre:

“Hace la compra y coloca la lista de esta en la nevera, por las noches cuando llega del trabajo lo primero que hace nada más entrar por la puerta es abrir la nevera y contabilizar los alimentos. Después grita mi nombre, R. P.... ven aquí! A continuación me somete a interrogatorio. Todos los días lo mismo, ¡no le soporto!”

En la entrevista el padre describe con ira los vómitos y los atracones de su hija. “Vomita en el baño de nuestra habitación y ni siquiera se digna a limpiarlo” “Nos levantamos por la mañana y ni siquiera tenemos leche para el desayuno, ¡es el colmo!” Describe el desorden general de su hija. “Su habitación es una leonera, deja todo tirado, no nos respeta.” A su vez, añade el desorden que tiene con el sueño, la alimentación y su poca disciplina académica. El padre, considera estas manifestaciones como agravios hacia su persona y tiene claro que su hija mantiene una actitud desafiante y que constantemente le provoca. “Quiere fastidiar, es lo que busca”

Esta adolescente no responde a un perfil sumiso. Generalmente en la práctica clínica, encontramos problemas de impulsividad y bajo autocontrol en aquellos problemas de alimentación que cursan con purgas y en especial en las bulimias. La impulsividad es bastante normal en el periodo de la adolescencia, pero si además esta a su vez coincide con la aparición de una BN, todo se desorganiza. R.P, está cruzando un periodo crítico en su desarrollo, y a esta dura etapa se le añade un ingrediente más, un padre de perfil rígido y perfeccionista, al cual se le escapa de su control el descontrol de su hija.

En una etapa inicial de tratamiento, una herramienta fundamental en el abordaje de los TCA es el plan de vida. Técnica orientada a ordenar el funcionamiento de la

persona. La distribución de espacios y tiempos ocupa una parte importante del tratamiento (G.Morandé 1995).

En el momento de incorporar el plan de vida, R.P reaccionó negativamente. Una vez salió de la consulta, rompió el documento. Esta resistencia inicial suele ser habitual. La percepción del plan de vida como una pérdida de libertad les lleva a revelarse. R.P opinaba “El plan de vida es una imposición de actividades sin sentido” “Es un castigo”

Esta técnica de corte conductual es utilizada en los TCA en general. Sin embargo, el plan utilizado en BN se diferencia del usado en AN. La principal variación consiste en que en éste, las pautas conllevan mayor sutileza. El paciente lo realiza junto con el terapeuta y éste debe mostrar su habilidad para conseguir persuadir al paciente en su cumplimiento. El terapeuta trabaja la implicación, moldeando las decisiones del paciente y dejando ver a este, que es él quien decide.

El plan se divide en varios apartados y cada uno de estos persigue diferentes objetivos:

El primero contempla la estructuración de horarios en la alimentación y sueño. Los pacientes afectados por BN generalmente manifiestan un desorden general, alterándose hasta los aspectos más básicos como alimentación y sueño. Restablecer una adecuada alimentación proporcionando a los pacientes y familia orientación sobre número de comidas, estructura, lugar y acompañamiento en estas, es el primer objetivo. El orden de estas variables es fundamental de cara a frenar los principales mantenedores en la BN. La prescripción de una alimentación regular resulta en una marcada reducción de los atracones y mejora en el estado de ánimo (Fairburn 1992).

El segundo, define estrategias terapéuticas en los momentos de mayor riesgo a los síntomas alimentarios (actividades de distracción a realizar después de las comidas). Este apartado persigue dos objetivos. Contener las conductas compensatorias tras la ingesta y frenar el ansia por seguir comiendo una vez finalizada esta. Un porcentaje de los pacientes describen en etapas iniciales, problemas para identificar la saciedad tras las comidas, mostrando dificultades para manejar su ansia en estos momentos.

El tercero está orientado a estructurar las actividades. Es conocido que estos pacientes en su mayoría adolescentes e inmersos en un proceso de enfermedad, muestran serias dificultades para organizar su tiempo. Las oscilaciones entre el todo o nada son patrones comunes. R.P, pasaba de la práctica compulsiva y extenuante de ejercicio, al abandono de cualquier actividad física. Estructurar las diferentes actividades y sus tiempos es una forma de integrar el equilibrio, resultando de gran ayuda a la hora de mejorar el funcionamiento general. Favorecemos en los pacientes, aprender a pensar y planificar estas actividades con un sentido terapéutico.

El último apartado, se centra en planificar estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles. Este espacio cumple un papel importante en la capacitación del paciente. La mayoría, expresan conductas de evitación ante diferentes estímulos. Les atemoriza enfrentar determinadas situaciones: Comer determinados alimentos, comer en público, enfrentarse a una situación social en la que tengan que manejar los alimentos, la Navidad, exposiciones con el cuerpo. etc. En el caso de R.P, se irritaba especialmente en las comidas familiares. Mostraba dificultades obvias para controlarse ante la presencia de tantos alimentos. A su vez, el padre manifestaba sus propias dificultades para tolerar el ansia que R.P expresaba en estos eventos.

El plan de vida consta de 4 apartados y presenta diferentes niveles. En la medida que el paciente muestra mayor implicación, el terapeuta delega mayor responsabilidad en este, revisando sus decisiones de forma más flexible y espaciada en el tiempo. Buscamos fortalecer el compromiso del paciente para llevar a cabo el plan.

En la primera etapa de tratamiento, el plan se revisa cada semana y se moldea su ejecución, proponiéndose objetivos de mayor nivel. En una segunda etapa, cuando el paciente presenta una mejora de su funcionamiento general, el plan pasa a realizarse en 3 momentos a lo largo del año. Inicio del curso, Navidades y verano.

Un factor a tener en cuenta para el éxito de esta técnica, es la relación que el terapeuta establezca con el paciente. Debemos proporcionarles orientación pero sin caer en la prescripción rígida. Hemos de tener en cuenta el perfil psicológico de

muchos de estos pacientes, no solo por el periodo crítico de la adolescencia, sino por las características propias de aquellos que padecen Bulimia Nerviosa. La verdadera mejoría pasa por la implicación del paciente. Este sin duda es nuestro reto, y por ello, en algún momento del proceso favoreceremos en el paciente que decida.

En el caso de R.P, fue importante intervenir a nivel familiar. Analizando la situación, el control paternal mal adaptativo generaba efectos drásticos sobre su motivación, entorpeciéndole avanzar en su proceso de cambio. Mediar entre ambas partes, fue necesario.

En una etapa avanzada del tratamiento, R.P opinaba: “Aunque al principio tomé el plan a mal, me ayudó a tomar conciencia, era una forma de empezar” “Cuando decidí cambiar, dejé de ver el plan como una imposición” “Al inicio vivía el plan como un control, ahora concienciada como una ayuda”

6.4 EXPOSICIÓN TERAPÉUTICA CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA.

M. Paz López Psicóloga Clínica.

ITEM Madrid.

La exposición con prevención de respuesta (EPR), es una técnica psicológica ampliamente utilizada con éxito en los trastornos de ansiedad, sobre todo en las fobias y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). De forma relativamente reciente, éste procedimiento se ha utilizado en las Adicciones y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). En el campo de los TCA, aunque todavía se encuentra en fase experimental, la aplicación de ésta técnica está teniendo buenos resultados en el tratamiento de los atracones.

Con objeto de facilitar e ilustrar la técnica de exposición en el adolescente, se presenta a continuación el caso de un adolescente con TOC, dado que es en éste trastorno donde la técnica ha tenido un mayor desarrollo.

“B.A.V, es un varón de 15 años procedente de Galicia que padece un Trastorno Obsesivo Compulsivo de cinco años de evolución. El problema ha evolucionado negativamente con tratamiento farmacológico y psicológico ambulatorio. Presenta obsesiones relacionadas con el temor a contagiarse y rituales de limpieza. La intensidad de los síntomas interfiere seriamente en su funcionamiento global por lo que se indica ingreso en el Hospital del Niño Jesús de Madrid”.

En éste caso el tratamiento de elección es la EPR, puesto que las investigaciones al respecto así lo apoyan: El 75% de los pacientes con rituales y voluntad para seguir éste tratamiento consigue una mejoría significativa. En el caso de los niños y adolescentes la mejoría es de un 50% como mínimo en la mayoría de los sujetos. Desde una perspectiva conductual, la exposición con prevención de respuesta está basada en las teorías del aprendizaje de los dos factores del miedo y la evitación de Mowrer y en la teoría de la incubación de Eysenck. Los aspectos básicos que explican el TOC son los siguientes: Los rituales y la evitación hacen que la exposición a los pensamientos obsesivos sea corta y siempre coincidente con elevaciones del nivel de ansiedad, por lo que no es posible la habituación o extinción de la ansiedad a estos pensamientos, sino que la asociación entre estos

pensamientos y las respuestas de ansiedad se hace mayor a medida que se producen las evitaciones (Foa y Kozak, 1986).

Los mecanismos explicativos de la reducción del miedo durante la práctica de la exposición están relacionados con la habituación (desde una perspectiva psicofisiológica), con la extinción (desde una perspectiva conductual) y con el cambio de expectativas (desde una perspectiva cognitiva) (Mathews, Gelder y Johnston, 1981).

Es importante que la terapia sea de tipo colaborativo. El grado de eficacia del tratamiento será mucho mayor en la medida en que el paciente prevenga la emisión de rituales cognitivos (conductas de escape a nivel de pensamiento que no se pueden controlar desde el ambiente). La colaboración activa por parte del paciente será mayor en la medida en que sea consciente del problema que padece, entienda los mecanismos que lo mantienen y se encuentre motivado para el cambio.

Existen diferentes modalidades de exposición. En éste sentido la exposición in vivo parece ser la más eficaz, aunque la exposición en imaginación es útil cuando el estímulo al que debe exponerse el paciente es de difícil acceso (ej. avión) o como forma de motivar al paciente cuando éste se encuentra muy asustado. El gradiente de exposición (brusca vs gradual) no parece ser demasiado importante en cuanto a eficacia. Por tanto, el ritmo de aproximación al estímulo temido tiene que ver con la disposición del paciente, el tiempo disponible y la tasa de habituación.

En el caso de B.A.V., las condiciones de hospitalización permiten la elección de EPR in vivo y a un ritmo rápido. El programa de intervención va a consistir en la exposición a estímulos externos e internos que provocan las obsesiones (miedo al contagio, "dejar de ser puro") de forma prolongada, al mismo tiempo que se bloquean los rituales (rituales de limpieza corporal).

Las situaciones que evita el paciente se centran fundamentalmente en el momento de la comida, considera que a través de la misma es como fundamentalmente se contagia. Alrededor de la comida aparecen muchos rituales entre los que destacan: prepararse el mismo su comida, evitar todos aquellos alimentos que no se compran envasados, utilizar sus propios cubiertos y vaso...

Además tiene que comer a una distancia relativa de otras personas, para evitar que la saliva de los demás al hablar caiga sobre el alimento.

Se explica al paciente y a su familia como las conductas de evitación mantienen y agravan las obsesiones. Siendo dichas conductas de evitación o rituales el objeto de la intervención. En éste sentido se les recomienda la lectura de un libro de autoayuda sobre el TOC. De forma paralela con objeto de incrementar motivación, se le pide al paciente que elabore una lista de pros y contras de solucionar el problema.

De forma previa al inicio de la exposición y como medio para facilitarla, se entrena al paciente en algunos recursos cognitivos como: auto instrucciones positivas, parada de pensamiento... y respiración diafragmática como técnica de control de la ansiedad.

Las sesiones de exposición se aplican en el momento de la comida. Se expone al paciente a una comida no preparada por él y a la utilización de cubiertos del hospital. Inicialmente se le ofrece la comida en bandeja tapada y progresivamente ésta se destapa con objeto de exponerle a la posibilidad de “contagio”. Inicialmente come solo a cierta distancia de su acompañante/terapeuta para después integrarse en el comedor con otros pacientes.

La prevención de respuesta se realiza sobre las conductas de lavado y otras como escupir durante y después de la comida. Con objeto de frenar estas conductas, está acompañado durante las sesiones de exposición. Inicialmente éste acompañamiento terapéutico es realizado por un psicólogo especializado en la técnica, quién a su vez sirve como modelo a la madre del paciente, para entrenarla como co-terapeuta. También se realiza un control estimular del W.C tras la comida.

El proceso de exposición se acompaña de registros realizados tanto por el paciente como por su familia, las variables que se anotan son: fecha / hora de comienzo y fin de la sesión/ tareas de exposición/ansiedad máxima (0-10) antes y después/estrategias de afrontamiento.

El tiempo de hospitalización es breve puesto que la EPR es más eficaz en la medida en que se realice en el ambiente natural del paciente. A pesar de la brevedad,, los resultados son positivos. Los niveles de ansiedad disminuyen, así como la frecuencia de las compulsiones. El tratamiento de exposición continúa de forma ambulatoria en su ciudad de origen.

Hay más de un itinerario en el plan de Cuidados Escalonados de la Unidad. Los pacientes tras ser valorados en el Programa de Admisión pasan por hospitalización, hospital de día, grupos ambulatorios y seguimiento durante 4 o 5 años. Es el camino que siguen muchas Anorexias Nerviosas. En Bulimias, son más las que lo inician en los módulos ambulatorios o en hospital de día.

7. HOSPITALIZACIÓN DE ADOLESCENTES. UNA EXPERIENCIA TERAPÉUTICA.

Los adolescentes necesitan unidades específicas de ingreso. Hay entidades clínicas que por sus complicaciones médicas y riesgo vital como la Anorexia Nerviosa donde es de norma el ingreso. Un paréntesis en sus vidas y una ocasión de reencontrarse. Pasado, presente y futuro son los primeros temas que se les proponen para redactar. Un aspecto de su identidad a recuperar.

HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS. EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS.

Nota de los Editores.

El protocolo de hospitalización de la unidad tiene objetivos médicos, psicológicos y familiares. Un programa de cuatro etapas y varios componentes de cuatro a seis semanas y de estricto cumplimiento.

Se inicia con la recuperación del equilibrio fisiológico y se continúa con una realimentación progresiva. Los padres le acompañan los primeros días El apoyo psicológico es mediante el diario y la psicoterapia a pie de cama.

En la segunda semana se agregan grupo terapéutico, clases, fisioterapia, arte terapia y grupo de padres. En las últimas semanas hay reincorporación también progresiva a casa y al colegio. Es un programa de medicina conductual con condicionamiento clásico inicial, seguido de privilegios, aspectos cognitivos, interpersonales e intra-psíquicos.

7.1 TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LA HOSPITALIZACIÓN.

Morandé G., Graell M., Faya M. Mar, Paolini E.

Servicio de Psiquiatría y Psicología. Unidad de TCA.HUNJS.

.Como en cualquier psicoterapia institucional, lo más importante es la organización de la unidad y la creación de un clima terapéutico en ella. Un programa de hospitalización incluye la psicoterapia del paciente si cuenta con un equipo terapéutico, una enfermería entrenada, a los que se añaden camas específicas para TCA con comedor y cuarto de baño adecuado, un medio organizado. El equipo está formado por el médico, el psicólogo y la enfermera.

Psicoterapia a pie de cama:

Tiene dos tiempos: la visita médica y el seguimiento del diario.

1. La visita médica:

Realizada a primera hora de la mañana se inicia con el parte de enfermería sobre la evolución en las últimas 24 horas y se continúa con la visita al paciente aún en cama. Se sigue el modelo psicosomático en el cual el médico junto a la enfermera y el psicólogo visita al paciente y se interesa por su estado fisiológico. Cómo ha dormido, si tiene alguna molestia física, cuál es su estado anímico y mental con especial referencia a cómo lleva su tratamiento y su enfermedad. Cualquier molestia física es atendida con la exploración correspondiente y sus peticiones de privilegios escuchadas y diferidas hasta unas horas después. La única excepción es referente al plan de comidas que se aplica según protocolo y no está sujeto a negociación. El psicólogo retira el diario para su trabajo posterior. Si no lo ha hecho o no está preparada para la visita se suspende la interacción y se le anima que cumplimente su diario si quiere ser atendida. Las visitas son breves, en presencia de la madre en la primera semana. Las habitaciones son de dos camas con sus respectivos sillones para madres o padres.

2. Trabajo con el diario:

Todo el programa de hospitalización está basado en la premisa que el paciente viene a trabajar para ponerse bien y que nadie se pone bien sin hacerlo. Una parte importante del trabajo es la redacción de su diario. Con

el ingreso se le explica que debe escribir su diario y que éste se inicia con una historia de su vida redactada en tres tiempos; pasado, presente y futuro. Nuestras pacientes parecen tener solamente presente y su pasado se extiende sólo hasta el inicio de la enfermedad. Por descontado, no tienen futuro. Al invitarlas a escribir sobre su infancia se hace un primer intento de recuperar el recuerdo que se complementa en días sucesivos al pedirles fotos de cuando eran pequeñas. Con respecto al futuro, somos menos exigentes al menos en esta etapa. Junto con iniciar el diario de su estancia hospitalaria se les pide que con ayuda de la madre o padre hagan un árbol genealógico de al menos dos generaciones, abrimos así el espectro familiar que inicialmente parece tan aglutinado sobre alguna relación, en especial la de la hija y la madre. En ocasiones le pedimos a la madre que escriba la historia de su hija, desde su gestación, deteniéndonos en la relación de la madre con su propia madre en un contexto transgeneracional.

En muchas ocasiones el diario es sólo un registro de comidas y a lo más una descripción de la rutina hospitalaria que incluye como personajes centrales a enfermeras y médicos. El psicólogo empieza a orientarlo haciéndole mirar hacia las otras niñas ingresadas, a sus madres y lo antes posible mirar para sus adentros. De lo que comen a su actitud ante las comidas y la digestión.

De sus temores de engordar a su dificultad para cambiar. Ir poniendo nombre a las emociones inicialmente muy borrosas y casi todas desagradables e incontrolables. Aprender a pedir ayuda en lugar de llamar la atención. Empezar a mirar a los padres desde otro ángulo cuando en la segunda semana ya sólo acuden de visita, ver su casa, su cama, sus cosas, su colegio, sus compañeras, desde el hospital. El diario da mucho de sí cuando es bien llevado y es un excelente instrumento terapéutico en la medida que ponen en palabras escritas una experiencia difícil dónde se les pide aquello más les cuesta comer cada día más y subir de peso.

Grupo psicoterapéutico:

Otra forma de trabajo donde es necesario un terapeuta más experimentado. Dos veces a la semana se reúnen durante una hora. En los últimos años la mayoría anoréxica y la minoría bulímica se ha visto enriquecida con adolescentes ingresados por otras patologías psiquiátricas. El grupo se ha hecho más heterogéneo y dinámico.

El objetivo central preguntarse qué hacen ahí hospitalizados, entender que están ante un problema propio y no de sus padres, que ese problema es de naturaleza íntima, personal, mental y emocional y que no tienen otra alternativa que enfrentarlo. Ninguno de estos objetivos es fácil para ellos, es más cómodo culpar a otros, mantenerse ciegos, dejarlo para después, hacerlo por obligación para no enfrentar las contradicciones propias de la enfermedad. Las relaciones entre ellos así como las que desarrollan con el terapeuta son aspectos que siempre están en una terapia de grupo y también en éste. Su confrontación ayuda a madurar un poco más al mismo tiempo que les enseña a resolver de otra forma los problemas interpersonales fuente de insatisfacción en tantos adolescentes. La asistencia es obligatoria como todas las actividades del programa y se prolonga durante toda la hospitalización desde la segunda semana de ingreso.

Grupo de padres.

El grupo de padres de pacientes hospitalizados es el más antiguo en nuestra experiencia. Se remonta a 1987 en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid. Coordinado por el director del programa y responsable del tratamiento ha sido una fuente inagotable de experiencias. Se ha mantenido en forma regular en el Hospital del Niño Jesús y es el momento de encuentro de los padres con el equipo tratante. De naturaleza psico educativa siempre se ha pretendido que sea una instancia donde se informa de la evolución clínica de los hijos, la naturaleza de la enfermedad, cómo entenderla y manejarla. Los padres dan ejemplos de sus dificultades, también de sus logros en la relación con sus hijos. Hay momentos de mucha tensión, no sólo porque muchos de ellos están muy afectados y en ocasiones enfrentados sino también al ver en el rostro de otros padres su propio sufrimiento y a veces impotencia.

El grupo, como todos, es abierto a la incorporación de nuevos miembros en la medida que hay ingresos y puede detenerse en cualquier momento del tratamiento. Desde las dificultades del inicio y el encierro hasta la última parte donde reciben a sus hijos los fines de semana o deben llevarles al colegio. Por supuesto, el temor al alta y lo que viene después. Dura dos intensas horas una vez a la semana. En los últimos años, al mejorar el tratamiento ambulatorio y la hospitalización domiciliaria los pacientes que se ingresan son más graves psiquiátricamente y las familias son menos organizadas sino desestructuradas.

El grupo les recoge a todos e incorpora con ello nuevas dificultades. Padres con algún trastorno mental y parejas rotas en ocasiones en conflicto abierto. Unos y otros pueden inundan el grupo y hacen mucho más laborioso su desarrollo.

7.2 HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.-TERESA, IRENE Y JENNIFER.

Faya B.M., Gutierrez P. Silvia., Danis R. G., Graell M. y Morandé L.G.
Unidad de Hospitalización.

Los siguientes casos clínicos provienen del programa de Hospitalización de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Niño Jesús de Madrid.

Teresa, Irene y Jennifer, son tres adolescentes en busca de su identidad, que presentan sintomatología alimentaria aguda (fobia a ganar peso, ideación anoréxica...) motivo por el cual ingresan en nuestra Unidad.

Comparten los miedos propios de la adolescencia (miedo a crecer, miedo a perder a los padres de la infancia, al cuerpo de la infancia...) junto al establecimiento de vínculos ambivalentes con sus figuras de apego lo que conlleva a alta conflictividad familiar, así como a alteraciones de las relaciones interpersonales.

La enfermedad alimentaria se da en un momento determinado, en adolescentes con rasgos de personalidad determinados (ilustrados a través de nuestros casos) que pertenecen a familias determinadas...y... en un momento determinado. ¿Por qué en este preciso momento se presenta la enfermedad?

Teresa: Detrás De La Honorable Fachada

Equipo de Psicología: Gómez Oiarzabal, N.^a, Miranda, Romero V.^b y Álvarez, Fernández L.^c

^a Practicum Psicología Universidad del País Vasco

^b Master Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense de Madrid

^c Psicólogo Colaborador

T. P. es una adolescente de 15 años que estudia 4º ESO y vive con sus padres y un hermano mayor. Ingresó en el servicio de psiquiatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid por desnutrición severa.

En la entrevista inicial la paciente refiere que los hábitos alimenticios en su grupo familiar son irregulares, pues tienen la costumbre de “picotear” entre horas, llegando a sustituir las comidas. Como consecuencia de esta dinámica T decide que

todos deben comer mejor y más sano, con lo que el resto de la familia está de acuerdo. A partir de entonces la paciente empieza a hacerse responsable de la compra y preparación de los alimentos, poco a poco restringe cada vez más alimentos, siendo estos cada vez más restringidos.

Además de la restricción alimentaria, la paciente realiza deporte de forma regular (natación, bicicleta, patines...) hasta las dos últimas semanas anteriores al ingreso que los padres dado el estado de desnutrición de T se lo prohíben.

En cuanto a antecedentes psiquiátricos familiares a destacar, la familia refiere sintomatología depresiva en el padre, sin seguimiento ni diagnóstico, así como sobrepeso en el hermano.

En general T es una paciente poco abordable y colaboradora, algo distante llamando la atención su perplejidad de tal manera que en ocasiones desvía la mirada manteniéndola en un punto fijo. Durante la entrevista contesta con monosílabos, negando cualquier tipo de sentimiento y/o alteración de pensamiento en curso y forma. Durante el episodio agudo presenta disminución del nivel de conciencia con estupor disociativo, trance y atención restringida a ciertos estímulos. Fuera del episodio agudo no hay alteraciones de la conciencia, atención o concentración.

En la evaluación psicológica realizada en el servicio, el MMPI refleja excesiva complacencia en las relaciones interpersonales, que podría estar enmascarada por rasgos de rigidez y desconfianza en los demás, así como también por problemas para autoafirmarse, pues según el test parece presentar dificultades para enfrentarse a las realidades de su entorno. Además, se refleja una posible falta de iniciativa, pereza, abulia e incapacidad para establecer claramente las metas que quiere alcanzar.

El padre de la paciente es profesor universitario y la madre es farmacéutica. Durante la entrevista con los padres estos refieren que todo está "normal". Referente a su evolución destaca la dificultad del equipo para acceder a la paciente. T se muestra colaboradora con las normas del centro, aunque se observan cambios de actitud con diferentes terapeutas.

En ocasiones se puede inferir una actitud seductora con las figuras masculinas y estableciendo selectivamente relaciones con las personas que ella considerara acorde a sus capacidades intelectuales. En la terapia grupal interviene de manera espontánea y esporádica; muestra una actitud irónica que dificulta la intervención tanto de ella misma, como de sus compañeras. En el aula intrahospitalaria y en los talleres no tiene buen funcionamiento, ya que mantiene una actitud indiferente, poco empática y con rasgos anhedónicos.

En las últimas entrevistas T verbaliza tener conciencia parcial de enfermedad, “...pesando 42 kilos si pensara que no me pasaba nada estaría loca...”. Así mismo, mantiene una actitud negativa en cuanto a la colaboración en las entrevistas, “cada uno tenemos una personalidad... no le voy a contar mi vida a una persona que no conozco...”. Por otro lado valora de manera positiva el ingreso y la ayuda terapéutica, “...me estáis ayudando a averiguar cosas sobre mí...”, aunque reconoce abiertamente no querer compartirlo con el equipo terapéutico.

En la tomografía craneal se observa aumento de tamaño del sistema ventricular, hipoplasia de la porción inferior del vermis y comunicación dorsal del IV ventrículo con la cisterna magna con diagnóstico de malformación de Dandy Walker. En el examen oftalmológico no se observan alteraciones.

Después de múltiples pruebas se deriva a Neuropsicología. Tras estudio neuropsicológico completo, se concluye que en el momento de la evaluación no existe ningún indicador de deterioro cognitivo, mostrando por el contrario, un rendimiento de al menos una desviación típica por encima de la media en todas las funciones exploradas (memoria, atención, funciones ejecutivas...) y un CI total de 135. WISC: IV

Diario.

El trabajo con el diario ha sido uno de los aspectos centrales de la psicoterapia a pie de cama. Una parte del tratamiento que se inicia con la visita médica matinal y se continúa con el diario y el entrenamiento en relajación

En las producciones gráficas y lingüísticas realizadas en el diario que se le facilita a su entrada en el dispositivo de hospitalización se observa en general, dificultad para hablar y expresar las emociones, así como una negativa constante a expresar

acontecimientos personales, lo cual se evidencia en comentarios como “tuve tres días para escribir el primer día de vida, necesito más tiempo para escribir la autobiografía de 15 años”.

Además, en cuanto a la expresión gráfica se puede percibir una tendencia a la expresión esquemática, fragmentada, con llamativos borrones y tachaduras. Llama la atención la diferencia entre la grafía en las redacciones y los dibujos (ver anexo). Las producciones en general reflejan un pensamiento circular y viscoso.

Diagnóstico.

Eje I: Anorexia Nerviosa Restrictiva

Eje II: rasgos de personalidad narcisistas e histriónicos

Eje III: IMC actual: 16,26 (al ingreso: 14,9)

Eje IV: según acontecimientos vitales

Eje V: EEAG: 80

Eje VI: estructurada

Eje VII: excelente rendimiento académico.

Jennifer: Inestablemente estable.

Equipo Psicología: Obrador Álvarez, S. ^c y Baztarrica Jarauta, R. ^d

^c Practicum Psicología Universidad Autónoma de Madrid

^d Practicum Psicología, Universidad Pontífica de Salamanca

J.S. es una paciente de 16 años, que vive con su madre, su hermana de 14 años y su hermano de 11. Sus padres están divorciados. La paciente refiere tener muy buena relación con los hermanos y con su padre sin embargo, cuenta que con la madre la relación es muy conflictiva. Se observa cierta discrepancia entre el informe verbal del padre y de la madre en cuanto a las dinámicas familiares.

En Octubre de 2009 J.S. recibe tratamiento psicológico ante los problemas de relación con madre y hermanos, con mucha irritabilidad y actitud hipercrítica hacia ellos coincidiendo con la separación de los padres.

J.S. es una persona tendente a los extremos, con baja tolerancia a la frustración e inadecuada regulación emocional. Su sistema de creencias refleja un pensamiento dicotómico (“todo o nada”). Pese a no tener dificultades para relacionarse carece de

amigos íntimos, estableciendo un contacto superficial con los iguales. Todo esto refleja o ilustra la existencia de un vacío afectivo en la paciente así como de un vínculo ambivalente.

Desde Noviembre de 2010, J.S. comienza a presentar vómitos autoinducidos tras las comidas, junto a conductas autolesivas (en forma de cortes superficiales en las muñecas). A partir de Enero de 2011, comienza a disminuir la frecuencia de las conductas purgativas y la restricción alimentaria aumentan progresivamente, consiguiendo un pérdida ponderal de unos 5-7 Kg. en dos semanas. Hace una negativa a la ingesta motivo por el cual ingresa de urgencias en el Hospital Niño Jesús. Al ingreso, se realiza una entrevista a la madre donde refiere que J.S. comienza a preocuparse por su aspecto físico desde los ocho, nueve años, coincidiendo con su tendencia al sobrepeso y a los comentarios al respecto de sus compañeros de clase.

J.S. ingresa con un Índice de Masa Corporal de 19,45 Kg./m². En cuanto a la exploración psicopatológica, la paciente está consciente, orientada, colaboradora y abordable. Presenta un lenguaje coherente, fluido, y muy centrado en la sintomatología alimentaria. Su estado anímico es hipotímico, con baja autoestima y con tendencia a la irritabilidad sobre todo en presencia de la figura materna. No presenta ideación de muerte planificada ni estructurada, presencia de cicatrices antiguas correspondientes a autolesiones como forma de controlar la angustia y el “dolor mental”.

Presenta además de un miedo intenso a engordar y rechazo a su imagen corporal, una elevada impulsividad e inestabilidad. Manifiesta alteraciones del pensamiento en forma de ideas obsesivas relacionadas con su imagen física y con el peso y alimentación. No se observa otras alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento del tipo delirante. La paciente muestra tendencia al paso al acto ante las situaciones de frustración. Y por último, nula conciencia de enfermedad y de necesitar ayuda.

Puesto que la paciente tiene un perfil diagnóstico de Bulimia Nerviosa Multiimpulsiva, el objetivo de la hospitalización es frenar la descompensación y la rápida reincorporación a su ámbito familiar y escolar. Al comienzo no se adapta al protocolo, pero paulatinamente, mediando el trabajo terapéutico, junto con la contención farmacológica, cesa la resistencia de la paciente al tratamiento. Por los problemas

mencionados anteriormente, durante su estancia en hospitalización se tratan la hipersensibilidad a la crítica y los enfrentamientos con la figura materna a la hora de asumir y de cumplir determinadas normas. En el primer permiso terapéutico se evidencia las dificultades para seguir las indicaciones de plan de vida llegando a verbalizar que acabaría con su vida si tenía que vivir con su madre.

En lo referente a las relaciones interpersonales, J.S. comenta que ha habido situaciones de acoso escolar, motivo por el cual durante el ingreso la madre decide cambiarla de instituto, de manera que la relación entre ambas mejora. Este cambio supone para la paciente un incentivo, ya que inicialmente mostraba resistencias a la toma de contacto con su colegio, y el paso al nuevo instituto supuso un reenganche a su vida académica. Respecto a su rendimiento escolar, tanto la paciente como los profesores refieren que era deficiente, siendo ejemplo de esto el estar repitiendo curso.

Diario.

En cuanto a contenido, lo más significativo de J.S. es el exhibicionismo que manifiesta. Es muy poco realista teniendo en cuenta su rendimiento académico ya que indica que en un futuro le gustaría estudiar derecho, “traductora” o cualquier otra cosa relacionada con la medicina. Se observa también que vive fuera de realidad porque representa su fantasía de ser anoréxica cuando en realidad no lo es, creándose esa identidad. Un ejemplo de esto es que en uno de los permisos aprovecha para comerse una piruleta, y otro sería que al final del ingreso se queja de que después de las comidas se queda con hambre.

Por otro lado, en la forma la paciente utiliza muchos tecnicismos que no concuerdan con la formación académica que ella tiene. La estructura del diario es adecuada. La escritura es acorde a la normalidad. La grafía cambia, al inicio del diario es más pequeña y meticulosa, y al final es más grande, observándose rasgos más impulsivos. Algo significativo, en cuanto al diario es que tras cada redacción J.S. firma.

Terapia.

J.S. durante las terapias grupales muestra una actitud oposicionista desafiante, poco participativa, exhibicionista y conductas mimetizadas en relación a sus compañeras. Su expresión facial y corporal reflejaba ira.

Diagnóstico.

Eje I: Bulimia Nerviosa Multiimpulsiva

Eje II: Rasgos de personalidad límite

Eje III: IMC: 19,45 kg/m²

Eje IV: Según acontecimientos vitales

Eje V: EEAG 70

Eje VI: Desestructurada

Eje VII: Bajo rendimiento escolar

Irene: ¿todo bajo control?

Equipo Psicología: Zamorano González, T.^c; Pérez González, A.^a; y Colastra Galiano, I.^f

^f Máster Psicología Clínica y de la Salud (UCM)

I.V. es una paciente de 14 años que vive con su madre. Sus padres están separados y ambos trabajan en la Administración Pública. Los padres refieren que en su infancia fue una niña muy demandante y tuvo una gran necesidad de nexo afectivo.

En cuanto a las relaciones interpersonales, I.V. siempre ha tenido dificultades para relacionarse con los pares por diferencias en intereses y gustos. Tiene una gran afición por los caballos.

Es una niña que quiere agradar y que es extrovertida. Junto a esto puede decirse que es muy servicial, dispuesta a ayudar, pendiente de los demás y empática. Sin embargo cuenta con pocas habilidades sociales, es controladora, demandante y obsesiva. Algo que llama la atención y que es característico de esta paciente es su expresión verbal, que consiste en un discurso muy elaborado, muy fluido para su edad y compulsivo.

Académicamente, tanto los padres como los profesores de su centro escolar refieren que se trata de una niña brillante.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares no se cuenta con hitos que puedan estar relacionados con la enfermedad de I.V.

Desde el verano pasado I.V. comienza a preocuparse más por su aspecto físico, a restringir y a eliminar determinados alimentos. Esta situación produce enfrentamientos y discusiones con sus padres, especialmente con la figura materna. Los padres al igual que I.V. reconocen en ella una gran preocupación por el peso, alimentos, señalando que prácticamente desde el último mes no habla de otra cosa, algo que es indicador de sus rasgos obsesivos y de su forma de interacción invasiva.

Ante las dificultades para poder cumplir con las pautas alimentarias, las situaciones de tensión con ambas figuras parentales y la rápida pérdida ponderal en las últimas semanas se decide su ingreso.

I.V. ingresa con un Índice de Masa Corporal de 17,59 Kg./m². Si se analiza la exploración psicopatológica se observa con una paciente consciente, orientada, colaboradora y abordable. Presenta un lenguaje coherente, fluido, con tendencia a la presión en el habla y a la intelectualización y racionalización. Su estado anímico es eutímico. Presenta miedo intenso a engordar y rechazo a su imagen corporal. Se observan alteraciones del pensamiento en forma de ideas obsesivas, compulsiones en forma de rituales relacionados con la alimentación y con el orden.

I.V., a lo largo del ingreso, va haciendo elaboraciones progresivas a través de las cuales logra ir regulando su comportamiento; en el sentido de que se observa un gran esfuerzo por controlar sus compulsiones tanto en lo alimentario como en lo referente a los rasgos obsesivos.

Las pruebas psicométricas administradas a la paciente apoyan lo dicho en epígrafes anteriores. Entre ellas, destacan los resultados obtenidos en el test de personalidad MACI de Millon que indican una elevada deseabilidad a la hora de contestar a los ítems. Se obtiene un perfil de tipo “histriónica” y “egocéntrica”.

La paciente se muestra colaboradora y se adapta al protocolo, aunque durante la primera semana se evidencia una gran preocupación y necesidad de que se le explicara y confirmara los objetivos del ingreso. Posteriormente tras emplear medidas conductuales de control y reducción de las compulsiones, junto con el tratamiento farmacológico, se consigue que apenas mencione dicho tema y que acepte seguir el protocolo y las indicaciones. A lo largo del ingreso se recupera a nivel ponderal, alcanzando un IMC de 18,68 Kg/m² (45.40kg) y consiguiendo que la obsesión por el

tema alimentario se reduzca considerablemente por lo que se consideran cumplidos los objetivos del ingreso y se procede al alta hospitalaria y paso al programa de Hospital de Día del Niño Jesús.

Diario.

Comienza el diario distribuyendo el texto de forma expansiva, abarcando, incluso, los márgenes de las hojas. En un principio hace un extenso relato de su infancia, sin mencionar ningún aspecto emocional.

Como ya se ha indicado, las primeras páginas de su diario también contienen numerosas demandas de atención por parte del personal sanitario lo que apoya los ya nombrados rasgos obsesivos.

Se pueden observar también, gran número de tachaduras y de símbolos que remiten a notas a pie de página, así como auto correcciones y matizaciones de palabras para perfeccionar el relato, lo cual podría estar apuntando hacia una alta deseabilidad social.

Además usa posdatas e indicaciones/ flechas para asegurar la atención del lector a través del discurso. Nos parece relevante indicar que el primer día de ingreso escribió 26 páginas del diario. En varias ocasiones, arranca páginas del mismo y repite las mismas cosas de distinta manera.

En cuanto al contenido, se percibe una gran rigidez de valores, haciendo alusión en diversas ocasiones a la “confianza” como un aspecto central en su sistema de creencias. Se trata de una confianza de carácter irracional: confía siempre que las indicaciones estén al servicio de la enfermedad. En esta línea se aprecia que trata algunos temas como aspectos innegociables, “*soy así y punto*”; así como una hacia el exterior de su propia culpa como mecanismo de defensa.

Terapia.

Durante las terapias grupales se pudo observar en la paciente una actitud colaboradora, participativa y con alta deseabilidad social. Un aspecto a destacar de I.V. era su capacidad empática, expresada de forma inadecuada (invasiva), lo que en ocasiones provocaba cierto rechazo en el resto de compañeras.

Diagnóstico.

Eje I: Anorexia Nerviosa Restrictiva

Eje II: Rasgos de personalidad obsesivos y compulsivos

Eje III: IMC: 17,59

Eje IV: Según acontecimientos vitales

Eje V: EEAG 70

Eje VI: Desestructurada

Eje VII: Alto rendimiento académico

Conclusión general.

A partir de los tres casos presentados y siguiendo las ideas de Kernberg (2004) se puede evidenciar que en las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria existen manifestaciones variadas de expresiones de agresión, narcisismo y autodestrucción. Teniendo en cuenta dichas expresiones cabe destacar la importancia de los procesos transferenciales y contra transferenciales en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos.

Es importante destacar que en ocasiones la aproximación psiquiátrica tradicional puede resultar insuficientemente precisa cuando se aplica a los trastornos de personalidad, por lo que se considera oportuno rescatar la propuesta de Kernberg de los tres criterios diferenciales que se exploran a través de la “entrevista estructural” que combina los criterios dimensional y categórico para establecer diferencias y similitudes detectables en la organización de la personalidad.

Siguiendo los planteamientos del autor mencionado, la entrevista estructural permite explorar a profundidad la identidad de Yo, el juicio de realidad y los mecanismos de defensa que emplea el sujeto, de forma que se pueda determinar su organización de personalidad, bien sea limítrofe, neurótica o psicótica.

Por tanto, la entrevista estructural se considera una herramienta de mucha utilidad en la práctica clínica para la elaboración de un buen diagnóstico y en consecuencia un abordaje efectivo y adaptado al tratamiento de cada paciente.

Referencias.

Kernberg, O. (2004). Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación terapéutica. México D.F.: Manual Moderno.

Graell B, M .Morandé G. Programa de hospitalización para niños de edad escolar y adolescentes con trastornos alimentarios. INTERPSIQUIS. -1; (2011)9/feb/2011
Morandé G., Madruga D., Rodríguez F. Taracena B. Kindelán C. Protocolo psicopediátrico para el tratamiento hospitalario de la anorexia nerviosa Vol 10/48
Pediátrika 2 /90

Actividades terapéuticas complementarias (para - terapéuticas) durante la hospitalización.

Apoyo pedagógico, fisioterapia y ejercicio físico, arte terapia, pintura, talleres con compañeros.

Nota de los Editores.

A partir de la segunda semana de ingreso inician actividades que les mantienen ocupados así como le proporcionan recursos para afrontar su situación escolar, su recuperación muscular, su dificultad de expresar emociones y su temor de ser olvidadas. Esto último, en una etapa donde sus padres pueden visitarles a diario. Estar ocupados es un medio para no estar rumiando sus obsesiones y estar en acción. Obligadas a hacer lo que les aterra. (Rosa Calvo.) Comer y recuperar peso siguiendo un estricto programa nutricional. Las comidas son asistidas por enfermeras especializadas en el comedor terapéutico y se cuidan los reposos establecidos y el uso del cuarto de baño.

La mayoría son buenas alumnas, autoexigentes y cumplidoras, la presencia y trabajo con los profesores, uno de letras y otro de ciencias son bien recibidas. Aceptan con agrado el ejercicio físico tutelado, unas con más interés que otras. Hace tiempo sabemos que esta disciplina no afecta la recuperación ponderal. La expresión artística, el taller de pintura dos veces a la semana (que a veces empieza en el trabajo con el barro,) contribuye a encontrar formas de expresión

Otros pacientes lo encuentran en el teatro del hospital. Talleres de manualidades organizados por voluntarios cumplen también una función. Se trata de arrancar al paciente de su permanente discurso obsesivo y su compensación extenuante. Se buscan canales de expresión, el diario, el ejercicio, la pintura, el teatro en adolescentes alexitímicos y anhedónicos. No llega a su cerebro la información de sensaciones y emociones, aún más, no pueden experimentar placer o satisfacción alguna. La psicoterapia si es muy ambiciosa tampoco llega, se memoriza, de ahí que son tan importantes las actividades complementarias.

Los talleres con compañeros de curso fueron pensados como una técnica preventiva y siguen una escenografía que facilita la expresión emocional de pacientes y compañeros durante la visita a la sala y permite recogerlos en un taller de reflexión posterior de carácter psico educativo...

Eva Vázquez colaboradora de la Mesa de Prevención y artífice de los grupos de compañeros los expone desde el pupitre que ha dejado vacío del paciente hospitalizado. María Fernanda Delgado, la pintora, relata cómo una paciente que contemplaba los murales que ella hacía en todas las paredes del hospital incluso ascensores con una pregunta inocente posibilitó el desarrollo de todo un programa de expresión artística situado ahora en ático lleno de luz y color.

Francisco González uno de los profesores de las aulas hospitalarias describe el trabajo de apoyo pedagógico de los pacientes con Anorexia Nerviosa hospitalizados.

7.3 UN PUPITRE VACÍO. TALLER DE COMPAÑEROS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

Eva Vázquez Psicólogo Clínico.

La Anorexia no es una enfermedad contagiosa, sin embargo se difunde entre la población adolescente. Los aspectos que se transmiten son las ideas y las conductas de riesgo. Los mecanismos de difusión suelen ser la presión, la imitación o la competencia entre los/las adolescentes.

Cuando ingresa un adolescente es un nuevo hito en la evolución de la enfermedad. Si un adolescente se hospitaliza es un acontecimiento en el plano familiar y escolar. Se presta para el temor, desconcierto, rumores y culpas.

No hemos encontrado estudios sobre el impacto que produce el efecto de la hospitalización en los compañeros de aula, aunque parece evidente que éste se da. Al mismo tiempo, el adolescente ingresado necesita reincorporarse a su clase, al colegio y a volver a ser parte de su grupo. Sus compañeros son invitados a apoyarla en su alta hospitalaria.

A través de los talleres proponemos una nueva manera de trabajar en prevención, modulando la información que el adolescente nos da en vez de aportarle información nueva.

A Patricia la ingresaron en pleno mes de noviembre. Tan sólo le dio tiempo a hacer unos pocos exámenes de la primera evaluación. Aunque llevaba ya unas semanas acudiendo los jueves a consulta nunca hubiera imaginado que a primera hora de esa misma tarde se vestiría con el pijama azul.

Y llegó el lunes siguiente y Carolina, su compañera de pupitre, seguía preguntándose por qué no le contestó al privado del sábado y llevaba tanto tiempo sin conectarse. Rober, sólo 2 asientos más adelante acababa de encontrarse con Alejandra que le contó que Patricia estaba ingresada.

No fue difícil convencer a Pati y a sus padres de que la situación no sólo era extraña para ellos, sino que en el colegio, todos estaban inquietos ante el ingreso de su compañera.

Los días seguían pasando. La mañana del segundo martes sin Patricia llegó a clase la jefa de estudios y explicó que les habían invitado los médicos del hospital a que 9 compañeros de clase pudieran hacerle una visita la semana próxima. A continuación dio tres nombres: Carolina, Amaya y Candela. Pidió 6 voluntarios más y les entregó un justificante para que sus padres autorizaran que el viernes próximo a las 10 de la mañana pudieran desplazarse junto con su tutor al Hospital Niño Jesús.

Añadió antes de marcharse que sería buena idea para animar a su compañera ingresada que cada uno de los que no iban a participar en la visita le escribiera una carta.

Y llegó el viernes, y no fue posible evitar que entre las cartas de colores se colara algún peluche para hacerle llegar aún más lo mucho que la echaba de menos.

Llovía a cántaros. A la entrada del hospital les esperaban los profes que estaban dando clases ahora a Patricia y una psicóloga que les explicó que primero visitarían la sala en la que se ingresaba a los pacientes y que en un rato les esperaría en la segunda planta. Lo explicó tan serio que nadie se atrevió a preguntar.

En la entrada, la jefa de las enfermeras marcó una contraseña para que la puerta se abriera y les pidió que la acompañaran. A partir de aquí los compañeros entran a formar parte de una escenografía de la que creen ser meros observadores en la que también serán observados.

La visita atraviesa el hospital y acaba en la segunda planta, en una sala de grupo de la unidad ambulatoria a solas ya los compañeros y Patricia con los psicólogos encargados de monitorizar el taller. Se recogen de inmediato los primeros impactos: no sabían que había cámaras ni que hubiera tanta gente ingresada.

Parece que mientras la paciente intenta obtener información del exterior ellos no alcanzan a comprender la naturalidad con la que acepta el pijama azul y todas aquellas normas.

Nos presentamos y pedimos que se presenten. Tomamos nota de todo lo que podemos. Tenemos incluso la fugaz impresión de estar entendiendo algunas de las claves del mundo adolescente. Es como si hubiéramos sido autorizados a oírles pensar, a escuchar sus comentarios sin el sesgo que provoca la presencia del adulto. Soñamos con interrumpir de algún modo el discurso “anorexígeno” para así poder intervenir en la difusión de tendencias pro-delgadez.

Realmente están tan confusos y encantados que se olvidan de nuestra presencia aunque al principio lo que más abunde sea el silencio.

La mayoría sabía que Patricia estaba enferma. Hablan por lo general de tres áreas: Pati consigo misma, Pati con la comida y Pati con los problemas del exterior. Siempre aparecen las 2 primeras y si encima se han producido contratiempos con las amigas, en casa o algún desengaño amoroso todos coinciden en que el carácter de la paciente torna más complicado.

Pocos conocen el alcance que pueda tener dejar de comer. Los menos ya han tenido alguna amiga en tratamiento. La mayoría desconocía que podían acabar ingresándose.

Contestan siempre con inquietante precisión cómo y cuándo empezó Patricia a enfermar. Como clínico sientes que si siempre pudieras consultar a los amigos la detección precoz sería infalible.

Amaya, su mejor amiga dudaba. Los amigos de segunda línea, cercanos pero no íntimos, lo tienen muy claro: “empezó a hablar más bajito”, “en el recreo llevaba siempre el abrigo”, “en la piscina no quería bañarse” y “dejó de comer chuches”.

Intercambiamos dudas. Nosotros conocimos a Patricia ya enferma y hasta ahora sólo hemos conocido a Patricia sin la enfermedad a través de la angustia de unos padres incapaces de reconocer a su hija. Los amigos, sin duda, la conocen de otra manera y sin duda también la desconocen ahora, pero muchos han visto la evolución e incluso se atreven a interpretarla con la paciente delante que nunca duda en confirmar y/o matizar lo que ella sintió en aquel momento.

Se sienten alagados cuando les consultamos dudas: ¿por qué hay adolescentes que enferman y adolescentes que no? ¿Qué cosas les hacen vulnerables? ¿Cuáles les protegen?

La seguridad en uno mismo, una personalidad fuerte (Patricia lo es, lo aclaran), les defiende. Les hacen vulnerables los insultos, cambiar para gustar a alguien, la opinión de los demás y la ropa que quieren ponerse. Son una generación que empieza a dudar que las modelos existan. Ellos mismos saben retocar una foto. Hay diferencias entre chicos y chicas: si un chico ha comido mucho está llenísimo. Si una chica ha comido mucho está gorda. Explican que los trastornos de la conducta alimentaria son como “una guerra entre chicas”.

Pero el tiempo se acaba. Hemos intentado comprender y empaparnos de su discurso adolescente. Debemos ocupar de nuevo el lugar de clínicos y dar el truco para ayudar a Patricia cuando la semana que viene vuelva al colegio: tenerle preparados los apuntes del tiempo que faltó y un resumen de todos los cotilleos que se perdió. Se despiden de Patricia aunque no quieren irse. Seguro que el lunes, en clase, el pupitre vacío de Patricia ya tiene más explicación.



7.4 ARTE-TERAPIA: UTILIDAD DEL ARTE EN UN HOSPITAL INFANTIL.

María Fernanda Delgado.
Arte Terapia HNJS

El tratamiento médico encuentra, en la creación artística, un complemento terapéutico de gran utilidad en los talleres de Arte-terapia como son los de cerámica, óleo, esmaltes, jardinería, etc. para pacientes con diversas patologías entre ellas la Anorexia Nerviosa.

Arte y Terapia van unidos, el Arte es el vehículo de rehabilitación a través de la creatividad con el manejo y aprendizaje de sus materiales; pinceles, torno, barro, rodillo, etc. para facilitar la expresión y el buen resultado de la terapia.

El Arte-terapia le puede permitir al paciente el ocupar su tiempo con una actividad creativa y recreativa. Sabemos que nuestros movimientos están al servicio de nuestra motivación y uno de los principales objetivos del Arte-Terapia es la elevación de la autoestima.

Observando un de nuestros murales que caracterizan el hospital del Niño Jesús. Surge la pregunta de una niña ingresada en el servicio de Psiquiatría “¿y yo no podría aprender a pintar?, me gustaría tanto hacer un dibujo como éstos, es la ilusión de toda mi vida”. Ante la demanda de esta paciente se piensa en la posibilidad de una nueva actividad terapéutica, y así comienza a finales del año 1993 la aventura de la creación del primer taller artístico: el de Óleo.

En un primer momento se habilita un antiguo laboratorio, el de Nefrología, situado en la primera planta; a los talleres acudirán pacientes que están ingresados en media o larga estancia. Y el día 3 de octubre de 1.993 comienzan las clases

Se establece una sesión de dos horas semanales que será ampliada a dos días semanales más. Así nace el primer encuentro desde el hospital con los materiales artísticos, enseñándoles su manejo, técnicas, elaboración de los colores, de manera que experimenten los resultados por sí mismos de su obtención, como si de un laboratorio se tratara.

La educación artística se hace exactamente igual en el hospital que en las escuelas taller dedicadas al conocimiento del arte con métodos y técnicas depuradas que les ayudan y facilitan la obtención del resultado deseado.

El objetivo es el bienestar del paciente, tanto físico como mental. Desde el comienzo de la obra hasta su terminación se pone el máximo cuidado para que obtenga en su primer intento artístico un buen resultado, lo menos frustrante, posible, elevándoles su autoestima. Se trata de crearle un aliciente además de ofrecerle una enseñanza y terapia nueva que, más adelante, le sirva como herramienta de expresión

El primer encuentro con las artes plásticas fue muy positivo, por lo que se pensó en la posibilidad de poder tener contacto con otros materiales diferentes; esto requería la necesidad de espacios físicos con mucho más volumen, por lo cual la Dirección del Centro puso manos a la obra transformando unas buhardillas existentes en el Hospital, geográficamente situadas en la tercera planta, que estaban en desuso, en talleres artísticos, creando un ambiente de sensaciones a través del color (murales) y la luz natural.

Una vez conseguidos los espacios y ubicados ya los Talleres en éstos, en mayo de 1995, se abren nuevos campos de conocimiento: el de modelado y es en ese contacto con la arcilla lo que nos hace pensar en crear otro taller, el de alfarería; se compran dos tornos para su aprendizaje y este nos lleva encadenadamente a la creación de otros talleres: el de cerámica y formulación, esmaltes al fuego, con sus correspondientes hornos para las cocciones esmaltes.

La expresión artística es una herramienta muy importante para el niño, desde el comienzo de su vida busca la comunicación con los demás a través de la palabra y la expresión, su aliado una hoja de papel y un lápiz, ésta es una de su más queridas compañías, nadie sabe tanto como él.

En el mundo educativo tenemos un campo extensísimo donde el niño es siempre el protagonista, el Hospital ha querido obsequiar a nuestros pacientes, con esta posibilidad, y que es muy importante para él, ya que la expresión es su modo habitual de vivir, estimulando dicha capacidad para crear el triángulo: espacio - arte - niño, y que de ésta manera se sienta personalizado y realizado a través de

nuevas técnicas siguiendo el desarrollo de su expresión tanto natural como artística.

Las ventajas e importancia que esta actividad artística tiene para nuestros pacientes, se ponen de manifiesto, desde su creación a la fecha de hoy. Ya que el total de pacientes que hemos atendido en nuestro programa de Arte-terapia, ha sido de un total de 2.300, entre ingresos, reingresos, hospital de día y pacientes externos; de cada uno de estos grupos el número de pacientes que acuden actualmente a los talleres es de una media de doce niños por grupo.



7.5 INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Profesor Francisco González Castro Colegio E.E.

Hospital *Niño Jesús*

La atención pedagógica y el apoyo escolar que se realizan en los centros hospitalarios están englobados en el marco general de la compensación educativa, y el objetivo primordial es asegurar la continuidad del proceso de enseñanza y aprendizaje del alumnado hospitalizado. La compensación educativa se traduce en medidas elaboradas y adoptadas en el ámbito educativo para solventar situaciones de desventaja o desigualdad que puedan afectar al alumno durante su etapa escolar. La hospitalización es una de esas situaciones que suelen alterar o interrumpir el proceso formativo del alumno. De ese gran grupo de alumnos hospitalizados nos interesa centrarnos, para los efectos de este trabajo, en aquellos pacientes-alumnos que presentan trastornos de la conducta alimentaria. En primer lugar, resulta conveniente tener en cuenta ciertas características que comparten este tipo de alumnado:

Son adolescentes en etapas escolares obligatorias o no obligatorias. Padecen un trastorno de la conducta alimentaria (anorexia o bulimia) que, frecuentemente presenta cuadros obsesivos o depresivos asociados...

La psicopatología interfiere, en mayor o menor medida, en la actividad mental, en el rendimiento intelectual, en la escolaridad ordinaria, y por tanto, en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

El ejemplo siguiente ilustra cómo la psicopatología puede interferir en el razonamiento y, consecuentemente, en la elaboración de conclusiones:

Alumna, 13 años. Repite 2º de ESO.

Tiene que resolver un ejercicio incluido en el tema que trata la densidad, perteneciente a la asignatura de Ciencias Naturales. El ejercicio consiste en contestar a la siguiente pregunta: ¿Flota el aceite en el agua o se hunde?

El ejercicio contiene los siguientes datos: densidad del agua 1,0 g/cm³, densidad del aceite 0,88 g/cm³.

La solución adecuada es: el aceite flota en el agua.

Según la alumna eso es imposible. ¿Por qué? Porque el aceite, según ella, engorda. Siguiendo esta línea de razonamiento, algo que “engorda” no puede flotar en un elemento tan ligero como el agua. Ante este tipo de razonamiento, de una lógica

aplastante para la alumna, la tarea del profesor empieza por tratar de desmontar, a través de los datos aportados e, incluso, de la prueba empírica, una creencia estrechamente vinculada con una percepción patológica de la realidad. Además, el profesor debe tener en cuenta la dificultad que tienen estos alumnos para operar con entidades abstractas (la concretización es una técnica compensatoria de aprendizaje que suelen utilizar). Por otra parte, la explicación o demostración ha de ser lo suficientemente convincente para que la alumna asuma la nueva realidad (aprendizaje) sin que llegue a pensar que todo es una estrategia vinculada con intereses terapéuticos.

Otras características relevantes de este tipo de alumnos son las siguientes:

- El tratamiento médico y la estabilización psicológica y emocional son indispensables para lograr una intervención educativa útil y eficaz.
- Presentan dificultades de aprendizaje asociadas al trastorno.
- Son más sensibles a exigencias sociales y cánones establecidos.

Muchos de ellos presentan una mayor vulnerabilidad psicológica ante situaciones como, por ejemplo, el acoso escolar. Relacionado con esto están las dificultades de socialización que muchos manifiestan.

Son alumnos con un mayor riesgo de abandono escolar, incrementado por las conductas de aislamiento y desmotivación.

Pertencen a una generación que maneja con soltura la tecnología, y puede utilizarla con fines sociales, pero también para aislarse.

Teniendo en cuenta estas características que acabamos de señalar, el trabajo con el grupo de alumnos dentro de la Unidad de Psiquiatría se realiza del siguiente modo: hay dos profesores, uno encargado del ámbito científico-tecnológico, y otro encargado del ámbito sociolingüístico. A grandes rasgos en cada ámbito se trabajan aspectos específicos, persiguiendo un objetivo básico: la interconexión de procedimientos y habilidades.

Ámbito científico-tecnológico.

- Razonamiento lógico-matemático.
- Comprensión del lenguaje específico.
- Estrategias para abordar los problemas.
- Manejo de lo simbólico y abstracto.

- Estilo de aprendizaje.
- Comportamiento y forma de relación.

Ámbito sociolingüístico.

- Expresión oral y escrita.
- Comprensión general.
- Estrategias para manejar y asimilar la información.
- Formas de inferir (niveles sub-textuales).
- Estilo de aprendizaje.
- Comportamiento y forma de relación.

El procedimiento pedagógico se realiza en coordinación con el equipo terapéutico y con el centro escolar de referencia. Depende del perfil psicológico del alumno y de sus necesidades particulares. También tiene en cuenta la composición del grupo (trastorno predominante), ya que los procesos de enseñanza y aprendizaje son distintos en un grupo de perfil bulímico que en un grupo de perfil anoréxico. Los perfiles son esenciales a la hora de decidir cómo debe desarrollarse la intervención pedagógica.

