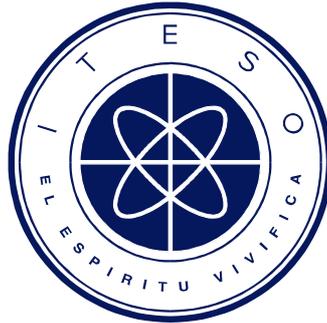


INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL, ACUERDO SEP. NO. 15018
PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN
EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976.



**DEPARTAMENTO DE SALUD PSICOLOGÍA Y COMUNIDAD
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA**

**DEL SÍNTOMA A LA ESPERANZA: ELEMENTOS DEL
PROCESO PSICOTERAPÉUTICO QUE, DESDE SU
PERCEPCIÓN, FAVORECIERON LA RECUPERACIÓN DE
TRES MUJERES CON ANOREXIA Y/O BULIMIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE MAESTRA EN PSICOTERAPIA
PRESENTA**

LIC. MÓNICA URDAPILLETA CARRASCO

**ASESORA DEL TRABAJO
MTRA. VICTORIA ANGÉLICA TORRES ARMENTA**

**COMITÉ LECTOR
MTRA. EUGENIA CATALINA CASILLAS ARISTA
MTRA. ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ**

TLAQUEPAQUE, JALISCO A 15 DE NOVIEMBRE DEL 2011

A Vanessa, Talina y Alondra por haberme confiado su experiencia de vida, y sobre todo por ser unas mujeres que continúan en el camino de crecimiento... las admiro muchísimo.

A mis maestros de la maestría por haberme escuchado, confrontado y compartido formas diferentes de ejercer la psicoterapia.

A Vicky Torres por la forma en que te comprometiste conmigo en la elaboración de este trabajo y por haberte interesado tanto en este tema que es tan importante para mí.

A Eugenia y Noemí por haber leído detalladamente mi trabajo y por haberme motivado a escribir más desde lo que yo pienso, siento y hago en mi trabajo como psicoterapeuta.

A Anky, por confiar en mí, por haberme asesorado en la parte teórica y por inspirarme tanta confianza para supervisar contigo mis casos.

A mis terapeutas Irene y Paty, por haber visto en mi corazón el dolor y la pasión, y sobre todo por haber confiado en que podía volver realidad todos mis sueños.

A Paty Domínguez, Anky Ibarra, Ana Luisa Castro, Rosario Villarreal, Eugenia Casillas, Lety Sánchez y Dulce Valencia, por compartirme sus experiencias como psicoterapeutas, por guiarme en mi desarrollo profesional y por impulsarme a seguir adelante con todos mis proyectos.

A todo el equipo que conforma IFIT, por compartir conmigo tantos proyectos y por creer que juntas podemos contribuir a que muchas personas y sus familias tengan una vida diferente.

A mis pacientes por permitirme acompañarlas en su proceso de tratamiento, por compartirme sus sueños y sobre todo por su confianza.

A mis padres por haberme formado como una mujer fuerte y tenaz.

A mis hermanos por compartir conmigo, desde diferentes ámbitos, nuestra misión de contribuir a la mejora de nuestro país.

A mi esposo, por confiar tanto en mí y por apoyarme incondicionalmente en mi desarrollo personal y profesional

A mi hija... esperando que vuelvas realidad tus sueños y que vivas con pasión tu misión en la vida.

A Dios por haberme puesto en el camino a tantas personas que me han impulsado a cumplir con mi misión en la vida.

Índice

	Página
Introducción.....	5
Antecedentes y contexto: una mirada general al problema de los TCA.....	8
Anorexia y Bulimia: características diagnósticas.....	13
Factores que hacen a una persona vulnerable a desarrollar un TCA.....	16
Factor Sociocultural.....	17
Factor biológico y comorbilidad.....	18
Factores psicológicos y familiares.....	20
Justificación, pregunta de investigación y objetivos.....	23
Método.....	29
Tipo de investigación.....	29
Técnicas y herramientas a utilizadas.....	30
Participantes.....	33
Procedimiento.....	35
Encuadre ético del estudio.....	37
Contexto clínico de las entrevistadas.....	39
Definición de psicoterapia.....	42
Elementos del proceso psicoterapéutico psicoanalíticamente orientado que llevaron las entrevistadas.....	43
Análisis y hallazgos.....	49
La primera entrevista: del miedo a la esperanza.....	49
La relación terapéutica: edificación de confianza.....	55

Formas de intervención: descubrimiento y manejo de recursos.....	63
De niña a mujer	82
De pensar en la comida a pensar en su proyecto de vida.....	86
Conclusiones.....	93
Referencias Bibliográficas.....	98
Anexo 1.....	102

Introducción

Ser psicoterapeuta de personas con trastornos de la conducta alimentaria parecería sencillo, ya que aparentemente sólo se trata de enfermedades que tienen que ver con “alteraciones graves de la conducta alimentaria” (DSM-IV-TR, 2002, p. 653). Sin embargo, los profesionales de la salud que nos hemos especializado en estas enfermedades y hemos acompañado a cientos de mujeres y hombres en su proceso de recuperación sabemos que “trabajar en un campo así duele... duele el corazón, duele el alma, duele el cuerpo” (Ibarra, 2005, p. 2). Duele porque se trata de acompañar a personas que sufren de un dolor que, como alguna vez me dijo una de mis pacientes, *desgarra el corazón*.

Solamente quienes han tenido un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) saben la magnitud del dolor del que hablo, el cual tratan de anestesiar a través del daño que realizan a su cuerpo y encapsulan al pensar únicamente en la comida.

Sin embargo, también existen quienes pueden hablar de la posibilidad de dejar la anorexia y bulimia atrás para atreverse a vivir de una manera diferente, teniendo la oportunidad de “recuperar la capacidad de disfrutar la vida y renacer al amor, un amor que sí es realizable y que es lo que les da la fuerza para abrirse al mundo y vivir de una manera que les permita trascender” (Ibarra, 2005, p. 2).

Lo anterior suena muy sencillo: la persona conoce el motivo por el cual se enfermó y entonces sale adelante, sin embargo el proceso es mucho más complejo ya que

a lo largo de su tratamiento no sólo tienen que reconciliarse con la comida y con su cuerpo, sino con todo lo que las llevó a dejarse morir poco a poco, incluyendo su relación consigo mismas y con sus relaciones cercanas.

A lo largo de 9 años de trabajar con personas que presentan un trastorno de la conducta alimentaria he visto iniciar su tratamiento a muchas mujeres - la mayoría adolescentes-. Lo que siempre me ha inquietado es el bajo porcentaje que ha terminado su tratamiento, y por lo tanto, han sido dadas de alta por su terapeuta. Ante este hecho surgen mis interrogantes: ¿por qué unas mujeres sí se recuperan de la anorexia y/o bulimia y otras no? ¿Qué podemos hacer los profesionales de la salud para favorecer el proceso de recuperación de las personas que tienen anorexia y/o bulimia? ¿Qué podemos aprender o aplicar los psicoterapeutas de las experiencias de quienes se han recuperado? Pensé entonces en buscar las respuestas en quienes terminaron su proceso de tratamiento y viven sin estas enfermedades. Para ello formulé la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué elementos del proceso psicoterapéutico, desde su percepción, favorecieron la recuperación de 3 mujeres que tuvieron anorexia y/o bulimia?

A través de esta investigación de corte cualitativo y siguiendo la filosofía fenomenológica, hubo un acercamiento a tres mujeres, todas ellas dadas de alta de una clínica de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), donde recibieron un tratamiento multidisciplinario para recuperarse de la anorexia y/o bulimia, respectivamente. Ellas compartieron su experiencia personal, platicaron cómo fue su llegada a la clínica, qué hizo que decidieran iniciar y permanecer en su

tratamiento, cómo lograron confiar en su terapeuta, qué tuvieron que hacer para aprender a reconocer y expresar sus sentimientos para ya no necesitar los síntomas alimentarios, y qué otros elementos fueron importantes para salir de lo que ellas llaman: *el infierno de los trastornos de la conducta alimentaria*.

Antecedentes y contexto: una mirada general al problema de los TCA

Actualmente, médicos, psiquiatras, nutriólogos, psicólogos y psicoterapeutas poco sabemos de la anorexia y bulimia, y los investigadores tienen poco de haber dirigido su mirada hacia estas enfermedades. Prueba de esto es que tanto la anorexia como la bulimia tienen poco de haber sido reconocidas como enfermedades por la Asociación Psiquiátrica Americana [APA, por sus siglas en inglés]. Incluso me llama la atención no haber encontrado el dato de cuándo se aceptó a la anorexia dentro del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM, por sus siglas en inglés]; el único dato que encontré fue que en 1980 los criterios diagnósticos de la bulimia fueron finalmente definidos en el DSM-III (García-Camba, 2001; Toro, 1996). Curioso es que se haya puesto atención a estos trastornos hace apenas alrededor de 30 años, siendo que las primeras aproximaciones médicas del trastorno anoréxico se produjeron en el siglo XVII cuando Morton, un médico inglés, llevó a cabo la primera descripción del cuadro anoréxico (Costin, 2002; Toro, 1996).

El hecho de haber aceptado recientemente a la anorexia y bulimia como enfermedades a las que hay que prestar atención, probablemente se deba a que antes se pensaba que se trataba de “una enfermedad que atacaba selectivamente a personas ricas, jóvenes y hermosas” (Bruch, 1978, p.23), por lo que no había que prestarles tanta atención a las personas *vanidosas* que decían querer adelgazar a pesar de lo que fuere. La realidad es que estos trastornos se han

extendido a toda la población haciéndose cada vez más presentes en nuestra sociedad, llevando a muchos hombres y mujeres a estar en el límite entre la locura y la muerte.

La incidencia de la anorexia nerviosa a nivel mundial en el año 2001 era entre el 0.5 y el 3.7% de las adolescentes y mujeres jóvenes y la de la bulimia nerviosa del 1.1 al 4.2% (APA citada en García-Camba, 2001). En cuanto a la incidencia en hombres, se aceptaba que el porcentaje aproximado era de 8 a 10% del total de los casos (Hasan y Tibbetts citados en García-Camba, 2001). La población vulnerable solía ser: mujeres adolescentes y jóvenes, estudiantes de la clase media y media alta y predominantemente blancas (Costin, 2002), sin embargo esto ha cambiado, ahora es la población general quienes son víctimas de estos TCA.

En México, la anorexia y bulimia afectan a más de 2 millones de mexicanos, registrándose unos 20 mil casos al año (Velasco, 2008). En la zona metropolitana de Guadalajara, donde se llevó a cabo la presente investigación, en el 2005 se obtuvo en una universidad privada la siguiente cifra: el 13% de los estudiantes universitarios tenían riesgo o ya presentaban un trastorno de la conducta alimentaria (Jiménez, Rueda y Urdapilleta, 2005). Menciono ambas posibilidades – riesgo latente o TCA presente- porque lo que debe importarnos no es sólo la cantidad de personas que ya cumplen con los criterios diagnósticos sino también las personas que ya están presentando algunos síntomas y que están en dirección de completar el TCA y por tanto de poner en riesgo su vida. También hago esta

integración porque es muy difícil conocer el diagnóstico de una persona sólo con la aplicación de un test psicológico o entrevista clínica, ya que como mencionan Whitehouse et al. (citados en García-Camba, 2001) es difícil contar con datos sobre la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, en específico de la anorexia, ya que ésta tiene formas clínicas enmascaradas que conducen a errores en el diagnóstico hasta en un 50% de los casos.

En cuanto a la tasa de mortalidad, las muertes a causa de la anorexia nerviosa son dos veces superiores a la de cualquier otro desorden psiquiátrico y es la principal causa de muerte en mujeres jóvenes (Walter citado en Costin, 2002). Por ejemplo, la tasa de mortalidad de mujeres con anorexia nerviosa es hasta doce veces superior a la de mujeres de población general apareadas por la edad (Sullivan, citado en APA, 2000).

En la bulimia la mortalidad es probablemente más baja que en la anorexia, pero alrededor del 15% de los casos de bulimia tienen complicaciones médicas significativas y potencialmente mortales, como son las infecciones, complicaciones gastrointestinales y desnutrición extrema, además del suicidio (Hall et al; Herzog, et al. citados en García-Camba, 2001).

Existen diferentes cifras sobre la posibilidad de recuperación de estas enfermedades que oscilan entre 30 y 60%: así para García-Camba (2001) la probabilidad es del 60%; para la National Association of Anorexia Nervosa and

Associated Disorders [ANAD] (2007) la recuperación puede ser del 50% y sólo entre el 30 y 40% de acuerdo a Halmi et al. (citados en APA, 2000).

Respecto al bajo índice de recuperación de la anorexia, Herzog, Nussbaum y Marmor (citados en APA, 2000) y García-Camba (2001) opinan que algunos pacientes pueden mejorar sintomáticamente; es decir que ya no manifiestan las conductas alimentarias alteradas, pero varios de ellos pueden seguir teniendo distorsión de imagen corporal, deficiencias alimentarias y otros problemas psiquiátricos como distimia, trastornos obsesivo-compulsivo, fobia social y abuso de sustancias.

Aquí es donde quiero señalar algo importante: existen diversos tratamientos para los TCA, algunos se centran sólo en la disminución de los síntomas sin creer en la curación de la enfermedad; mientras que otros buscan atender las raíces del problema que dieron origen a dichos síntomas y al trastorno en sí, apostando entonces por la curación de los trastornos de la conducta alimentaria. En el párrafo anterior se habla de la mejora sintomática de las personas, esto se debe a que uno de los tratamientos para personas con anorexia y/o bulimia más utilizado a nivel mundial se basa en el modelo de adicciones, donde se trabaja básicamente con el control del síntoma, ya que su idea es que “existe una adicción al alimento [...] y que las personas no pueden recuperarse jamás [...] sino simplemente controlar su enfermedad desde un estado de remisión, trabajando los Doce Pasos y manteniendo la abstinencia todos los días” (Costin, 2002, p.177). Este mismo tratamiento es utilizado por Comedores Compulsivos Anónimos, por lo que problemas afectivos y de personalidad que favorecieron la aparición del TCA

continuarán en la persona manteniendo el síntoma latente. Bajo este enfoque de tratamiento, sí se puede lograr que hasta el 60% de las personas se *recuperen*, pero ¿cuántas de éstas –realmente- habrán dejado de pensar en la comida y en su cuerpo para prestar atención a su proyecto de vida?

Como mencioné anteriormente, existen otros tipos de tratamientos que trabajan con notables diferencias si se comparan con el modelo de adicciones; por ejemplo los psicoterapeutas que trabajamos las problemáticas planteadas desde el origen del síntoma teniendo como objetivo la curación de la enfermedad, buscamos que la persona: a) entienda todo aquello que se encontraba detrás del síntoma - muchas veces a nivel inconsciente-; b) pueda identificar y expresar sus emociones y sentimientos; c) resuelva sus conflictos para no manifestar sus tensiones a través del síntoma y d) se atreva a pedir ayuda cuando ante alguna situación de la vida, el síntoma quiera aparecer como una defensa ante lo que le es difícil enfrentar -de manera consciente o inconsciente- (Costin, 2002; Selvini et al., 1999). Es por eso que el criterio para dar de alta a una persona no es solamente que haya recuperado su peso y deje de recurrir a conductas compensatorias, sino que ya no necesite el síntoma para poder sobrevivir y tenga su propio proyecto de vida que pueda llevar a cabo. Este es el tipo de tratamiento que llevaron las entrevistadas en la clínica donde trabajé y en el cual me he basado para desarrollar el modelo de tratamiento de la institución de la que ahora soy directora y fundadora. Más adelante profundizaré en el modelo de tratamiento utilizado en la clínica donde recibieron tratamiento las entrevistadas.

Primero, considero necesario ofrecer a los lectores un resumen de lo que es importante saber para entender el contexto de las entrevistas realizadas en este trabajo de investigación. Los tópicos que trataré a continuación ofrecen información sobre: características diagnósticas, causas, comorbilidad y tratamiento de la anorexia y bulimia.

Anorexia y Bulimia: características diagnósticas

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-IV-TR] (APA, 2002, p. 653) los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos que “se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria”. Existen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales (p. 653).

A continuación se presentan los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-IV, mismos que son utilizados como guía para diagnosticar en la clínica donde

recibieron tratamiento las mujeres que fueron entrevistadas para la presente investigación:

Criterios DSM-IV-TR (APA, 2002, pp. 659 y 660) para la anorexia nerviosa:

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

Existen dos clasificaciones de la anorexia, dependiendo de la presencia o ausencia de atracones y purgas:

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

Criterios DSM-IV-TR (APA, 2002, pp. 665 y 660) para la bulimia nerviosa:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen como lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Al igual que en la anorexia, en la bulimia también existen dos clasificaciones, éstas en función de la presencia o ausencia de purgas:

- Tipo purgativo – durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vomito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo – durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Factores que hacen a una persona vulnerable a desarrollar un TCA.

En los últimos 30 años, los trastornos de la conducta alimentaria se han mostrado como enfermedades en cuyo desarrollo intervienen distintos factores como: psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos (García-Camba, 2001). Crispo, Figueroa y Guelar (2001) por su parte opinan que “más que pensarlos como factores distintivos que *causan* un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo” (p.51).

Factor Sociocultural

¿Por qué hay más casos de anorexia y bulimia en la actualidad? Es la pregunta que no puede faltar en cualquier charla respecto al tema. Si bien es cierto que los trastornos de la conducta alimentaria tienen poco tiempo de ser reconocidos como tales, parece ser que los primeros casos pudieron haberse dado desde antes de Cristo (Toro, 1996). Sin embargo, las estadísticas y el número de personas que llegan a tratamiento ha ido aumentando. ¿Tendrá esto que ver con el modelo de belleza actual?

Las representantes sociales de la belleza son las modelos y actrices, quienes a través de su delgadez “parecen ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes, muchísimas jóvenes y bastantes nostálgicas de juventud”. Pero lo que pocos queremos saber es que entre el 20 y 50% de estas modelos sufren trastornos de la conducta alimentaria (Toro, 1996, p. 239).

Con la participación de las modelos y actrices, los medios de comunicación han prometido a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito, aunque tan sólo se trate del mensaje de un anuncio comercial que busca incrementar las ganancias de las multimillonarias industrias de las dietas y la moda. Esta situación se ve reflejada en que alrededor del 90% de las mujeres estén insatisfechas con su imagen corporal y que estén dispuestas a hacer lo que sea con tal de alcanzar la felicidad a través de su imagen. Es decir, nueve de cada diez mujeres no están contentas con su cuerpo (Crispo et al.

2001). Pero no solamente las mujeres no están contentas con su cuerpo. Maloney y cols. (citados en García-Camba, 2000) observan en una muestra de niños de la población general que aún no ha llegado a la pubertad que el 45% desearía estar más delgado, el 37% ha intentado adelgazar y el 7% alcanza una puntuación patológica en una escala de TCA.

Esta situación parece imparable ya que la “promoción y multiplicación de los medios de comunicación de masas [...] está siendo el principal responsable de la difusión del trastorno a través de todo el tejido social” (Toro, 1996, p. 237).

Por otra parte, el estereotipo de persona *perfecta y exitosa* está llevando a muchas personas a sentir que viven para otros, sin poder decidir lo que quieren para su vida.

Factor biológico y comorbilidad

Existen algunas propuestas sobre la participación de la genética en el desarrollo de un TCA. Sin embargo, al yo no tener el conocimiento suficiente para dar una explicación al respecto, únicamente incluiré información referente a la comorbilidad.

Normalmente en un paciente con anorexia y/o bulimia se puede encontrar un trastorno afectivo, de ansiedad o de personalidad (Selvini et al. 1999; García-Camba, 2001). El tema de la comorbilidad se incluye en esta sección, ya que

todavía no existe un acuerdo entre la psiquiatría y la psicología en lo que se refiere a la génesis de los trastornos; es decir, si las irregularidades en los neurotransmisores provocan cambios en el estado de ánimo, en la personalidad, en la conducta alimentaria, etcétera, de la persona o si es a la inversa.

En la anorexia los trastornos de personalidad suelen ser de tipo obsesivo-compulsivo, dependiente y límite [borderline]. En cuanto a la bulimia parece establecida una relación con el trastorno límite de la personalidad que se caracteriza entre otros rasgos por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impulsividad (Toro, 2004; Selvini et al. 1999 y García-Camba, 2001). “La presencia de un trastorno de la personalidad, y más específicamente el límite, se ha asociado con una afectividad más alterada, con mayor índice de gestos suicidas y parasuicidas, con mayor grado de disfunción familiar y con mayores probabilidades de hospitalización” (Wonderlich citado en García-Camba, 2001, p. 95).

El agravante de que una persona presente un trastorno asociado de los antes mencionados es que su recuperación puede ser más lenta y complicada o en el peor de los casos, que siga presentando la enfermedad sin poder alcanzar su recuperación. En esto radica la importancia de poder identificar los trastornos asociados y decidir si es necesaria la medicación, ya que independientemente de qué ocurrió antes, si la desregulación neuroquímica o las situaciones traumáticas de la vida; los neurotransmisores están alterados y es importante regularlos.

Factores psicológicos y familiares

Si ante las mismas experiencias de riesgo, por ejemplo, la presión sociocultural a favor de un cuerpo delgado, hay personas que desarrollan anorexia y bulimia y otras no, una de las razones posibles de estas diferencias es que cuenten con personalidades previas distintas (Toro, 2004) las cuales se fueron formando a lo largo de la vida por la influencia del medio ambiental y familiar.

A continuación se enlistan algunos de los factores psicológicos mencionados por Crispo et al. (2001) y Costin (2002), los cuales pueden hacer que una persona sea más vulnerable a desarrollar un TCA:

- Problemas con la autonomía.
- Baja autoestima.
- Búsqueda de la perfección, el autocontrol y el poder.
- Miedo a madurar.
- Creer en el mito de la delgadez.
- Necesidad de distraerse de los sentimientos, emociones y situaciones que les resultan incómodos.
- Dificultad para expresar los sentimientos.
- Pensamiento dicotómico (blanco y negro).
- Sensación de vacío.
- Necesidad de huir o de tener un refugio seguro.
- Falta de confianza en sí misma y en los otros.

- Terror de no cumplir las expectativas de otros, de no ser aceptados.
- Haber sido abusada o violada sexualmente.

En cuanto a los factores familiares, muchas personas que tienen o tuvieron un TCA comentan que tuvieron “una infancia llena de ansiedad, constantemente preocupadas por ser queridas, ya que siempre han pensado que no eran lo suficientemente brillantes” (Bruch, 2002, p. 65); es decir, sentían que no cumplían con las expectativas, principalmente de sus padres, quienes a su vez querían cumplir con las expectativas sociales de ser *buenos padres*.

De acuerdo con Castañón y Rocha 2005; Crispo et al. 2001, entre las características de las familias en las que hay un miembro con un TCA se encuentran:

- Escasa diferenciación personal, no hay límites entre cada uno de los integrantes de la familia.
- Gran necesidad de sobreproteger a los miembros.
- Dificultad para adaptarse a los cambios.
- Pocas herramientas para resolver conflictos.
- Involucramiento de uno de los hijos en el conflicto parental.
- Escasa comunicación entre sus miembros.
- Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos.

Es importante señalar que también se han encontrado situaciones traumáticas repetidas en este tipo de familias, por ejemplo: muertes de hermanos, orfandad temprana, suicidio, violencia intrafamiliar, alcoholismo y abuso sexual (Castañón y Rocha, 2005).

Como lo mencioné anteriormente, realicé un resumen sobre criterios diagnósticos y factores involucrados en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria para que el lector pudiera tener más información sobre el tema. Sin embargo no es suficiente para los psicoterapeutas conocer esta información para poder tratar a las personas con estas enfermedades, por lo que esta investigación intenta ofrecer mayor información para que los terapeutas se introduzcan y/o profundicen en el mundo de los trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento.

A continuación narro los motivos que me llevaron a elegir este tema para mi trabajo de obtención de grado de la maestría en psicoterapia.

Justificación, pregunta de investigación y objetivos

En los últimos años, varios son los profesionales de la salud que se han ocupado en escribir acerca de la anorexia y bulimia, algunos de ellos comparten sus experiencias respecto al tratamiento con sus pacientes. Desde mi percepción, el contenido de los textos está más centrado en la etiología de la enfermedad, en la fundamentación teórica de sus intervenciones y en el análisis de las viñetas narrativas de sus pacientes quienes principalmente hablan de su enfermedad. Sin embargo existe un libro que me permitió entrar más al mundo de los trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento al haber sido escrito por una paciente y su terapeuta. En Ronen y Ayelet (2004), Ayelet –una mujer que sufrió un TCA- expone su experiencia; dando énfasis a lo que algunos terapeutas no pudieron ver de su persona y cómo Ronen, su última terapeuta logró adentrarse a su mundo y ayudarla a salir del trastorno de la conducta alimentaria. Como un ejemplo de la riqueza de estos comentarios, y de las dudas con las que me quedé, rescato algunas viñetas y hago algunos señalamientos:

No le enseñaba a nadie lo que escribía. Todos (mis padres, mis amigos e incluso mis terapeutas) sabían que escribía. Pero todos consideraban que mis escritos formaban parte de la conducta inmadura de una chica joven. Nadie pensaba que mis escritos podían reflejar lo que estaba viviendo o que podían ayudarles a acercarse a mí (p. 82).

En este párrafo Ayelet nos comparte que una forma de expresarse era a través de sus escritos, los cuales pudieron haber sido utilizados por sus terapeutas para

conocer parte de lo que estaba viviendo. Además comenta que a través de sus escritos, las personas se hubieran podido acercar a ella –y Ayelet a ellos-; pero aparentemente nadie utilizó este recurso.

El terapeuta no me entendía y se concentraba principalmente en hacer que comiera. Las sesiones eran sosas y aburridas. Nos centrábamos una y otra vez en lo que yo sentía. Una vez tras otra, el terapeuta intentaba sin éxito que hablara de mí misma. Creo que la primera persona que empezó a deprimirse fue el terapeuta de ese departamento de psiquiatría. Y yo pronto le acompañé. Estaba metida en un terrible agujero negro y mi terapeuta también estaba en un agujero negro vacío (p.85).

En esta frase, Ayelet enfatiza que lo importante no era que el terapeuta se centrara en que ella comiera y en que hablara forzosamente de ella, mi pregunta es, ¿en qué necesitaba Ayelet que pusiera atención su terapeuta? En cuanto a que las sesiones eran sosas y aburridas, faltaría saber a qué se refería con eso. Habría que preguntarle a Ayelet, ¿por qué el terapeuta no lograba que ella hablara de sí misma? ¿Qué le sugeriría a su terapeuta para lograr comunicarse con ella? Por otra parte, desde su percepción, el terapeuta en lugar de ayudarla se estaba metiendo con ella en el agujero negro vacío. ¿Qué pensaría ella que hubiera tenido que hacer el terapeuta para ayudarla a salir del agujero negro vacío?

Nadie intentaba conocer mi lado positivo, buscar mis puntos fuertes o tratar de convencerme de que en mi interior había cosas buenas además de las malas. Me consideraban un diagnóstico, no un ser humano. A nadie le

importaban mis aficiones, mis alegrías, mis escritos, ni mis expectativas (p. 87).

Ayelet continúa mostrando más elementos del trato que le daban que la alejaba de rescatarse a sí misma, nos habla de la forma en que ella percibía que sólo era considerada un diagnóstico y, por lo que narra, me imagino que sus terapias pudieron haber estado centradas sólo en sus problemas y/o en sus aspectos negativos y no en sus recursos para salir adelante. Nuevamente habla de cómo se ignoraban sus escritos con lo que ella vuelve a enfatizar que era un elemento que ella tenía para salir adelante y muy probablemente para comunicar lo que no podía o no quería hacer verbalmente.

Afortunadamente, Ayelet pudo trabajar con otra psicoterapeuta. A diferencia de las intervenciones de los anteriores terapeutas, Tammie lejos de ignorar los elementos que Ayelet ofrecía en sus interacciones, los utilizó para acercarse a ella:

Recuerdo que, cuando empecé a hacer terapia con Tammie y le hablé de los agujeros negros, ella me dijo que no estaba familiarizada con mi vocabulario y me pidió que le explicara lo que significaban para mí. Entonces entendí que el gran agujero negro vacío se había convertido en realidad en un gran todo vacío, que yo había pintado de negro. Esa nada en forma de agujero negro, que se convirtió en un todo en forma de agujero negro, empezó más tarde [en terapia con Tammie] a cambiar de color y tamaño, y acabó desapareciendo, pero eso fue mucho después (p.86).

Aquí podemos observar que la terapeuta de Ayelet le pidió que le explicara a qué se refería con los agujeros negros. Al explicarle ella a su terapeuta, Ayelet pudo entender su propio agujero negro. Lo que no sabemos es cómo lograron que esos agujeros negros empezaran a cambiar de color y tamaño para después desaparecer.

Por su parte, Tammie, su psicoterapeuta, habla del proceso que siguieron para que Ayelet saliera adelante, y menciona una viñeta que considero muestra su conclusión acerca de lo que ayudó a Ayelet a salir de su enfermedad: “creo que su éxito [de Ayelet] fue fundamentalmente, el resultado de la cercanía de nuestra relación, nuestra capacidad para desarrollar colaboración, confianza y esperanza, y para creer la una en la otra” (p. 142)

Como se puede apreciar en las viñetas anteriores, existen muchas intervenciones psicoterapéuticas que intentan atender y buscan superar los TCA y que no lo logran; Ayelet narra que pasó por tres tratamientos distintos y que ninguno le ayudó antes de iniciar un proceso psicoterapéutico con Tammie con quien sí logró salir adelante. Además, en el libro, Ayelet trata de enfatizar que ella como paciente llevaba elementos a la psicoterapia que cuando fueron ignorados no sirvieron para que ella mejorara, pero que cuando se tomaron en cuenta, le sirvieron para superar la anorexia. Otro punto interesante es que el país donde ocurrió la experiencia de Ayelet es en Israel; sin embargo, su narración bien podría ser la de una mujer mexicana, pues llegan a suceder cosas similares en nuestro país.

Es por eso que esta investigación se vuelve una oportunidad para poder plasmar lo que aquellas mujeres mexicanas que ya salieron de tratamiento nos pueden sugerir a los psicoterapeutas; darles la voz y que sean ellas quienes reconozcan lo que les ayudó o lo que no, lo cual nos puede ser útil a los psicoterapeutas para mejorar y enriquecer nuestras formas de intervenir. Considero además que realizar esta investigación responde a una demanda de la APA: “se requieren nuevos estudios bien conducidos que examinen otras intervenciones psicoterapéuticas, particularmente las terapias orientadas psicodinámicamente” (APA, 2000, p. 55).

Teniendo como referente lo anterior, la pregunta de investigación que guió este trabajo fue: ¿Qué elementos del proceso psicoterapéutico, desde su percepción, favorecieron la recuperación de 3 mujeres que tuvieron anorexia y/o bulimia? Con esta interrogante pude conocer lo que para ellas fue importante de su proceso psicoterapéutico.

Si bien es cierto que sólo se tendrá la narración de tres pacientes dadas de alta, esta información tendrá mucha utilidad, ya que nos acercará más al mundo de los trastornos de la conducta alimentaria y sobre todo, conocer la aplicación de la propuesta terapéutica de la clínica, lo cual les servirá a los terapeutas de la misma a prestar más atención a los elementos que fueron importantes para las pacientes. Por otra parte servirá a los terapeutas interesados en especializarse en los trastornos de la conducta alimentaria, para conocer lo que para las pacientes es

importante de la persona del terapeuta, así como de las distintas formas de intervención.

Finalmente en lo personal, esta investigación es importante para mí al poder escribir y compartir lo que sé hacer como psicoterapeuta y posteriormente plasmar el modelo de tratamiento que he construido a partir de lo aprendido en la clínica donde trabajé y, de lo que he escuchado por parte de mis pacientes, sus familiares y la sociedad. Quiero recalcar que este fue el aprendizaje más valioso que me llevo de la maestría: escuchar a las personas con quienes trabajamos y tomar en cuenta su contexto sociocultural, por lo cual de esto trata esta investigación, de escucharlas y aprender de sus experiencias.

Método

Tipo de investigación

La investigación presentada en este documento es de corte cualitativo ya que como Taylor y Bogdan (1987) mencionan, se busca - en el sentido más amplio- “comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas” (p. 20). Para lograr lo anterior es importante la actitud del investigador, es decir, que éste pueda identificarse con las personas con quienes dialoga, para así poder comprender cómo es que ellos ven las cosas. Por lo mismo, el diseño de investigación es flexible, es decir, se tiene una interrogante central que da lugar a la investigación, así como interrogantes vagamente formuladas; y en lugar de hacer caso a una hipótesis, se centra la atención en lo que se va conociendo del tema a partir de lo que las personas van narrando. La forma más común de acceder a la información es mediante la conversación normal con la ayuda de una guía de entrevista. Durante la entrevista, toda la información es valiosa, sobre todo aquella que le permite al investigador obtener un conocimiento directo de cómo percibe la persona su mundo (Taylor y Bogdan, 1987).

La investigación siguió la filosofía fenomenológica ya que se buscó “centrarse en la experiencia personal” (Álvarez-Gayou, 2003, p. 85), es decir destacar el énfasis sobre lo individual y sobre la subjetividad, describiendo así los significados vividos de las personas entrevistadas (Rodríguez, Gil y García, 1999). Se siguieron dos

premisas de la fenomenología (Morse y Richards, citados en Álvarez-Gayou, 2003, p. 86):

- Las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no como lo piensa, sino como lo vive.
- La existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos.

Lo que se pretendió entonces fue obtener las experiencias de las mujeres –a través de sus propias palabras y explicaciones- sobre lo que vivieron en un proceso psicoterapéutico para recuperarse de la anorexia y/o bulimia, para así poder conocer los elementos del proceso psicoterapéutico que favorecieron su recuperación desde su experiencia subjetiva.

Técnicas y herramientas a utilizadas

Para desarrollar la presente investigación se utilizó la entrevista en profundidad, la cual consiste en que el investigador se encuentre cara a cara con los informantes para dirigirse hacia “la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 101). Como ya se mencionó, en este tipo de entrevistas no existe un cuestionario de tipo pregunta y respuesta; más bien lo que se busca es realizar preguntas claves que propicien que la persona

hable libremente sobre el tema, o incluso a veces sobre otros temas que el entrevistador no tenía contemplados y resultan interesantes para la investigación o para futuras investigaciones; así, la entrevista se estructura a manera de guía temática, es decir, entrevista no secuenciada, no estandarizada. El foco de la entrevista fueron los elementos del proceso psicoterapéutico que favorecieron la recuperación de las entrevistadas; por lo que se buscó profundizar en lo que ellas consideraron que las ayudó a salir adelante de su enfermedad.

Cabe señalar que junto con la técnica anterior, como investigadora, tuve que poner en paréntesis mis conocimientos teóricos y clínicos [sobre la anorexia y/o bulimia] para buscar la comprensión de los elementos que favorecieron la recuperación de las mujeres entrevistadas a partir su propia descripción, en congruencia con lo que plantean diversos autores: Moreira, 2006; Hernández, Fernández y Baptista, 2006, entre otros.

En esta investigación fue de gran ayuda que las entrevistadas cuentan con la capacidad de descripción, por lo que el uso de preguntas abiertas fue suficiente para que pudieran compartir la información solicitada. Además, por el tipo de terapia que llevaron, ellas están acostumbradas a analizar de qué manera le sirvió cada actividad realizada y a compartir su proceso de recuperación, desde que empezaron su tratamiento hasta que fueron dadas de alta.

Por lo anterior, en la guía temática, sólo se incluyeron los temas medulares de la entrevista, ya que de antemano se tenía pensado seguir el discurso de la entrevistada para indagar sobre la misma información proporcionada.

Los datos personales que se les solicitaron fueron:

- Nombre
- Duración aproximada del tratamiento dentro de la clínica
- Diagnóstico al ingresar a tratamiento
- Tipo de tratamiento que llevaron

El cuestionamiento que sirvió de pretexto para iniciar la entrevista fue: *¿Cómo fue que llegaste a tratamiento a la clínica?* Esta pregunta buscaba conocer si llegó a la clínica e ingresó a tratamiento por su propia voluntad o si la llevaron, y además permitió que ellas iniciaran con la narración de su proceso psicoterapéutico. La pregunta central de la entrevista fue, *¿qué crees que te haya ayudado de tu terapia individual para haberte recuperado de la anorexia y/o bulimia?* A partir de sus respuestas fui profundizando en lo que me decían. Mi objetivo era comprender lo más posible lo que me compartían y saber cómo lograron confiar en la terapeuta, qué papel jugó la terapeuta en su proceso de recuperación, cómo aprendieron a expresar sus sentimientos, qué papel jugaron otras personas durante su tratamiento, y por cuáles etapas creen que atravesaron a lo largo de su proceso.

Participantes

Las personas que colaboraron en esta investigación fueron tres mujeres dadas de alta de un tratamiento multidisciplinario en una clínica privada de Guadalajara especializada en TCA. Se eligieron mujeres porque en esa clínica no se atienden a hombres. La clase social a la que pertenecen es media alta, ya que el costo del tratamiento sólo lo podían cubrir los padres con este nivel socioeconómico. Los trastornos que tuvieron fueron anorexia y bulimia -por episodios- porque casi la mitad de las pacientes con anorexia desarrollan signos bulímicos y algunas pacientes inicialmente bulímicas presentan en su evolución rasgos anoréxicos (APA citada en García-Camba, 2001). Dos de las entrevistadas tuvieron tratamiento de semi- internamiento, asistiendo a la clínica por las tardes, debido a que durante la mañana estudiaban y a que no era necesario su internamiento dado que su vida no estaba en un riesgo inminente. La otra entrevistada estuvo en tratamiento mixto primero en internamiento y luego semi-internamiento. De todas las pacientes que conocí en la clínica las elegí a ellas por su interés en compartir su experiencia y porque han seguido en contacto conmigo.

Es importante señalar que no participaron en el estudio mujeres que no hayan completado su tratamiento, ya que era importante conocer lo que había sucedido con ellas a lo largo del proceso completo a fin de responder a la pregunta de investigación. Tampoco participaron mis pacientes ya que resultaría muy complicado ser juez y parte en la investigación, además de que es importante que

el rol de terapeuta no se mezcle con ningún otro por si fuera necesario para alguna de mis pacientes retomar su proceso psicoterapéutico conmigo.

En cuanto al lugar donde se llevaron a cabo las entrevistas, se realizaron en mi actual consultorio, el cual es un espacio cerrado, con buena iluminación, ventilación y con el silencio suficiente para propiciar una buena grabación de la conversación.

A continuación se mencionarán algunas de las características particulares de las entrevistadas. Es importante mencionar que para mantener el anonimato, los nombres fueron cambiados.

- Alondra tiene actualmente 25 años. Su tratamiento tuvo una duración de 2 años. Ingresó a los 19 años por presentar bulimia. Su tratamiento fue de internamiento y posteriormente de semi internamiento.
- Talina tiene actualmente 31 años. Su tratamiento tuvo una duración de 2 años. Ingresó a los 22 años. Su diagnóstico al ingresar a la clínica fue bulimia aunque tuvo un episodio de anorexia. Su tratamiento fue de semi-internamiento.
- Vanessa tiene actualmente 25 años. Ingresó a tratamiento a sus 16 años. Su tratamiento tuvo una duración de 3 años. Su diagnóstico al ingresar a la clínica fue bulimia. Su tratamiento fue de semi-internamiento.
- Las tres decidieron continuar con su terapia individual, después de haber sido dadas de alta de la clínica especializada en TCA.

Procedimiento

A continuación describiré los pasos que seguí para la realización de la presente investigación.

Primeramente realicé el protocolo de investigación para tener claridad en lo que iba a investigar. Eran tantas las preguntas que tenía en torno a los trastornos de la conducta alimentaria, que fue necesario delimitar el tema. Por otra parte, la maestría solicitaba realizar un trabajo de obtención de grado cuyo tema fuera conocer la vivencia de los pacientes a lo largo de su proceso psicoterapéutico, por lo que no fue difícil hacer coincidir ambos intereses. El protocolo consistió entonces en plantear el tema a investigar y explicar los motivos que me llevaban a realizar esta investigación. La revisión de literatura la hice a lo largo de todo el proceso de investigación, ya que al llegar al análisis de los resultados surgió la necesidad de complementar la teoría que respaldara los resultados. En la fase del trabajo de campo, contacté a las tres participantes vía telefónica para platicarles sobre el objetivo de la investigación y en qué consistiría su participación. Se agendaron las primeras entrevistas y una vez realizada cada una, consideré que la información que me habían proporcionado era suficiente para dar respuesta a mi pregunta de investigación por lo que decidí, para efectos de este trabajo, no realizar más entrevistas.

Una vez terminada cada entrevista, realicé la transcripción para posteriormente llevar a cabo el análisis de los datos.

Para el trabajo con los datos, me basé en las fases propuestas por Taylor y Bogdan (1987). La primera fase consistió en identificar y clasificar los conceptos que iban apareciendo a lo largo de las entrevistas. En la segunda fase, realicé la codificación de cada concepto y en la fase final busqué comprender los conceptos en función del contexto de las entrevistadas.

Siguiendo a estos autores en su propuesta para el análisis, dentro de la primera fase en la que se identifican y clasifican conceptos: 1) leí repetidamente los datos para que en el momento de analizarlos, los tuviera mejor identificados dentro del texto. 2) Identifiqué las respuestas de las entrevistadas que tenían que ver con la pregunta de investigación. 3) Busqué los temas emergentes, es decir aquellos que no tenía contemplados abordar desde el inicio de la investigación pero que fueron surgiendo a lo largo de las entrevistas y que resultan relevantes para el estudio. 4) Posteriormente elaboré mis categorías de análisis, es decir los esquemas de clasificación de los temas observados a lo largo de las entrevistas.

En la fase de la codificación realicé las siguientes actividades: 1) Codificar todos los datos, señalando en el margen de cada párrafo el nombre de la categoría a la que pertenece la información. 2) Separar los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación, lo cual normalmente se hace recortando la información en función de su código, sin embargo yo realicé una tabla en la computadora en la que fui incluyendo la información de acuerdo a las categorías y a la entrevistada. 3) Analicé los datos que sobraron para decidir si se incluían o no en alguna de las

categorías. 4) Finalmente refiné el análisis, definiendo si la información permanecía como fue clasificada o si asignaba algún otro tipo de clasificación para cierta información.

La tercera fase, que consiste en comprender los conceptos desde el contexto de las entrevistadas, podría ser el más complicado, sin embargo, por haber convivido tantos años dentro de la clínica con las chicas que estaban en tratamiento, me fue sencillo comprender a las entrevistadas. Aún así, cuando creía entender lo que me narraban, continuamente traté de que me explicaran con más detalle cómo ellas habían vivido su proceso de recuperación. Lo que más me sirvió fue colocarme en el papel de ignorante, es decir, como si yo no supiera nada acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y de los tratamientos.

Para la presentación de los resultados, decidí describir cada categoría de análisis a través de lo que encontré en la revisión bibliográfica e incluir las viñetas narrativas extraídas de las entrevistas para mostrar los discursos de las entrevistadas, siendo ésta la información más relevante de este estudio.

Encuadre ético del estudio

En el momento de contactar telefónicamente a las entrevistadas, les comenté que las entrevistas serían audiograbadas, que al contenido de las mismas tendríamos acceso mi asesora, una psicóloga que transcribiría las entrevistas y yo. Esta información la repetí antes de iniciar la entrevista y estuvieron de acuerdo.

También les comenté que la información que me proporcionaran se incluiría en el trabajo con un seudónimo y modificando información que pudiera revelar su identidad. Además les mencioné que el trabajo sería expuesto en un examen profesional y posteriormente publicado en revistas o a manera de libro. Las tres estuvieron de acuerdo, sin embargo un año después una de ellas me solicitó que la información de sus entrevistas sólo quedara plasmada en el trabajo de obtención de grado y no en otro tipo de publicación.

Con el fin de contar con una evidencia del consentimiento de las entrevistadas para lo ya mencionado, les solicité que firmaran una *carta de consentimiento* en la que se hace explícito el uso y tratamiento que yo le daría a la información proporcionada por ellas (ver anexo 1).

Contexto clínico de las entrevistadas

Entre los años 2002 y 2005, las tres participantes de esta investigación fueron atendidas en una clínica por presentar un trastorno de la conducta alimentaria. Con el propósito de que sea más fácil para el lector comprender el contexto del tratamiento que ellas llevaron, así como de algunos datos que ellas proporcionaron en las entrevistas, a continuación haré una pequeña descripción de las opciones de tratamiento así como de las instalaciones de la clínica.

En la clínica existen dos modalidades de tratamiento: el semi internamiento y el internamiento. El semi internamiento consiste en que la persona acude a la clínica durante el día, sin tener que dormir ahí. El internamiento consiste en que la persona vive en la clínica durante cierto tiempo, pudiendo salir a determinados lugares con la previa autorización de su terapeuta y de los padres.

En cualquiera de las dos modalidades mencionadas, el tratamiento es y fue multidisciplinario, es decir, participó un psiquiatra, para la regulación fisiológica del estado de ánimo, entre otras cosas; un médico, para el restablecimiento de las funciones físicas – gastrointestinales, hormonales, óseas, cardiovasculares, etc. -; una nutrióloga, para la realimentación y/o regulación de peso; y una psicóloga, para el entendimiento del significado del síntoma y la construcción de un proyecto de vida.

Para lograr los fines del tratamiento, la clínica contaba con las siguientes instalaciones: en la planta baja habían tres consultorios, la recepción y sala de espera, un baño, una sala para las pacientes, una terraza, un jardín, la cocina y el comedor. En la planta alta había 5 recámaras y dos baños. Las recámaras tenían de 2 a 3 camas. Los baños estaban bajo la supervisión del personal de la clínica para evitar que las pacientes vomitaran o se laxaran, por lo que cuando una paciente deseaba ir al baño tenía que avisarle a las enfermeras para que éstas verificaran que la persona no había vomitado o se había laxado y también para evitar que alguien entrara sin avisar, ya que las puertas de los baños no tenían seguro.

Existían además otras medidas de seguridad en lo que se refiere a los síntomas de los TCA. Cuando una paciente salía de la clínica, al regresar se le revisaban todas sus pertenencias así como los bolsillos de su ropa para verificar que ésta no ingresara alimentos, laxantes, diuréticos, algún medicamento no indicado u objetos que las dañaran. Las pacientes tampoco podían conservar bolsas de plástico para evitar que vomitaran en ellas. Además, la despensa y refrigerador se encontraban con candado para evitar que las pacientes comieran fuera de su horario o se dieran atracones.

Otro aspecto de cuidado era evitar que las pacientes escaparan de la clínica, y es que hay que recordar que rara es la vez que una persona decide ingresar a tratamiento de manera voluntaria. Por lo anterior, existían protecciones en las

ventanas y una reja en la entrada de la clínica. La reja servía para mantener la puerta abierta sin que las pacientes pudieran salir sin permiso.

Debido a que el tema de este trabajo tiene centrado su interés en la psicoterapia propiamente dicha, a continuación sólo describo con mayor detalle esta área del tratamiento y dejo de lado el trabajo de los otros profesionales de la salud involucrados.

Dentro del área psicológica, las pacientes tuvieron: psicoterapias individuales y grupales, así como talleres psicoeducativos. Las psicoterapias grupales fueron dirigidas desde tres enfoques: el cognitivo-conductual, el corporal y el psicodinámico; de esta forma en la actividad cognitiva-conductual podían hablar sobre sus errores de pensamiento, en la actividad corporal las pacientes podían encontrar la expresión de su cuerpo para posteriormente a través de la psicoterapia psicodinámica ponerle palabras a lo que experimentaron a través de su cuerpo. Además, en los grupos dirigidos desde un enfoque psicodinámico hablaban sobre lo que habían vivido, sentido o pensado y quisieran compartir con sus compañeras.

Los talleres psicoeducativos consistían en actividades en las que se buscaba abordar diversas temáticas como la autoestima, comunicación, relación con los padres, etc. a través de la escritura, pintura, manualidades y dinámicas de grupo.

Para entender mejor cómo se conceptualizaba el proceso psicoterapéutico en la clínica, incluiré lo que desde mi parecer se vivía dentro del proceso psicoterapéutico. Es importante señalar que no existe ningún documento en la clínica que me de esta información, por lo que lo redactaré de acuerdo a mi experiencia durante los años que ahí laboré.

Definición de psicoterapia

La psicoterapia es un proceso interpersonal, que se da dentro de una relación profesional, destinada a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han resultado problemáticas para el individuo que busca ayuda de un profesional entrenado. El profesional entrenado sería aquel que cuenta con conocimientos y con competencias en el ámbito psicológico, mismos utiliza sus para ayudar a resolver los problemas que la persona presenta y que posiblemente ha tratado de eliminar recurriendo a otras fuentes, tales como amigos, médicos, sacerdotes, etc. El paciente es la persona que acude a los servicios psicoterapéuticos experimentando algún tipo de dificultad, malestar o trastorno (Feixas y Miró, 1993).

Para Freud (1986a), iniciador del psicoanálisis, existen varios propósitos del proceso psicoterapéutico: uno de ellos es “volver accesible lo inconsciente a la conciencia, lo cual se logra venciendo las resistencias” (p. 240). Éstas normalmente surgen cuando la persona necesita protegerse de algo muy doloroso. Sin embargo es necesario tener acceso a los traumas, recuerdos o

conflictos que provocan la existencia de la enfermedad para lograr el fin último de la psicoterapia: que “la personalidad se enriquezca, se amplíe y reorganice” (Etchegoyen, 1986, p. 27) y ya no sea necesaria la presencia de síntomas –en el caso de los TCA: vómito, laxantes, ayuno, ejercicio excesivo, etc.- dando lugar a que la persona se desarrolle sanamente.

Otra manera de decir que se ha logrado el propósito de la intervención del profesional, es lo que menciona Freud (1986c):

El fin del tratamiento ocurrirá cuando estén aproximadamente cumplidas dos condiciones: la primera, que el paciente ya no padezca a causa de sus síntomas y haya superado sus angustias, así como sus inhibiciones; y la segunda, que el analista juzgue haber hecho consciente en el enfermo, tanto de lo reprimido, esclarecido tanto de lo incomprensible, eliminado tanto de la resistencia interior, que ya no quepa temer que se repitan los procesos patológicos en cuestión (p. 222).

Elementos del proceso psicoterapéutico psicoanalíticamente orientado que llevaron las entrevistadas

De acuerdo a un trabajo realizado por Ibarra (1995), en la clínica en la que estuvieron las entrevistadas, el proceso psicoterapéutico individual se divide en varias etapas por las cuales se ha visto que atraviesan la mayoría de las pacientes dadas de alta, ya que las que no terminan su tratamiento se quedan estancadas en alguna de las etapas previas a la curación.

La definición de estas etapas, surge de la reflexión y discusión entre 2 de las terapeutas de la Clínica y su servidora en el año 2005; nosotras consideramos que estas fases son las que atraviesan paciente y terapeuta durante el proceso psicoterapéutico.

A continuación muestro las etapas que reconoce Ibarra (1995) y agrego algunas viñetas narrativas expuestas por la misma autora para ilustrar lo que afirma. La explicación teórica que está incluida en cada una de las etapas las realicé para facilitar la comprensión de los términos a los que ella hace referencia.

- “El terapeuta inicia trabajando con la realidad psíquica del paciente” (p. 2), es decir no con la manera en que el psicoterapeuta interpreta el mundo, sino en la forma en que el paciente ha interpretado y significado su mundo y por lo cual “adquiere, en su psiquismo, valor de realidad” (Laplanche y Pontalis, 1983, p. 352).
 - He sido gorda toda mi vida y por eso he sido infeliz... cuando baje de peso ya no habrán problemas en mi familia y entonces mis padres me pondrán atención a mí.
- “[Se establece] la transferencia como elemento básico para que a través de ella se pueda expresar lo que no se puede hablar ni entender en su mundo” (p. 3). La transferencia serían los afectos y las palabras alusivas que vive el paciente, en relación con su psicoterapeuta. Lo anterior se da mediante “la

reactivación y repetición de lo vivido en el pasado olvidado, ahora en el presente, pero trasladado a la figura del psicoterapeuta” (Freud, 1986b, p. 152).

- A ti no te importo yo... a nadie le he importado...lo único que quieres es manejar mi vida.

- “[Se busca] la toma de conciencia de que se tiene un problema, que no es sencillo, y que es importante aceptarlo” (p. 3).
 - Yo no tengo nada... todos me dicen que estoy muy flaca, pero ¿qué no me ven? Yo estoy gorda.
 - Estoy enferma y eso me duele, me he hecho mucho daño... ¿pero cómo pasó?

- “Las pacientes comienzan a verbalizar la angustia que las arrasa” (p. 4).
 - No sé qué es lo que me pasa, siento que me estoy volviendo loca porque no puedo parar de comer ni de vomitar.

- “El paciente expresa su odio, coraje, dolor y tristeza” (p. 5).
 - No puedo perdonar a mis papás, no me la acabo por el tiempo que me he hecho daño por culpa de ellos.
 - Me quiero morir, no le encuentro sentido a nada. Me revienta que mi papá no me quiera, lo veía y no me hizo caso y dije para mí – ¡ay! ¿por qué no me quieres?-.

- ¿Por qué en terapia nunca se habló del dolor, del coraje, de lo que me pasaba, del por qué me sentía sola, triste y de por qué a mi vida no le encontraba sentido?
- “El paciente siente el vacío y la desintegración” (p. 4). El vacío para Green (1986) consiste en la ausencia total de las aportaciones de vida que da la madre al bebé. Cuando la persona experimenta el vacío, entonces muestra expresiones de destructividad hacia afuera y hacia adentro, ya que siente la ausencia de algo sustancial, lo cual le duele en el fondo de su ser y le hace tener sensaciones de muerte. Algo así como la sensación que ha de sentir un bebé cuando se siente abandonado y se desborda en un llanto incontenible.

Por su parte, Winnicott (citado en Abadi, 1996) señala que la desintegración es *“el miedo al derrumbre [de la persona], el cual fue experimentado en el momento en que el yo era demasiado inmaduro para acoger en sí el fenómeno traumático”* (p. 173). Es decir, se trata de una sensación experimentada por la persona, en la que siente que su dolor puede desmoronarlo de tal manera que piensa que no podría parar de llorar o incluso no volverse a levantar jamás.

- Mi malestar era del alma, estaba triste y cansada de mi vida, quería desaparecer para descansar y tener la paz que había perdido durante tanto tiempo... era más fácil desaparecer que enfrentar tanto dolor.

- A veces siento que me muero y necesito comer y vomitar para sentirme viva... pero al final me quedo igual... vacía.
- “Elaborar las pérdidas y relacionar el dolor interno con el daño que causan a su cuerpo” (p. 5).
 - ¿Por qué mi mamá no estuvo cuando más la necesitaba? Me hizo mucha falta.
 - Tengo que comer y vomitar para sentir que saco mi tristeza, pero cuando logro llorar, entonces siento que mi tristeza sale y casualmente no como ni vomito.
- “Se recupera y se busca entender la historia personal para comprender el origen de la enfermedad” (p. 6)
 - Sé que mi mamá no va a cambiar. Pero ya no le tengo tanto coraje por no haber estado conmigo porque sé que estaba deprimida y que su mamá tampoco supo estar con ella.
 - Me duele que mi papá me haya golpeado... ahora lo veo y me da tristeza ver a un hombre tan triste debajo de ese señor tan grande.
- “El paciente puede recuperar el deseo de tener una vida diferente” (p. 7). Y no sólo eso, ya que ahora tiene la posibilidad de curarse al restablecer “su capacidad de rendimiento y de goce” (Freud, 1986a, p. 241).

- Tengo ganas de curarme, de tener una pareja linda y de, en un futuro, tener una familia.

- “Es capaz de poder sentir y hablar su dolor, necesidades, deseos, etc., y así ya no tiene que utilizar el síntoma -comer, vomitar, etc.- para expresar aquello que por lo doloroso que es, no podía sentir, ni entender, ni hablar” (p. 7).
 - Me siento muy triste, mi novio me dijo que ya no se quería casar conmigo... me dieron ganas de comer y vomitar... pero no lo hice... así no se solucionan las cosas por eso estoy aquí hablando y pidiendo ayuda para poder con mi dolor.

Como mencioné anteriormente, este trabajo fue realizado por Ibarra (2005) con base en las reflexiones de tres terapeutas. Ahora toca el turno de escuchar a las pacientes, quienes seguramente enriquecerán nuestras apreciaciones.

Análisis y hallazgos

La primera entrevista: del miedo a la esperanza

El proceso psicoterapéutico inicia con la primera entrevista, la cual tiene como algunos de los sub-objetivos: la indagación sobre las problemática del paciente, conocer si la persona ha ido por su propia iniciativa y hablar de la metodología de la psicoterapia (Fromm-Reichman, 1984).

Como se mencionó anteriormente, normalmente las personas que acuden a un tratamiento por presentar algún trastorno de la conducta alimentaria, asisten obligadas por algún amigo o familiar, lo cual vuelve un poco tensionante la primera entrevista.

Las entrevistadas comentan lo que pensaron y sintieron desde su llegada a la clínica en la que recibieron tratamiento:

Un shock al ver puertas sin seguro, el ver un cancel en la entrada; se me hizo fría al principio (Talina, 31 años).

Cuando llegué me acuerdo perfecto que vi un cuadro que decía clínica de alimentación, salud mental y no sé qué [...] primero timbré y luego lo leí y [...] me di la media vuelta para salir corriendo y entonces una psicóloga que trabajaba ahí me agarró y de pronto me vi tras las rejas y ya pues, este, me senté (Alondra, 25 años).

Cabe señalar que en muchos casos, si a las pacientes se les ofrece la opción de ingresar de manera voluntaria, entonces se corre el riesgo de que no lo hagan, ya que existe una total negación de su enfermedad (Costin, 2002). Por lo tanto las personas a su alrededor deben tomar la decisión por ellas de ingresarlas a tratamiento, aunque fuere a la fuerza. Se ha visto en la práctica que las pacientes, tiempo después, agradecen que se les haya obligado; como lo fue en el caso de las tres entrevistadas, quienes fueron llevadas por sus padres, sin ellas estar de acuerdo en iniciar un tratamiento. En cambio si no se les pone un límite y no se les obliga a iniciar un tratamiento, seguirán viviendo lo que narra Ayelet (Ronen & Ayelet, 2004) acerca de su vida:

Seguí esperando que otra persona asumiera el control y me detuviera, poniendo límites a mi conducta e impidiéndome seguir por ese camino. Pero nadie lo hizo, y yo seguí dejándome llevar por la corriente. Era demasiado débil para tomar el mando e intentar parar (p. 81).

Además, como mencionan Sandler et al. (1993) “un paciente puede parecer hostil al tratamiento y mostrar fuerte resistencia a la labor analítica [psicoterapéutica] pero no por ello carecer del deseo subyacente inconsciente de emprenderla” (p. 40)

A continuación se narrarán algunas de las conductas que las entrevistadas presentaron al llegar a la primera cita:

[Mi mamá] fue básicamente la que habló, yo me aprendí el cuadro de memoria que había en la pared (Vanessa, 23 años).

Cuando entré con la directora creo que dije 3 palabras [...] yo sólo me acuerdo que había un cuadro [...] porque no quise contestar nada (Alondra, 25 años).

De estos comentarios me llama la atención que ambas se refieren a un cuadro, lo cual me hace pensar que dentro del contexto psicoterapéutico, no sólo interactúan el paciente y el terapeuta sino que de alguna manera pueden influir todos los elementos que se encuentran alrededor de la paciente; que pueden usarse en diversas direcciones, bien sea para evadir o para reflexionar.

Cada que me peleaba con [mi terapeuta], bueno no me peleaba, me enojaba con ella [...], era voltear a ver ese cuadro, porque estaba, me acuerdo, del lado derecho y era como una canoa con una mujer que estaba volteando, [...] creo que volteaba al lago y habían muchas flores y el agua de colores, [...] tal vez era sólo, en la nada, [...] a lo mejor me recordaba que estaba sola en la nada [...], porque la canoa está en medio del lago. Entonces como que no hay acceso a tierra firme, como que estás en medio; o te echas el clavado y le nadas para salir o ahí te quedas para toda la vida (Alondra, 25 años).

Lo que me parece curioso es que la paciente nunca habló de esto con su terapeuta, sin embargo el cuadro le sirvió de alguna manera para verse reflejada y

saber que, “o se echaba el clavado y nadaba -buscando el cambio- o se quedaba ahí para toda la vida”, -estancada en su enfermedad-.

Continuando con la primera entrevista, dada la dificultad para que las jóvenes aceptaran el tratamiento, enseguida se muestra lo que la terapeuta le dijo a una de ellas para convencerla de aceptar la evaluación:

Me dijo que si estaba tan bien, tenía que hacerme unos exámenes para que mis papás estuvieran tranquilos, [...] y yo muy macha les dije que sí (Alondra, 25 años).

Aquí podemos observar que no fue necesario imponer la evaluación a la fuerza sino que de alguna manera se convenció a la persona de aceptarla. Al respecto Fromm-Reichman (1984) menciona que es importante que el terapeuta, durante la entrevista inicial “centre sus esfuerzos durante el comienzo en ayudar al paciente a convertir la decisión de sus amigos [o sus padres] en la suya propia” (p. 65); pero esto tarda tiempo en el caso de los TCA, por lo que lograr una negociación al principio puede ser un buen inicio.

Las entrevistadas mencionan que lo que influyó para que aceptaran la ayuda fue algo que les dijo la terapeuta:

Yo sabía que algo andaba mal en mí, mas no sabía qué y yo sabía que no era precisamente la bulimia [...] entonces el escuchar que había algo detrás, un motivo por el cual yo hacía eso, fue a lo mejor lo más relevante que pude haber escuchado ese día [porque] a lo mejor el que alguien más

podiera darse cuenta de que había algo de fondo que yo traía, algo como atorado dentro de mí que no lograba sacar y no sabía ni siquiera de qué se trataba [...] pues significa que hasta cierto punto, le interesa y realmente te quiere ayudar a salir adelante, [es como si la terapeuta dijera]: “no te castigo, si no que trato de comprender qué hay de fondo y la manera en que puedas superarlo” (Vanessa, 23 años).

Margaret Little en su libro *Relato de mi análisis con Winnicott*, habla sobre lo que ella vivió en su proceso psicoanalítico. Al respecto de lo sucedido en la primera entrevista con su terapeuta, señala algo que, desde mi punto de vista, coincide con lo que las entrevistadas percibieron por parte de sus terapeutas: “la entrevista preliminar con él fue corta, duró quizás unos quince minutos. En ningún momento escribió una historia formal, pero a su modo, fue comprendiendo lo que me perturbaba y supo ‘lo que mi corazón necesitaba’” (Little, 1995, p. 44).

En las viñetas anteriores, Vanessa y Little coinciden en que sintieron que su terapeuta lograba comprender lo que ellas necesitaban aún cuando ellas no lo supieran. Sin embargo hubo otro elemento que hizo que las entrevistadas iniciaran su tratamiento, un esbozo de esperanza:

Yo me acuerdo que [mi terapeuta] nada más me dijo una cosa: “que el problema de alimentación sí se quitaba”, entonces cuando me dice eso digo: “no me importa en cuánto tiempo ni qué tenga que hacer, pero salgo porque salgo”; entonces siempre tuve como esa esperanza de esa promesa que yo me hice esa vez, entonces como que muy dentro de mí tuve la

certeza de que iba a salir y que se me iba a quitar el problema de alimentación (Alondra, 25 años).

Es importante detenerme en este punto, ya que todavía muchas personas y profesionales de la salud piensan que la anorexia y bulimia son adicciones y que no se pueden curar. Como se ha mencionado anteriormente, en la clínica donde las entrevistadas recibieron tratamiento, la filosofía es distinta. Desde el principio del tratamiento se explica a las pacientes que los trastornos de la conducta alimentaria, como dice Costin (2002, p. XX y 60) son síntomas de asuntos subyacentes que “tienen un propósito que va más allá de la pérdida de peso, [es decir] los síntomas son manifestaciones conductuales de un yo trastornado” al cual se le debe de entender conociendo la historia de la persona (Yosifides, 2006). Por lo anterior, desde el primer contacto con el paciente y familiares, es importante subrayar “el sufrimiento personal que expresa el síntoma alimentario y por tanto, la necesidad de entender la función del síntoma” (Selvini et al. 1999, p. 105).

Como podemos observar en las viñetas, para ambas pacientes fue muy importante pensar que podían tener una vida distinta y que la terapeuta pudiera hablarles de que lo más importante no eran los síntomas sino el dolor que ellas estaban viviendo, aunque no supieran de momento cuál era su origen. Lo anterior ayuda a que la paciente colabore un poco más con el tratamiento. Como menciona Maruco (1998) “dar el justo valor al objetivo de la cura analítica, implicaría, dar a nuestros pacientes la posibilidad de acceder a un futuro distinto” (p. 260).

Al respecto, Crispo et al. (2001) comentan:

Cuando no contamos inicialmente con la colaboración de la paciente, es posible aún intentar convencerla a partir de darle información acerca de lo que padece y de cómo eso influye en su estado anímico; ayudándola a entender que ella no es “culpable” de lo que está pasando, que una vez que se instala un trastorno del comer los efectos se desencadenan más allá de la voluntad del que lo padece. También es importante explicarle en qué consiste la terapia que va a realizar; hacerle entender que uno sabe de los sufrimientos y los miedos por los que ella está pasando, y hablarle de cómo se va a sentir cuando supere los actuales inconvenientes. Es fundamental que pueda vernos como aliados de ella y no sus enemigos que queremos hacerla engordar a cualquier precio (p. 151).

Incluyo la anterior cita textual ya que me parece que sintetiza los elementos más importantes a tomar en cuenta para que la persona que llega a una primera cita acceda a seguir un proceso psicoterapéutico: aclarar sus dudas en torno a su enfermedad, ayudarla a entender que no es culpable de tenerla, explicarle el proceso a seguir para dejar atrás la anorexia o bulimia, transmitirle que sabemos que está sufriendo y que tiene mucho miedo, hablarle de cómo puede ser su vida sin enfermedad y transmitirle que nos interesa que esté bien y no sólo engordarla o bajarla de peso. ¿Cómo lograrlo?

La relación terapéutica: edificación de confianza

Una vez acordado el inicio del tratamiento, es muy importante prestar atención al establecimiento de la relación terapéutica, ya que ésta suele constituir uno de los principales elementos curativos (Feixas y Miró, 1993; Costin, 2002) ya que “no sólo constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas que se persiguen para que cambie la conducta del paciente, [sino] también porque con frecuencia determina si el cambio terapéutico se va a producir o no” (Brammer y cols., citados en García-Camba, 2001, p. 85).

Creo que desde la primer cita que tuve con ella, fue un click demasiado fuerte [...] a lo mejor me dio un granito de esperanza, a lo mejor vi en ella la capacidad, o la sinceridad (Alondra, 25 años).

En la primera entrevista no sólo el terapeuta obtiene información sobre el paciente, sino que a su vez el paciente observa y analiza al terapeuta para decidir si confía en él y se atreve a compartir lo que tal vez hasta el momento no le había dicho a nadie.

Lo primero que hizo mi terapeuta para ayudarme fue ganarse mi confianza, lo cual no fue nada fácil, yo creo que le ha de haber costado unos tres meses si no es que más, el que yo pudiera abrirme a alguien que no me fuera a traicionar o a juzgarme de loca, entonces, pues desde ese punto, el que insistiera, el que no se desesperara, pues obviamente fue lo que me hizo confiar en ella (Vanessa, 23 años).

En esta viñeta encontramos varios elementos: la paciencia, el respeto y la tenacidad del terapeuta. La paciencia para caminar al ritmo del paciente, el respeto por su persona y por lo que en terapia expresara y la tenacidad para impulsar al paciente a seguir adelante a pesar de su poco deseo personal.

Las otras entrevistadas reafirman lo anterior y agregan otro elemento: el afecto.

La manera en que me trataba, el respeto, las oportunidades que me dio todo el tiempo, la paciencia, el cariño (Alondra, 25 años).

Era una terapeuta muy acogedora, muy chiqueadora, es una persona que al verla te inspira mucha ternura, entonces así me sentía yo con ella, así como acogida (Talina, 31 años).

Alondra y Talina hablan de que sus terapeutas les expresaban cariño, ternura y acogimiento, las cuales como menciona García-Camba (2001) “pueden desarmar y reducir la intensidad de los sentimientos de rechazo del paciente” (p. 86).

Sin embargo, no es tan sencillo para una terapeuta acercarse a su paciente y ganarse su confianza, como lo mencionó una de las entrevistadas anteriormente cuando se refiere a que pasaron alrededor de tres meses para que ella confiara en su terapeuta. ¿Por qué les fue tan difícil confiar a las entrevistadas en su terapeuta?

El confiar en alguien fue una de las cosas más difíciles [...] pues porque [te] digo, si las personas que te quieren, que se supone que son las que nunca jamás te dejan, te defraudan, ¿cómo confiar en alguien que no conoces? Entonces pues el aprender a confiar en ella fue un proceso largo de varios meses, fue un proceso difícil al menos para mí, el no pensar que me iba a abandonar si yo confiaba y platicaba, [...] el que me fuera a decir: -“ya no tienes remedio” [...] El que “si yo dejo que te acerques y luego tú me abandonas”, fue una de las cosas más difíciles; y en eso se basó, el que aunque yo me enojara, ahí estuviera [ella]; aunque yo no fuera, ella se preocupara; [...] también fue creer que sí podía ayudarme, que sí quería ayudarme y que sí le interesaba. Entonces, pues el que te demuestren eso, el que sepan como transmitirlo, [...] te hace bajar la guardia” (Vanessa, 23 años).

La entrevistada hace referencia al miedo de ser nuevamente abandonada y defraudada. Como hemos observado en las viñetas, las pacientes llegaron a tratamiento mostrándose un tanto hostiles. Yo agregaría por mi experiencia, que a veces agresivas y retadoras. Lo que los terapeutas debemos de leer en su conducta es que tienen miedo de ser lastimadas y temen confiar en alguien que posteriormente también las deje; es por eso que es importante mostrarles que genuinamente nos interesan y que no porque alguien las haya defraudado en el pasado significa que todas las personas lo harán. Si la paciente logra confiar en su terapeuta entonces le será más fácil confiar en alguien más. Lo anterior me parece que explica la trascendencia de que se establezca la relación terapéutica a partir

de la cual surjan cambios significativos. También hace referencia al valor que tenía que la terapeuta creyera en ella y no la dejara darse por vencida, sino que luchara junto con ella. Otra de las entrevistadas amplía el tema desde su experiencia:

Fueron muchas oportunidades y siempre nos apostó, siempre supo que nosotras íbamos a salir si queríamos, y yo creo que nos veía las ganas, ya era brutalidad la nuestra por la que la cagábamos, pero siempre creyó en nosotros y yo creo que eso fue para mí lo más importante” (Alondra, 25 años).

Considero fundamental recalcar algo que todos los terapeutas debemos de tener siempre en mente. Los resultados positivos de un proceso terapéutico no son inmediatos ni constantes, existen altas y bajas, por lo que aún cuando para los pacientes algunas conductas son consideradas como errores o fracasos, finalmente son vivencias y aprendizajes y eso es lo que tenemos que recordarles. Los momentos de crisis son inevitables, muchas veces la persona se desespera porque no ve el final. Las entrevistadas hacen referencia a la permanencia de la terapeuta en el tratamiento aún cuando ellas de repente se comportaran de tal manera que pareciera que estaban solicitando que las dejaran solas. Que la terapeuta no se fuera, significaba que podían confiar en ella:

Durante el tratamiento hay etapas de mucha crisis, hay etapas en las que ni tú sabes qué tienes y traes ganas de golpear y aventar a todo mundo literalmente, y el que no te dejen, o sea por más que tú empujes a la persona (es decir que hagas algo para que la persona se vaya) o contestas grosero, o no vayas, o no participes; [que] aún así te siga apoyando, te siga

pues dando la fuerza que en ese momento tú no sabes de donde sacar, el que luchan por ti en ese momento que es tan pesado [...] es lo que pues te motiva, bueno pues dices: [...] “ese soporte que tengo no se da por vencido, creen en mí, realmente creen que puedo salir adelante, pues, por qué yo no voy a querer” (Vanessa, 23 años).

En esta viñeta observamos la presencia del *yo auxiliar* del terapeuta cuando la persona no puede con ella misma. También está presente la labor de contención del terapeuta al recibir en transferencia la agresión de su paciente y no tomar sus conductas como algo personal sino interpretar su “necesidad de ser rechazadas para repetir una historia de dolor y de falta de atención, negar sus requerimientos corporales y de repetir sus antecedentes de carencia” (Castañón y Rocha, 2005, p. 65).

Continúa narrando la entrevistada:

Nunca se dio por vencida a pesar de que yo me daba en ocasiones por vencida, el que yo ya no quería luchar y ella aún así seguía trabajando, seguía buscando la manera de resolver esos momentos de crisis. Que aunque yo le decía que jamás en la vida quería volverla a ver, ella me decía: -“¡ah! ok nos vemos el próximo miércoles, ya que te desahogues, ya que grites, ya que todo”. Pues me tenía paciencia, me tenía cariño, pues no sé, esa confianza, esa paz, esa seguridad en que sí puedes, algo que nadie había tenido por mí, eso fue yo creo lo que marcó la diferencia (Vanessa, 23 años).

La frase: *algo que nadie había tenido por mí* es muy importante, ya que, como se mencionó anteriormente, dentro de la relación terapéutica el paciente tiene la oportunidad de vivir con el terapeuta formas diferentes de relación, lo cual también le da la oportunidad de aprender e intentar relacionarse de manera diferente con las personas que están a su alrededor, sobre todo con quienes son significativos para ella. Para lograr esto, no bastan los conocimientos y habilidades del terapeuta, ya que es su manera de ser, de relacionarse y su sentir lo que le da a su paciente la opción de relacionarse de una manera diferente con el otro. Por lo que como menciona García-Camba (2001, p. 86) “el terapeuta más efectivo es aquel que logra el equilibrio entre sus competencias interpersonales y técnicas”. Al respecto Vanessa comenta:

Que no se alejen al primer momento que tú te enojas, eso es lo que te hace sentir que sí te pueden ayudar, el que ya conocen la situación, a lo mejor la han pasado, o lo han visto en otras personas y saben cómo manejarlas, eso es lo que hace sentir que si puedes salir adelante y que esa persona si te puede ayudar.

Nuevamente observamos no sólo el terapeuta analiza al paciente sino viceversa. Evalúan los recursos teóricos, técnicos y personales con los que uno cuenta para apoyarlas. Si perciben que su terapeuta es capaz de ayudarlas su confianza se incrementa, de lo contrario, no entregarán en terapia sus sentimientos y vivencias más dolorosas a alguien que sienten que no podrá contenerlas.

Otra de las entrevistadas hace referencia también al valor que tuvo para ella que la terapeuta la sostuviera, y menciona otro elemento muy importante: que el terapeuta, genuinamente, le transmita que ella merece tener una vida diferente y que tendrá la paciencia suficiente para acompañarle en su proceso.

No te dejan caer...había momentos en los que a lo mejor no te sientes con la fuerza necesaria para seguir trabajando, para seguir analizando qué es lo que hay de fondo, para vencer todos esos miedos, inseguridades, complejos que a veces traes ya cargando durante varios años y pues, necesitas un soporte, alguien que tenga plena confianza en que tienes la fuerza suficiente y vales lo suficiente para ser feliz, para vivir sin el estereotipo de gorda, flaca, o sin la depresión que traes de fondo. Y pues darte la oportunidad de disfrutar, digo el que alguien crea que realmente lo mereces, lo ameritas y vale la pena luchar por ello, y que además tiene pues el soporte, la paciencia y las ganas de verte contenta, pues es más de lo que a lo mejor hubiera esperado de un tratamiento (Alondra, 25 años).

Me llama la atención la frase: *es más de lo que a lo mejor hubiera esperado de un tratamiento*. ¿A qué se refiere? Me parece que nuevamente al afecto, al acompañamiento incondicional, a la confianza y compromiso por parte de la terapeuta, ya que normalmente una persona acude con un profesional de la salud para que éste lo ayude a salir de su enfermedad a partir de su experiencia profesional, sin embargo creo que todos como pacientes seguimos esperando un trato más personal sobre todo cuando nos sentimos tan mal o no le encontramos sentido a nuestra vida.

Para terminar el análisis de la categoría de la relación terapéutica, cuyo principal elemento fue la confianza, pienso en la siguiente frase: *la confianza se gana con confianza*, porque reiteradamente las entrevistadas dijeron que el que la terapeuta haya confiado en su posibilidad de salir adelante y que les transmitieran que podían y querían ayudarlas, fue lo que las hizo autoconfiar en ellas.

Formas de intervención: descubrimiento y manejo de recursos

Repetidamente he escuchado por parte de mis alumnos la siguiente pregunta: ¿Qué técnicas puedo aplicar en terapia para...? La misma pregunta les hacía a mis maestros de la licenciatura. Con el paso de los años fui aprendiendo que en el proceso terapéutico lo más importante es la relación entre el paciente y su terapeuta, sin embargo tener diferentes formas de intervención para abordar ciertas situaciones, nunca estará de sobra.

Primeramente haré referencia a lo que para el psicoanálisis es la forma de intervención más importante: la *transferencia*. Nasio (1996) la define como: “Los afectos y las palabras alusivas, vividas o no, en relación con el [psicoterapeuta] [...] Es la repetición en lo actual, con el [psicoterapeuta] de las experiencias [...] infantiles vividas en el pasado y reactivadas en el presente” (p. 50).

A continuación presento una viñeta en la que se observa la manera en que la terapeuta trabaja el tema de los sentimientos a partir de la transferencia:

Hubo varias veces en que llegaba y le contaba lo que estaba pasando [...] y yo le contaba no me preguntes qué porque no me acuerdo; y de repente estaba yo platicando y [ella] empezaba a llorar, veía que se le salían las lágrimas y yo volteaba y le decía: “a ver, a ver, a ver ¿qué pasa?” Y ella me contestaba: “¿te ves cómo estás contando eso así fresca?” Por ejemplo cuando le contaba lo que había pasado con [mi mejor amigo], “se murió así, así, así y asado” y yo veía que se le salían las lágrimas y me decía: “es que siento que estás sintiendo”; y yo le contestaba “no, no puedes sentir que estoy sintiendo si yo no estoy sintiendo” (Alondra, 25 años).

Una situación muy parecida narra Little (1995) de su proceso psicoanalítico con Winnicott “él comenzó a lagrimear por mí, y yo pude llorar por aquella pérdida como nunca lo había hecho (p. 48).

En la viñeta de Alondra, y en la cita de Little, podemos observar un ejemplo de transferencia, es decir, el terapeuta siente a través de la transferencia lo que su paciente está sintiendo y no puede reconocer ni expresar. De tal manera que el terapeuta puede verbalizar lo que él siente y ayudarle a su paciente a darse cuenta del sentimiento que está presente. Para esto el psicoterapeuta no “se [defiende] de sus propios sentimientos, sino los [deja] fluir en toda su gama, y en ocasiones, hasta [se permite] la libertad de expresarlos” (Little, 1995, p. 47). Sólo que para dejarse sentir lo que el paciente experimenta es importante que el terapeuta conozca sus sentimientos y pueda diferenciar lo que es de él y lo que es del paciente.

Veamos a continuación cómo ejemplifica lo anterior una de las entrevistadas:

A veces sentía que me conocía más de lo que yo me conocía, no sé, como una cierta empatía que yo iba sintiendo, digo a lo mejor no pasó por lo mismo, pero conocía los sentimientos a los que yo no estaba acostumbrada [...]. Entonces, el que comprendiera qué es la tristeza, lo que es el abandono, lo que es el enojo, la ira, el coraje, el odio o sea puros sentimientos no agradables, [me hacía sentir] que no por eso me iba a morir, que no por tener una tristeza extrema y por no poder levantarme de la cama y llorar y llorar todo el día [algo malo me iba a pasar] (Vanessa, 23 años).

En la misma sintonía, Little (1995) mencionaba que Winnicott “debía soportar la angustia, la culpa, el dolor y la pena, la inseguridad y la impotencia, él debía soportar lo insoportable” para que su paciente pudiera sentir a su vez lo insoportable (p. 63).

Cuando se trabaja con la transferencia, es necesario “estar en sintonía emocional con los requerimientos de las pacientes” (Castañón y Rocha, 2005, p. 65) viviendo el pasado y el presente junto con el paciente, como si los dos estuvieran juntos en la misma trinchera (Costin, 2002). Podemos observar cómo sorprendía a las pacientes que su terapeuta expresara con palabras lo que ellas sentían a nivel de sensaciones. Significaba entonces que las podía entender pero también que se

atrevía a sentir lo que fuera y por lo mismo podía ayudarlas a nombrar y manejar sus propias sensaciones y sentimientos.

Veremos a continuación todo lo que se tiene que tomar en cuenta para ayudar a las pacientes a identificar y expresar sus sentimientos sanamente. Primeramente mostraré en una viñeta la manera en que las personas con un TCA experimentan la dificultad para poder nombrar las sensaciones y sentimientos y cómo ante la imposibilidad de ubicar los sentimientos, desahogan sus sensaciones en la comida:

Entiéndeme que yo no sentía y [yo le decía a mi terapeuta:]

-es que tengo cosquillitas en la garganta

-bueno y eso por qué

-es que creo que me peleé con mi mamá

-ok, y tienes cosquillitas en la garganta, ¿y qué más?

- y me está dando mucho calor

-¿y qué más?

-y quiero correr no sé, a comerme unas papas con chile

-ok, conclusión, a todo esto ¿qué crees que tengas?

- no bueno, ganas de ir y matarla

- ok y eso es...

-enojo-

-ok, entonces cuando tengas cosquillitas en la garganta es que estás enojada (Alondra, 25 años).

Esta intervención es muy valiosa ya que muchas veces las pacientes se angustian al sentir a nivel corporal algo que no logran identificar y entonces tratan de eliminar la sensación a través del vómito, atracón, laxante, ayuno, etc. Cuando aprenden a identificar las sensaciones y sentimientos así como la conexión entre ambos, entonces pueden expresarlos de manera diferente, por ejemplo:

Fue ponerle palabras a cada sentimiento y descubrir qué era coraje, qué era tristeza, qué era alegría, [...] igual no entendía los sentimientos negativos como los positivos (Alondra, 25 años).

Es importante transmitirle a la paciente que no es malo sentir, sino que las emociones son necesarias y útiles. Recordemos que las familias de estas pacientes tuvieron pocos recursos para enseñar a manejar los sentimientos o bien la paciente no lo aprendió, por lo que en muchas ocasiones catalogaron como malos y prohibidos: el enojo y la tristeza, así como algunos otros sentimientos que son desagradables.

[Mi terapeuta] me consolaba haciéndome sentir que estaba bien el que estuviera triste, que tenía motivos para estar triste, y si tú quieres me pasaba la cajita de kleenex y me decía: “está bien, desahógate, llora, llora, llora, llora...” Y yo ni podía articular palabra, lloraba una hora, dos horas, tres horas, y estaba bien, estaba permitido que yo llorara, no era de una palmadita en la espalda y “ya tranquilízate todo va a estar bien” [...] puedo estar triste y no pasa nada, no se acaba el mundo, nadie se va a morir, y empezó pues a tocar esos sentimientos, eran de lo más desagradable del mundo pero no eran malos, eran normales y la gente normal los siente, y la

gente sana también siente tristeza y no por eso significa que estoy mal, entonces fue cambiar la ideología o los parámetros que a mí me habían enseñado acerca de cómo debe de estar uno, y eso fue pues lo que me introdujo pues a tratar de echarle ganas” (Alondra, 25 años).

En los párrafos anteriores podemos observar cómo fue importante para las entrevistadas cambiar su concepción de la tristeza y otros sentimientos, ya que como ellas lo mencionaron habían aprendido que llorar era malo, por lo que no podían hacerlo, teniendo que canalizar el sentimiento a través de la comida.

Sin embargo, esto da mucho miedo porque pareciera que se abre una olla de presión y explotan todas aquellas sensaciones y sentimientos que llevaban años contenidas.

Cuando empiezas a descubrir esos sentimientos pues llegan y arrasan, y no cabe espacio para nada más, entonces el que ella me fuera enseñando cómo manejarlos, el [que me dijera:] “ok estás triste, llora y llora hasta que te canses”. Pero además de esta tristeza, qué la desata, qué es lo que te hace llegar a sentirte así, o sea encontrar los por qué de esos sentimientos (Vanessa, 23 años).

También suele suceder que confunden los sentimientos, sobre todo el enojo con la tristeza o el dolor emocional. Por ejemplo:

Ver que generalmente atrás del enojo y del coraje hay mucha tristeza [...] sale el coraje a veces todavía pero inmediatamente me siento a razonar y digo: es tristeza, la saco y después me quedo tranquila (Talina, 31 años).

El comentario anterior se debe a que muchas veces llegan las pacientes a terapia muy enojadas cuando en su discurso lo que están expresando es que hay algo que les duele o las entristece. Entonces lo que se hace es ayudarlas a que diferencien cuando se trata de un sentimiento o de otro.

Una vez que las pacientes logran identificar sus sentimientos, entonces aprenden a expresarlos de una manera sana. Por ejemplo:

Manejando los sentimientos de una manera distinta, has de cuenta, que si yo me enojaba no fuera a descargar mi enojo en el vómito, o no fuera a descargar mi enojo en ir a gritarle a alguien, sino que aprendes a digerir el sentimiento y a desahogarlo de otra manera, “ok estoy enojada, respiro hondo tres veces, luego, ¿por qué me enojé?” y entonces hago algo al respecto, algo sano, y resuelvo el problema (Vanessa, 23 años).

En otro ejemplo de cómo la paciente pudo ir desglosando lo que sentía, nuevamente sale a relucir la persona del terapeuta más allá de las técnicas:

Que yo dijera: “quiero matar a alguien” [...] y el que ella no se asustara, o no me rechazara, el que me dijera: “¡ah ok, en este momento quieres asesinar a tal persona, bueno vamos asesinandola aquí con palabras en un lugar seguro para que después tú no vayas no a matarlo” [...] El que me

entendiera y me ayudara a desglosarlo, o sea, el sentimiento llega, arrasa, pero qué es lo que lo motivó a salir; entonces el encontrar ese motivo, digerirlo, procesarlo, entenderlo, masticarlo, revolverlo y todas esas cosas que se deben de hacer cuando llegan tan fuertes, este, y encontrarle una salida sana, una salida que no me destruyera a mí, ni destruyera a los que estaban alrededor de mí (Vanessa, 23 años).

Little (1995) diría que lo anterior se logra porque el terapeuta logra “fundirse psíquicamente con [el paciente], aceptando el delirio de ser uno mismo con él; tolerar su odio sin tomar represalias cuando se reviven los traumas originales y soportar sus propios sentimientos cuando éstos surgen (p 84).

Además, añade la entrevistada que ella percibía que tal vez el que los sentimientos no asustaran a la terapeuta se debía a que probablemente ella también los conocía:

Si a alguien tú le dices: “te odio”, y te dice: “ok vamos a trabajar por qué me odias”, pues dices: “¡ah caray!, no es algo nuevo para esa persona, entonces posiblemente no sea la primera vez, entonces posiblemente si me pueda ayudar con eso” (Vanessa, 23 años).

Para finalizar este apartado, incluyo una viñeta en la que la terapeuta responde a una llamada telefónica en la que la paciente expresa tener una crisis en la que no puede manejar sus sensaciones y sentimientos y por lo mismo tiene un atracón:

[Un día] yo iba de camino a [el bosque de] Los Colomos y se me atravesó [una tienda], me dí un atracón en ese momento, me dio la crisis de histeria, entonces le hablé [a mi terapeuta], pensaba que me iba a mandar a la chingada. Ella me decía:

-no te preocupes, a ver, ¿estás en la tienda?

- si

- ¿ya te compraste todo?

- si

- ¿lo puedes regresar?

- no

-¿ya te lo comiste?

- no, o sí, tres cosas

- ok, vas a agarrar tus cosas, ¿tienes un bote de basura cerquita?

- si

- tíralas

- nooooo, yo no las voy a tirar

- tíralas

- no

- tíralas

Y me seguía por teléfono todo el camino de regreso, hasta que llegaba a [la clínica], me abría la puerta y salía. Y si eran las 7, 5, 3, 2, 1 de la mañana y me agarraba la histeria y le marcaba, [ella] estaba ahí, siempre estuvo ahí, a la hora en la que la necesitaba, con

límites ¿verdad?, tampoco para berrinches ni nada de eso (Alondra, 23 años).

En situaciones como la anterior resulta muy complicado pedir a la persona que nos diga qué siente cuando la ansiedad la ha rebasado y lo único que piensa y desea hacer es vomitar, laxarse o darse un atracón. Como en cualquier intervención en crisis, el primer paso es salvaguardar la vida e integridad de la persona. Una vez que ésta se encuentra fuera de peligro, entonces se puede analizar qué la hizo perder el control de sí misma.

Respecto a la intervención anterior, pueden existir diferentes posturas tanto a favor como en contra. La justificación de este tipo de respuesta por parte del terapeuta es que éste “debe hacer saber a los pacientes que no les permitirá que se destruyan y que pueden recargarse en él para obtener apoyo y dirección. Este tipo de rol coloca al terapeuta en una posición más autoritaria y directiva” (Costin, 2002, p. 133). A su vez, Little (1995) comenta que el *sostén* brindado por el terapeuta, “proporciona la fuerza del yo que el paciente no podía encontrar en sí mismo, y retirarla gradualmente en la medida en que el paciente pudiera hacerse cargo de sí mismo” (p. 46). Como podemos observar en el comentario de Alondra, la terapeuta llegó incluso a “prohibir la acción” (Little, 1995, p. 46) para evitar que la persona se hiciera daño o para evitar que repita la conducta insana. Sin embargo, lo más importante me parece que nos lo dice Alondra: “[ella] estaba ahí, siempre estuvo ahí, a la hora en la que la necesitaba, con límites”.

Los momentos de crisis no esperan para aparecer durante la terapia, y al principio la persona no cuenta con los recursos suficientes para detenerse por sí misma. Por lo tanto, se deberán encontrar estrategias para ayudarle a “regular la tensión y los estados de ánimo y para integrar sentimientos, pensamientos y conductas hasta que los pacientes puedan hacerlo ellos solos” (Costin, 2002, p. 124) y una opción es sugerirles o autorizarles llamar por teléfono al terapeuta o a algún integrante del equipo de tratamiento. Probablemente una crítica a este tipo de intervenciones sea que se está volviendo al paciente dependiente del terapeuta, y lo es así, “aunque parezca extraño, una tarea del terapeuta cuando trata pacientes con TCA es lograr que éstos dependan de él, y ya no de su trastorno alimentario. El siguiente paso es destetarlos y dirigirlos hacia otras relaciones que satisfagan sus necesidades” (Costin, 2002, p. 128).

Veamos ahora lo que opina una de las entrevistadas respecto a este tipo de intervenciones directivas e *incondicionales* por parte de su terapeuta.

Que si yo estaba histérica a las tres de la mañana, [ella] me contestaba el celular [...]; pobrecita no la dejaba ni a sol ni a sombra, y aún así nunca me rechazó, se podría decir, [...] no había días festivos, ni fines de semanas, ni noches cuando yo estuviera atravesando por esa parte y aún así por teléfono me tranquilizaba, y pues sabía que podía contar con ella, sabía que ahí estaba para el momento en el que yo entrara en crisis [...] A lo mejor eso me permitía sentir [...] digo porque principalmente yo entraba en crisis en la noche antes de dormirme, que era en el momento donde ya estás sola, las luces apagadas, y estás contigo misma y pues es cuando tienen

chance de aparecer todos los sentimientos [...] entonces has de cuenta que llegaba, te invadía la emoción y yo sabía que no tenía que frenarla, tenía que aprender a sentirla, porque solamente así iba a poder trabajarla, y [saber que] yo podía hablarle a ella para tranquilizarme; y que si yo necesitaba una terapia o sacarlo, ella me iba a hacer un campo aunque ese día no me tocara terapia [...] o que si de repente yo me le desaparecía varios días porque de plano yo ya no quería saber nada, ella hablaba y me decía: -“oye ¿cómo estás?” Entonces pues es el sentirte acompañada en ese proceso, en esas, horas, días, meses tan difíciles, son lo que te hacen seguir apostándole (Vanessa, 23 años).

En el párrafo anterior encontramos información muy relevante. Como se explicó anteriormente, los trastornos de la conducta alimentaria manifiestan la presencia de algún evento traumático no superado y de sentimientos y emociones no reconocidas ni expresadas por la persona. La persona en lugar de enojarse puede vomitar, laxarse, darse un atracón, etc., lo mismo sucede si está triste, contenta, angustiada, etc. La importancia de que el paciente sienta la confianza de comunicarse con su terapeuta en el momento en que aparecen sensaciones o sentimientos tan fuertes es que se pueda romper el patrón que ha llevado mucho tiempo de refugiarse en el síntoma en lugar de pedir ayuda. Recordemos que “las personas que tienen un trastorno alimentario se han dirigido, inconscientemente y a través del tiempo, a la comida o a los rituales alimentarios en lugar de a las personas para satisfacer ciertas necesidades, tal vez porque sus intentos

anteriores de obtener la atención de los otros han resultado en decepciones, frustraciones, o inclusive abusos” (Costin, 2002, p. XX).

Cuando la persona cuenta con la respuesta del terapeuta, entonces se le ayuda a reconocer las emociones y sentimientos que le son tan amenazantes y desconocidos, los cuales, como comenta una de las entrevistadas, la mayoría de las veces aparecen en momentos de soledad pero también cuando hay algún evento social. Aquí es donde entra nuevamente el “yo auxiliar” del terapeuta para ayudar a la persona a atravesar por el momento de crisis, para mostrarle formas alternativas de manejarlo, para después analizar en terapia lo ocurrido y que la persona vaya teniendo cada vez más herramientas para pasar por esos momentos difíciles por ella misma (Costin, 2002).

Mencionaban las entrevistadas que su terapeuta les daba la opción de que pudieran llamarla en momentos de crisis, es decir enseñándoles que pueden pedir ayuda mientras pueden ponerse límites a sí mismas o a los demás. ¿Cuáles fueron las formas de intervención para el trabajo con los límites?

[Mi terapeuta] me puso límites, cosa que yo nunca tuve, como que fue mi guía y hasta la fecha se me atora algo, y 01 800 [terapeuta], y tiene la paciencia para escucharme, por supuesto que si le marco a las 3 de la tarde me dice: “a ver, espérame estoy comiendo” (Alondra, 25 años).

En esta viñeta Alondra hace referencia a una manera de poner límites dentro de la relación psicoterapéutica, lo cual sirve también para que la paciente vaya

aceptando los límites externos, es decir los que existen en el mundo y en lo cotidiano. ¿Qué tipo de límites podrían establecerse? Considero que aquellos que sean necesarios de acuerdo a la situación particular de cada paciente. En ese sentido, me llama la atención que Little narra un suceso en el que Winnicott, de alguna manera, tomó las riendas de la vida de su paciente: “en una oportunidad en que cabía la posibilidad de que huyera de su consultorio enfurecida y me lanzara a conducir peligrosamente, se hizo cargo de las llaves de mi auto hasta el final de la sesión y luego me permitió permanecer recostada en una habitación contigua hasta que me sintiera segura (Little, 1995, p. 47)”. Cabe aclarar que Little no tenía un TCA, pero sí solía realizar acciones, que al igual que las entrevistadas, llegaban a poner en riesgo su vida.

El que haya alguien que pueda ponerte límites, que logre controlarte, tranquilizarte, [...] esté contigo y te brinde el cariño necesario para ir trabajando que hay atrás de esa crisis, de esas ganas de salir corriendo, eso es, hijoles, de lo más valioso que alguien te pudo ofrecer” (Talina, 31 años).

Aún cuando leemos que Talina está muy agradecida con los límites, al principio los rechazan. A nadie le gusta que le pongan límites, sin embargo son necesarios para que la persona pueda adaptarse a la sociedad.

Hasta el momento hemos visto lo que compartieron las entrevistadas sobre la forma en que la terapeuta les ayudó a manejar sus sentimientos y los límites. Sin

embargo me parece muy importante incluir información sobre una herramienta que fue útil para el proceso psicoterapéutico: la escritura.

Dos de las entrevistadas hicieron referencia a la escritura como una técnica para poder expresar lo que pensaban y sentían. Veamos a continuación cómo fue que la terapeuta planteó la actividad y lo que ellas consideran que les ayudó al escribir:

Me decía: “escribe todo lo que esté pasando por tu cabeza, ve escribiéndolo de aquí a tu siguiente sesión, cuando estés así escribe, escribe, escribe.... Todo lo que se te ocurra aunque sean palabras sin coherencia y aquí vamos desglosándolas y vamos viendo qué es lo que tienes y vamos trabajando en ello”. Entonces yo ya llegaba en la siguiente sesión, a lo mejor con cincuenta hojas escritas y [...] empezábamos a trabajar y entonces yo sentía que iba desbocando las emociones hacia otro lado y con eso pues yo sentía una mejoría” (Vanessa, 23 años).

[Mi terapeuta] me hacía escribir diario, diario, diario. Yo escribía cómo me sentía [...] [me servía] pues para desahogar todo, yo creo y has de cuenta [...] cuando me volvía a tocar terapia le leía y [yo le decía a mi terapeuta:] “¡ahh! ¿Ya viste?, esta vez me sentí cuatro veces así y coincide con que me comí unos chetos. ¡Ah, órale! Entonces el cheto tal, tal, tal, tal o así” (...) Muchas veces a la hora que escribía me iba dando cuenta de muchas cosas” (Alondra, 25 años).

Recordemos que una característica de las personas que tienen un TCA es que no pueden expresar lo que sienten y/o piensan, y por ello lo vomitan, comen o no comen. Como decía Ayelet, era difícil expresarse a través de la palabra, por lo que sería importante que los terapeutas pudiéramos valorar otros medios por los que nuestras pacientes se expresan, y no querer que sea sólo a través de la palabra hablada, ni únicamente dentro del espacio de la terapia individual. Como se puede apreciar en las dos viñetas anteriores, la escritura sirvió a las entrevistadas para expresarse, para desahogar aquello que no podían sacar de otra forma, pero también fue una herramienta aprovechada para analizar en terapia lo que ellas vivían en lo cotidiano, para tomar conciencia de sí mismas.

Por otro lado, me parece muy importante recalcar que la terapia individual no lo es todo para la recuperación de las pacientes. Muchas veces los terapeutas así lo creemos y entonces queremos que todos los cambios y aprendizajes se den dentro del consultorio, cuando la realidad es que existen muchos otros elementos que pueden favorecer al proceso de recuperación. Tal como lo refieren las entrevistadas, en las siguientes viñetas se muestran los aprendizajes logrados en sus terapias grupales. Recordemos que en la clínica donde ellas recibieron tratamiento, se ofrecen, además de la psicoterapia individual, psicoterapias de grupo así como talleres. Veamos lo que opinan de las psicoterapias de grupo, como apoyo a su recuperación:

La terapia [cognitivo conductual] te ayudaba a agarrar herramientas para combatir la enfermedad, si le quieres llamar así eh; es muy buena porque

son herramientas que las puedes aplicar muchísimo a muchísimas cosas (Talina, 31 años).

Me ayudó mucho a sentir... la terapia corporal la odié y la odiaba toda la vida, pero hasta el final hubo una vez que me gustó porque como me chocaba el contacto físico [...] habían ejercicios de unas con otras, entonces era desde confiar que la otra no te iba a dejar tirada, torcida o x, ¿no? Masajitos, así. Y eso yo creo que me pegaba mucho porque a mí lo corporal siempre me despertaba 20,000 cosas que yo no entendía qué pasaba o de qué se trataba pues y siempre era como muy fuerte, pero de ahí siempre salía algo (Alondra, 25 años).

Como podemos observar, se habla de dos tipos de psicoterapia de grupo: una tenía el enfoque cognitivo conductual y la otra el enfoque corporal. De acuerdo a lo que mencionan las entrevistadas, la terapia cognitivo conductual proporcionaba herramientas y la terapia corporal despertaba sensaciones, las cuales se verbalizaban posteriormente en sus terapias individuales o en la psicoterapia grupal de enfoque psicodinámico.

¿Por qué es importante la terapia de grupo? Costin (2002) menciona que al escuchar y compartir, los pacientes se dan cuenta de que no están solos respecto a su sufrimiento, sus sentimientos y su trastorno alimentario. La persona, por el solo hecho de saber que no está loca ni sola, puede elevar su autoestima. Con frecuencia los pacientes sienten que sus familias y otras personas los han

rechazado, y sienten que el único sistema de apoyo con el que pueden contar es la terapia de grupo (p.158).

Hasta el momento se ha hablado de lo que vivieron las entrevistadas en sus terapias tanto individuales como grupales, sin embargo no podemos dejar a un lado otros elementos fuera del proceso psicoterapéutico que también fueron importantes para ellas.

Existieron otras personas significativas para las pacientes además de sus terapeutas, como sus compañeras de tratamiento y las pacientes dadas de alta.

Conoceremos a continuación lo que cada una les aportó:

Empecé a ver aliadas a lo que yo tenía; en lugar de sentirme la loca en el mundo empecé a ver y a sentir que había gente como yo que necesitaba ayuda, que sentía lo mismo, que hacía lo mismo, entonces me empecé a sentir muy a gusto (Talina, 31 años).

Todas las demás chavas que están ahí te entienden por lo que estás pasando; como ellas han pasado o están pasando por lo mismo pues [...] tienen el tacto para tranquilizarte o hacerte escuchar lo que necesitas en ese momento (Vanessa, 23 años).

Con mis compañeras, con todas las internas aprendí muchísimo, creo que entre todas nos apoyábamos en altos y bajos [...]. Cuando yo decidí que sí le iba a echar ganas y que sí iba a salir adelante y que [la clínica] sí funcionaba [fue porque] también influyó muchísimo una compañera interna.

En todo mi proceso fue clave, también fue un antes de ella y un después de ella y ahí fue cuando me empezaron a caer muchos veintes y fue cuando dije: “sí, va, sí le entro a esto”. [Ella] me dijo muchas veces, cuando yo ya estaba hasta la madre; [...] “güey, si te quieres ir vete, pero yo te puedo asegurar de que ya después de todo lo que entendiste, de todo lo que has vivido y de todo lo que has visto ya no puedes vivir igual, o sea, ya tienes conciencia de lo que pasó, ya sabes que esto se quita, ya sabes que el problema de alimentación no es más que una salida, el pedo no es la comida, el pedo es otra cosa o sea no te hagas güey” (Alondra, 23 años).

Cuando las pacientes llegan a tratamiento sienten que sólo ellas tienen la enfermedad, que son las únicas personas en el mundo que tienen problemas y que nadie las entiende. Conocer a otras personas que comparten su padecimiento, que tienen problemas, ver que hay alguien más que no puede comer como la mayoría de las personas y que están en la lucha; entonces les aligera la carga que sienten que traen en sus espaldas. Además, conocer a quienes ya transitaron por la enfermedad y pueden vivir su vida sin pensar en la comida y con la posibilidad de tener una buena relación con su familia, les da esperanza para continuar en el proceso:

Ver a otras internas que ya estaban dadas de alta y hablar con ellas, saber que había gente que ya había pasado por ahí, que ya estaban bien y poderlo ver fue súper importante (Alondra, 25 años).

Que alguien más está saliendo adelante y que alguien más está empezando a disfrutar de la vida, pues dices bueno si ella pudo y está aquí con todo [y sus problemas] y aún así disfruta, pues dices: *¡vamos intentándole!* (Vanessa, 23 años).

Como podemos observar en todas las viñetas incluidas hasta el momento, la terapeuta jugó un papel muy importante en la recuperación de las entrevistadas, sin embargo como terapeutas, nunca debemos de pensar que el proceso de cambio se da únicamente por lo que se viven en el consultorio, sino aceptar que existen otras personas y situaciones que también contribuyen a que la persona continúe y termine su proceso de tratamiento.

De niña a mujer

Para finalizar la entrevista, les pregunté, a manera de resumen, qué es lo que les había ayudado a estar dadas de alta, a lo cual respondieron:

Saber que sí se quita el problema de alimentación (...) Es una tendencia que toda la vida vas a tener y si se me presenta un problema, un agobio o un estrés, o me voy por comer o por no comer, entonces cuando empiezo con eso: “párate, piensa qué es lo que te está ocasionando eso, hazlo consciente y quítate de ahí, resuélvelo y haz lo que tengas que hacer pero no te vayas a eso” [...] ya no es algo que te atrape, pero siempre tienes que estar muy alerta de lo que te rodea y siempre cuidarte (Alondra, 23 años).

Alguna vez escuché de una paciente: “para qué luchar si me han dicho que esto no se va a quitar jamás”. De aquí la importancia de que las personas sepan que la enfermedad no es para siempre, sino que llegó por algún motivo y que puede irse cuando ya no sea útil en la vida de la persona. Sin embargo como dice Alondra, puede ser que el síntoma quiera regresar y entonces la persona detecte que algo está pasando y pueda resolverlo.

El querer ser una mujer sana, el querer tener una pareja bien y sana, el querer cortar con la cadenita de tragedias... el querer apostarme y confiar en mí (Alondra, 25 años).

Esto nos habla de la esperanza de tener una vida diferente y la intención de hacer lo que estuviera en sus manos para lograrlo.

El darme cuenta de que no importa que haga las cosas mal o que la riegue, siempre está la opción de hacerlo bien, de cambiar, nada más es cosa de hacerlo consciente [...] o sea, que el mundo no se acaba por un error, sino que siempre la vas a regar en el camino pero siempre hay que seguir adelante con toda la intención (Alondra, 23 años).

No basta con querer salir adelante para que todo salga como uno lo desea. Por eso es importante estar consciente de que el proceso tiene sus altas y bajas, y que las caídas no son permanentes si uno se levanta y sigue adelante.

Siento que lo que me sirvió de esa terapia es que dejé de ser víctima y empecé a enfrentar las cosas con responsabilidad o sea de que, sí lo que

había pasado, culpa de mi mamá, culpa de mi papá, culpa de x, pero la decisión de seguir mal o bien, era mía y de nadie más que mía (Talina, 31 años).

Esta decisión es una de las más importantes: no importa lo que la persona haya vivido, ahora ella puede decidir lo que quiere para su vida.

Aprendí a escuchar a los demás porque muchas veces es yo, yo, yo, yo y ¿las demás personas qué? [...] creo que es muy ambivalente lo que uno siente porque por un lado sientes que nadie te escucha, que nadie te quiere, que nadie te pela, pero por otro lado manejas a todo mundo. Entonces aprendes a no manejarlos, a escuchar, a que te escuchen y a ver que si hay gente que te quiere, que si le importas y todo, pero saber que hay momentos, que hay situaciones, en las que no todo mundo tiene que estar ahí para ti y que no por eso ya no te quieren (Talina, 31 años).

Esta viñeta se relaciona con la anterior: si la persona sigue culpando a los demás de los momentos desagradables que vivió o de lo que no recibió, entonces seguirá una serie de reproches sin que pueda valorar lo que sí le pudieron dar o lo que en el presente tienen al alcance de su mano.

Aprender a respetarte tú misma, a respetar tus necesidades, y eso te lleva a tener una buena relación con los demás; entonces, pues si te conoces sabes ponerte tus límites, poderte comprender, poderte responsabilizar de tus actos y aprender a manejar lo que tú traes (Vanessa, 23 años).

Ya no sólo la persona le pide al otro que la respete sino que aprende a respetarse a sí misma. Ya no le pide al otro que la comprenda y que le resuelva la vida, sino que aprende a comprender y a responsabilizarse de sus actos.

Tener más confianza en mí, de la que yo misma me tenía. Yo creo que mi terapeuta tenía más fe en que yo iba a salir de la que yo me tenía, yo no me la creía. Yo entré con cero esperanzas por así decirlo de que se podía vivir de una manera diferente y el ver que ella creía más que yo en que si se podía, o el que ella tenía la confianza plena de que sí podía si yo quería, pues fue eso [lo que me ayudó a salir adelante] (Vanessa, 23 años).

Esta viñeta agrega un último elemento, aprender a confiar en uno mismo y en el otro, lo cual finalmente le permite a la persona desenvolverse en el mundo y convivir con los demás. Y entonces ya no se necesita a la comida haciendo la función del “otro” con quien se desahogan, sino que pueden atreverse a confiar en otro de verdad, o sea un ser humano.

Para finalizar este apartado quiero aclarar por qué lo llamé: *de niña a mujer*. Las viñetas tienen un común denominador: dejar atrás el pasado y ser responsables de su propia vida, lo cual es un signo de madurez. La niña queda atrás y aparece entonces la mujer que es ahora dueña y responsable de su propia vida.

De pensar en la comida a pensar en su proyecto de vida

Vanessa es ahora profesionalista. Cuando la entrevisté quiso relatarme los pasos que ella consideró vivió para salir adelante de su enfermedad. Me sorprendió la claridad con la que me los describió sin haber tenido oportunidad de haberlos pensado. Mientras la escuchaba me daba cuenta de que la *niña* que yo había conocido a sus 16 años, era ya toda una profesionalista que tenía en su mente la claridad suficiente como para realizar esta narración tan compleja. Yo la conocí cuando deseaba morir, además de que en su mente existían pensamientos obsesivos en torno a su cuerpo y la comida... ahora su mente brillante le permitió ingresar a una de las especialidades médicas más competidas en nuestro país.

Aún cuando se trata de información proporcionada por una sola persona, y no por las tres entrevistadas, me parece importante incluirla porque puede dar al lector una idea de las etapas que vivió una paciente en el tratamiento de un trastorno de la conducta alimentaria. También es valiosa porque tiene puntos de coincidencia con la propuesta de Ibarra (2005) y Costin (2002) en cuanto a las etapas de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Etapa no. 1 – Reconocer que existe un problema.

Mira lo primero es saber que necesitas ayuda, lo cual no es nada fácil, es la cosa más difícil del mundo, entonces ya basándote en eso pues aprendes a confiar: "si necesito ayuda y si la persona que está aquí me puede ayudar,

tengo que aprovecharlo” pero eso creo que es la parte más difícil de toda la terapia, y el punto clave para poder mejorar.

Lo que hizo la terapeuta – Mostrar que la enfermedad era un reflejo del estado emocional.

A lo mejor explicándote por qué necesitas ayuda.

Yo sabía que algo yo tenía mal, yo sabía que yo no estaba a gusto, y no me refiero únicamente con la enfermedad, sino con mi persona [...] no me sentía cómoda, no disfrutaba y creo que [mi terapeuta] empezó a llegarme por ese lado, en cuanto a tocar sentimientos a lo mejor de soledad, de inconformidad, de depresión, o sea sentimientos que yo sabía que estaban aunque no los distinguiera. Entonces como que me empezó a hacer ver que ahí estaban, no se enfocó jamás en la enfermedad, siempre me la manejo como un reflejo de mi estado emocional.

Esta etapa coincide con la tercera etapa de Ibarra (2005, p. 2): “[Se busca] la toma de conciencia de que se tiene un problema, que no es sencillo, y que es importante aceptarlo”. También con la primera etapa de Costin (2002, p. 127):“El terapeuta tiene que ayudar a cada paciente a descubrir cuál es la función de adaptación o el propósito que cumple su trastorno alimentario”.

Etapa 2 – Sentir las sensaciones y sentimientos y no abandonar el tratamiento.

No renunciar a la mitad, porque empezar cuesta trabajo pero profundizarte después va costando más trabajo, porque te metes a cosas muy dolorosas, muy tristes, muy angustiantes [...] que a veces piensas que son más de lo

que puedes soportar; digo, no por nada las habías escondido, entonces el desembocar tantas emociones y estar dispuesta a aguantarlas y a sentirlas cuando llevan años y años ahí [...] es muy duro, muy difícil. A veces dan ganas de aventar la toalla, renunciar y decir: “quiero invernar de aquí hasta que se me quiten [las emociones]” [...] pero ya no hay vuelta atrás, y dices: “ya las sacaste y ahora cómo las vuelvo a encerrar” y no puedes y luchas y luchas y luchas contra ellas. Y viene después el apropiártelas, decir: “están ahí, son mías, y tengo que sentirlas y no es nada lindo” y sentirlas duele muchísimo, porque son cosas que has pasado muy dolorosas, o que tuvieron un gran significado y pues llevas evitándolas toda la vida, entonces las sientes como si las estuvieras sintiendo por primera vez y te quieres volver loco.

Lo que hizo el terapeuta – Apoyo incondicional y fungir como *yo auxiliar*.

No dejarme sola, y pues ayudarme a superarlas.

Que si yo estaba histérica a las tres de la mañana, me contestaba el celular [...] me acuerdo un día de navidad, o sea era un 24 [de diciembre] en la noche, y yo estaba histérica [...] y a esas horas fui a hablarle al celular y estuvo conmigo [...] tranquilizándome y [me decía:] “te veo en cuanto regreses de vacaciones”.

Esta etapa coincide con la cuarta de Ibarra (2005, p. 4): “las pacientes comienzan a verbalizar la angustia que las arrasa”, en el sentido de que la persona empieza a expresar como puede, todo lo que siente. Costin (2002, p. 127) señala en su segunda etapa que “el terapeuta vive el pasado y el presente, como si los dos

estuvieran juntos en la trinchera” que es lo que menciona Vanessa respecto a la lo que hizo su terapeuta ante la explosión de sentimientos.

Etapa 3 – Reconocer, aceptar y expresar los sentimientos.

Sería la etapa de [ir digiriendo los sentimientos] yo creo, o sea la segunda etapa es sentirlos, que vienen como se les da la gana y los recibes pues, y ya la tercera es empezar a digerirlos, procesarlos y vivir con ellos, aceptarlos sería, que ahí están, no se van a ir, cuando menos te los esperas van a brincar pero ya sabes manejarlos.

Lo que hizo el terapeuta – Enseñar a manejar los sentimientos.

Enseñarte a manejarlos, ¿cómo? Pues primero sabiendo de donde vienen, o sea aprender a distinguir qué sentimiento es, luego de donde vino, por qué demonios salió, y por qué se le ocurre hacer lo que hace contigo [...] Antes primero venían y lo que me creaban era angustia, y pues sentía que me volvía loca. [Entonces hay que] aprender a distinguir el sentimiento [que es] provocado por tal motivo, [y luego hay que] ir viéndolo, manejándolo, aceptándolo [...] darle un buen enfoque, un enfoque sano, entonces pues aprender a manejar ese miedo y pues eso te permite seguir adelante; entonces eso sería como quien dice la tercera etapa, el saber qué hacer con ellos.

Esta etapa coincide con la quinta de Ibarra (2003, p. 5) en la que “el paciente expresa su odio, coraje y tristeza”, y ya no sólo a nivel de sensación, sino de sentimiento.

Etapa 4 – Aprender que vivir es gozar y a su vez un esfuerzo constante por superar las adversidades.

No volver atrás, todo lo que has aprendido seguirlo practicando, por que digo una cosa es que aprendas y otra cosa es romper el patrón de conducta, o sea lo que llevas haciendo durante veintitantos años [...] Te tropiezas, te caes, y pues a veces dices: “me caí, y ya no me puedo levantar” y pues [hay que recordar que] ya te levantaste una vez, si te levantaste la vez mas difícil, puedes volver a hacerlo. Dices: “llevo tanto tiempo echándole ganas, aprendiendo y vuelvo a caer en lo mismo”; entonces, sería como el esfuerzo constante que a veces cansa, que a veces quisieras que fuera más fácil. Yo creo que eso sería como la cuarta etapa, el que estés consciente de que vas a hacer un esfuerzo constante y el que te tropieces no significa que estés derrotado, si no que todavía te falta por aprender.

Lo que hizo la terapeuta – Enseñar que no todo es perfecto porque la persona esté dada de alta.

Enseñarte que no todo es perfecto por que estés dada de alta, si no que va a tener que ser un esfuerzo constante y que si ya lo superaste una vez puedes estarlo superando, entonces el apoyo, el sentarte los pies en la tierra, el darte realidad, y el integrarte otra vez a la sociedad [porque] posiblemente te hayas aislado un poco por todo el rollo en el que estabas. [En el caso de la comida] es algo con lo que convives a diario, entonces no cargarle emociones de más sino saber que es algo elemental para vivir y

que si vas a una fiesta pues van a haber papitas, fritos, pasteles, gelatinas y demás y no por eso tienes que evadirlo, porque tú ya has aprendido a vivir con ello y puedes estar ahí disfrutando.

Esta etapa habla de vivir de una manera diferente, coincide con la novena etapa de Ibarra (2005. P. 7) en la que “la paciente puede recuperar el deseo de tener una vida diferente”. También pudiéramos unirla con la decima etapa donde se afirma que la paciente “es capaz de poder sentir y hablar su dolor, necesidades, etc., y así ya no utilizar el síntoma –comer, vomitar, etc.- para expresar aquello que por doloroso que es no podía sentir, entender ni hablar” (p. 7).

Etapa 5 – Aprender a pedir ayuda cuando sea necesario.

Que sepas pedir ayuda cuando lo necesitas, digo ya una vez supiste lo que es pedir ayuda, supiste que sí hay gente que te puede ayudar y el proceso no te libra del que no la vayas a necesitar de nuevo.

Lo que hizo el terapeuta – Enseñar a pedir ayuda y explicar la importancia de hacerlo en momentos difíciles.

Hacerte ver que el que necesites ayuda no significa precisamente que estés mal de nuevo y que [ella] esté ahí pues en dado caso que se necesite-.

Esta etapa también puede coincidir con la decima de Ibarra porque el paciente ya es capaz de expresarse y pedir ayuda en lugar de recurrir a los síntomas.

Para finalizar el análisis y hallazgos, quiero comentar que algo que me llamó mucho la atención mientras realizaba las entrevistas es que yo esperaba que me

dijeran qué hizo la terapeuta que les ayudó a salir adelante. Hasta cierto punto me lo comentaron en una parte de la entrevista. Pero al final, me hablaron de lo que ellas habían hecho para salir adelante, con la ayuda de su terapeuta. Ahora que analizo la información pienso que esto refleja cómo fue su tratamiento: al principio los demás eran los culpables de su enfermedad y alguien externo a ellas tenía que ayudarlas. Lo importante es que al final lograron ser responsables de su proceso psicoterapéutico y de su vida. Me parece imprescindible mencionar esto porque finalmente las tres lograron dejar de depender del síntoma y de la terapeuta, porque lograron reconocer, procesar y expresar sus necesidades y sentimientos para ya no necesitar más de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria. En síntesis, hacerse responsables de sus vidas y aprender a pedir ayuda en caso necesario, es lo que les ayudó a superar la enfermedad.

Conclusiones

Inicio este apartado con una frase que menciona Tammie, la terapeuta de Ayelet, la cual ya incluí en la justificación, pero me parece importante repetir: “creo que [el éxito de Ayelet] fue fundamentalmente, el resultado de la cercanía de nuestra relación, nuestra capacidad para desarrollar colaboración, confianza y esperanza, y para creer la una en la otra” (Ronen & Ayelet, 2004, p. 142). Me parece que Vanessa, Alondra y Talina, coinciden en que, el que ellas pudieron recuperarse de su enfermedad gracias en gran parte, al trabajo de equipo entre su terapeuta y ella; de la relación de confianza que pudieron establecer.

A lo largo de las entrevistas las tres dijeron que les sirvió mucho para entrar y permanecer en el tratamiento, saber que los trastornos de la conducta alimentaria sí se pueden curar y que existía la esperanza de tener una vida diferente; esta información fue fundamental para interesarse en el tratamiento. Este dato me parece un elemento que debemos considerar quienes nos dedicamos a atender personas con TCA.

Retomando y resumiendo lo que las entrevistadas dijeron sobre sus terapeutas, ellas mencionan que les sirvió:

- El conocimiento de cómo tratar a alguien con un TCA y que de alguna manera supieran lo que se siente vivir lo que ellas vivían (aunque no necesariamente la terapeuta hubiera vivido un TCA).

- Los límites; es decir, que las terapeutas fueran directivas en los momentos en que las pacientes no podían tomar decisiones por ellas mismas. Fungir como *yo auxiliar*.
- Que las terapeutas no se asustaran con lo que sus pacientes hacían o decían, sino que les ayudaran a entender por qué hacían, sentían o decían algo.
- La confianza que se ganaron las terapeutas a través de mostrarles que en verdad estaban interesadas en ellas.
- No ser abandonadas aún cuando las pacientes buscaron provocar en muchos momentos que esto sucediera.
- Que les tuvieran paciencia, ya que para ellas no era fácil poder cambiar.
- El cariño que se les tuvo, es decir que les mostraran que las querían y que estaban con ellas en la lucha contra el TCA.
- Que las terapeutas confiaran en ellas, es decir que les apostaran, aún cuando en muchos momentos las pacientes no creían que pudieran salir adelante.
- El apoyo incondicional de las terapeutas; el poder contar con ellas en cualquier momento de crisis cuando sintieran que no podían salir adelante solas.
- Recibir ayuda para expresar sus sentimientos.
- Que las escucharan y se preocuparan por ellas.
- Haber sido confrontadas cuando realizaban alguna conducta inapropiada o cuando no querían aceptar algo que su terapeuta les interpretaba.

- La ayuda brindada para buscar el origen de su enfermedad para poder entender y aceptar su historia, que les ayudaran a perdonar a las personas que por algún motivo las habían lastimado y que las motivaran a hacerse responsables de la vida que ahora tienen.

Las entrevistadas también hicieron referencia a la importancia que tuvieron otras personas en su recuperación; particularmente sus compañeras y pacientes -dadas de alta previamente-, fueron un impulso y motivación para salir adelante.

Por último, respecto a lo que ellas hicieron para salir adelante, también hay elementos a resumir y a rescatar como inherentes a su recuperación:

- Deseo de ser una mujer sana.
- Cortar con la cadena de tragedias dentro de su familia.
- Saber que existe la opción a cambiar.
- Enfrentar los problemas de manera sana, es decir sin lastimarse ni lastimar a otros.
- Ser responsables de sus actos.
- Escuchar a los demás.
- Aprender a respetarse.
- Respetar sus necesidades.
- Ponerse límites
- Confiar en ellas.

- Aprender a conocer que si los síntomas del TCA se presentan nuevamente es porque algo está sucediendo en sus vidas y por lo mismo deben de detectarlo y buscarle solución.

Una conclusión central que arrojó esta investigación es que la parte más importante del proceso psicoterapéutico son ellas mismas, las pacientes, quienes con sus deseos de superar su enfermedad, de cambiar y optar por otro estilo de vida, son quienes llevan a buen término un proceso terapéutico para superar un TCA. Este es un dato que como mencioné anteriormente, al iniciar esta investigación, poco tomé en consideración.

Por último, quiero agregar un escrito de Ayelet, (Ronen & Ayelet, 2004, p. 18) el cual desde mi punto de vista reúne todo lo que las entrevistadas dijeron con respecto a su terapeuta, el otro elemento central del proceso psicoterapéutico:

Me conociste en los buenos momentos y en los más difíciles.

Me viste inmersa en el dolor y viste cómo lo superé.

Me escuchaste cuando decía tonterías y cuando decía cosas con sentido.

Me acompañaste en el dolor más profundo y en los momentos de felicidad.

Me viste llorar y reír.

Entendiste mi conducta o mi mala conducta.

Gracias por tu paciencia cuando lloraba por mi pasado.

Gracias por tu apoyo, tu amor y tu confianza incondicional.

Por estar siempre dispuesta a caminar a mi lado.

Y por enseñarme a descubrir a la mujer que había en mi interior.

No te doy las gracias por lo que hiciste.

Sino por quien eres.

No por una cosa concreta.

Sino por todo...

Los resultados de esta investigación están dirigidos principalmente a los psicoterapeutas y profesionales de la salud que trabajan o desean trabajar con personas con algún trastorno de la conducta alimentaria. La conclusión que quiero recalcar, es que la persona del terapeuta se ve involucrada intensamente en el proceso psicoterapéutico y que las pacientes únicamente confiarán en nosotros si se dan cuenta de que conocemos el tema, hemos trabajado en nuestra persona nuestros más profundos miedos y momentos dolorosos, y que por todo esto estamos dispuestos a entrar al mundo de la persona, con un compromiso que va mucho más allá de estar presente en el consultorio, sino de estar presente incondicionalmente con la persona que ha confiado en nosotros, tal vez como la última opción para salir del infierno que viven día a día.

Referencias bibliográficas

- Abadi, S. (1996). *Transiciones*. Buenos Aires: Lumen
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós
- American Psychiatric Association. (2000). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*. (2ª. Ed.). Barcelona: Ars Médica
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales TR*. España: Masson
- Bruch, H. (2002). *La jaula dorada*. España: Paidós
- Castañón, V, (2001, julio-diciembre). El duelo y su representación en el cuerpo: análisis de una adolescente anoréxica. *Cuadernos de psicoanálisis*, XXXIV, 3 y 4
- Castañón, V. & Rocha, S. (2005). *Figuras de la anorexia: una comprensión psicoanalítica*. México: ETM
- Costin, C. (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación*. México: Diana
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar D. (2001). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Argentina: Amorrortu editores
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. España: Paidós
- Freud, S. (1986a). Fragmento de análisis de un caso de historia (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. En *Obras completas*. Vol. VII. (2ª. Ed.). Buenos aires: Amorrortu

- Freud, S. (1986b). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajo sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Vol. XII. (2ª ed.) Buenos aires: Amorrortu
- Freud, S. (1986c). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. En *Obras completas*. Vol. XXII. (2ª. Ed.). Buenos aires: Amorrortu
- Fromm-Reichman, F. (1984). *Principios de psicoterapia intensiva*. (6ª. Ed.) Buenos Aires: Ediciones Horme
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª. Ed.). México: Mc Graw Hill
- Ibarra, M.A. (2005, febrero). *Psicoterapia psicodinámica para los trastornos de la conducta alimentaria*. Trabajo presentado en el módulo de trabajo social durante el congreso internacional del 20 aniversario del hospital regional Valentín Gómez Farías. Guadalajara, Jalisco, México.
- Jiménez, A., Rueda M.F & Urdapilleta, M. (2005). *Actitud de los jóvenes universitarios hacia la alimentación y su relación con el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria*. Investigación no publicada. Universidad del Valle de Atemajac. Jalisco, México.

- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Little, M. (1995). *Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia Psicótica y Contención*. Argentina: Lugar Editorial
- Maruco, N. (1998). *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Moreira, V. (2006, julio). *El Método fenomenológico de Merleau-Ponty como Herramienta Crítica en la Investigación en Psicopatología*. Seminario de investigación fenomenológica, ITESO, Departamento de salud, psicología y comunidad.
- Nasio, J.D. (1996). *Cómo trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders [en línea]
Recuperado el 8 de abril del 2007 de www.anad.org
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (2ª. Ed.). Granada: Ediciones Aljibe
- Ronen, T. & Ayelet. (2004). *Luchar contra la Anorexia*. España: Paidós
- Ruiz, J.I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. (3ª. Ed.). España: Universidad de Deusto
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1993). *El paciente y el analista*. (2ª. Ed.). Argentina: Paidós
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M & Sorrentino, A.M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós Terapia Familiar
- Singer, E. (1969). *Conceptos fundamentales de la psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel

Velasco, E. (2008, 29 de enero). Casos de anorexia y bulimia se han quintuplicado en México. La Jornada. Recuperado el 4 de febrero del 2008, de <http://www.jornada.unam.mx/2008/01/29/index.php?section=sociedad&articulo=042n2soc>

Yosifides, A. (2006). *Bulimia y Anorexia. Clínica de los trastornos alimentarios*. Córdoba: Editorial Brujas

Anexo 1

Carta de consentimiento

Guadalajara, Jal.,

Psic. Mónica Urdapilleta Carrasco

Por medio de la presente expreso mi acuerdo para participar en una entrevista que forma parte del proyecto de investigación que realiza la Psic. Mónica Urdapilleta Carrasco y que tiene como propósito “conocer los elementos del proceso psicoterapéutico, que desde su percepción, favorecieron la recuperación de 3 mujeres con anorexia y/o bulimia”.

Tengo conocimiento de que la entrevista podrá requerir de al menos 1 sesión de una hora aproximadamente, pudiendo requerir de mi participación en más entrevistas.

Expreso también mi consentimiento para que esta entrevista sea audiograbada y posteriormente transcrita por un equipo de psicólogas auxiliares de la investigadora. Estoy enterada de que tanto la transcripción como la audiograbación constituyen material de la investigación y que será conocido sólo por la investigadora y la auxiliar que transcriba mis entrevistas. También tengo conocimiento de que la información que yo proporcione aparecerá impresa de manera segmentada y anónima en el proyecto de investigación de la Psic. Mónica Urdapilleta Carrasco, el cual pueda ser presentado en diferentes congresos.

También tengo conocimiento de que el proyecto de investigación será revisado por el personal de la clínica en la que yo recibí tratamiento con el fin de mejorar el tratamiento que ofrecen a las pacientes.

Sobre la información que yo proporcione, la investigadora me ha informado que todos los datos serán manejados de manera confidencial y que los investigadores tomarán medidas necesarias para que al comunicar los resultados no sea identificado personalmente respecto a lo que exprese en la entrevista.

Entiendo que siendo importante el que yo exprese lo que siento y pienso respecto a lo abordado en la entrevista, tengo también la posibilidad de expresar sólo lo que yo esté de acuerdo en comunicar.

Así pues, doy mi autorización para que el material de las entrevistas en las que participe sea utilizado en la investigación arriba mencionada, dentro de las condiciones de confidencialidad y respeto a mi persona.

Atentamente