

Grupos de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios

ALBERTO ESPINA y ASUNCIÓN ORTEGO

Este trabajo ha sido posible gracias a la beca UPV 006.231-HA152/95 concedida por la Universidad del País Vasco al proyecto "Anorexia y bulimia nerviosa. Un ensayo controlado de intervenciones familiares".

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es acercar nuestra experiencia con familiares de enfermos con trastornos alimentarios, que llevamos a cabo dentro de un proyecto de investigación más amplio. El trabajo grupal con familiares es un elemento a tener en cuenta por diferentes factores, entre los que destacan el económico, al poder ayudar a varias familias a la vez, el que no todas las familias pueden abordar del mismo modo una terapia familiar o de pareja y el que resulta menos estigmatizante para muchas familias trabajar en un grupo donde pueden constatar que no son los únicos que tienen este problema y no se van a sentir culpabilizados por ello. Otra razón importante que nos lleva a utilizar este modelo de trabajo es que con el grupo de apoyo se ofrece a la familia, en muchas ocasiones aislada socialmente a raíz del problema, un marco de relaciones sociales, de compañeros, con los cuales resulta más fácil hablar de qué les está pasando, porque todos tienen el mismo problema.

Pero antes de entrar directamente a exponer el método de trabajo hay que tener en cuenta una serie de consideraciones previas que rodean a estas familias y, en general a todas aquellas que tienen que afrontar un trastorno crónico y la Anorexia y Bulimia Nerviosas lo son.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen tres tipos de factores asociados a los trastornos de la alimentación: predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento.

1. Factores predisponentes: podemos encontrar antecedentes familiares de obesidad, de trastornos afectivos, sobre todo depresión, consumo excesivo de alcohol o drogas; es importante destacar en estas familias, la dificultad que suele darse en el proceso de emancipación, que puede dar lugar a la aparición de los síntomas.

2. Factores desencadenantes: pérdidas a nivel familiar y rupturas matrimoniales.

3. Factores de mantenimiento: las relaciones familiares pueden ejercer un influjo negativo en el trastorno y como en los factores predisponentes, la dificultad de emancipación puede estar favoreciendo el manteniendo de los síntomas.

Tener en cuenta estos tres factores es esencial a la hora de abordar estos trastornos, desde cualquier modelo de intervención, individual, familiar o de pareja y grupal.

PROBLEMAS FAMILIARES ASOCIADAS

Carga familiar

Cuando en una familia hay un paciente crónico, y la anorexia y la bulimia son trastornos crónicos que pueden durar bastantes años, toda la familia está viviendo una situación de estrés crónico. Estrés crónico por la preocupación que les ocasiona el paciente, por la tensión que origina el paciente con sus diferentes conductas, la frustración y la impotencia que supone encontrarse con un hijo que está adoptando unas conductas que son muy negativas y difíciles de cambiar.

Todo ello supone una carga real en la familia que se va a manifestar de diferente forma en cada uno de los miembros, pero cuyas manifestaciones más evidentes son el estrés y la desesperanza al ver que la paciente no cambia y que cada día es más difícil de sobrellevar. Es la sensación de arrastrar constantemente algo que les hace sentirse mal, pero que no pueden evitar de ningún modo ya que no se puede abandonar a una persona a la que se quiere y que además no está bien, aunque no se entienda porqué. Un paciente de estas características crea muchos problemas en casa, por ejemplo si una hija empieza a no comer y pierde peso, la familia no entiende qué está sucediendo. Le obligan a comer, pero ella no hace caso y los padres van viendo cómo su hija va adelgazando de una manera dramática y esto crea un estrés muy importante en toda la familia, incluido el paciente. Van a tener que pelear en las comidas, para ponerle un tratamiento, bien sea médico o psicológico, etc. y todo esto provoca una gran crispación en la familia porque el problema realmente es muy grave y está en juego la vida de una hija.

En el caso de la anorexia bulímica, o de la bulimia, nos vamos a encontrar con conductas, sobre todo los atracones y los vómitos, que provocan conflicto en el sistema familiar. Que la hija o el hijo se levante a la noche, arramplé con toda la comida que hay, que les deje sin comida para el día siguiente, o que en el mismo día se coma la comida de todos supone, además de un problema relacional, un gasto, que puede llegar en algunos casos a 100.000 ptas. al mes en comida, es decir, que la economía familiar se puede ver seriamente dañada con un paciente bulímico si los vómitos y los atracones son muy frecuentes, además de toda la interrupción que va a provocar en el resto de los hermanos. Por un lado, cuando llegan a casa no van a tener merienda porque se ha comido todo el hermano o la hermana, enfrentamientos entre los hermanos, ruptura del subsistema fraterno, porque el paciente no quiere comer con los demás, no respeta los derechos de los demás a la hora de las comidas y va a haber un ambiente de crispación general en toda la familia. Además la incompreensión de que una persona puede hacer esto sin más, es decir, comer compulsivamente y luego vomitar.

El cuidador primario

Dentro de la situación familiar, un aspecto que también vamos a trabajar en los grupos de apoyo es el tema del cuidador primario. Cuando hay un paciente crónico en una familia, una persona se ocupa, generalmente, de atenderle. Esa persona deja otras tareas y dedica gran parte de su tiempo al paciente. Este rol suele ser ocupado habitualmente por la madre, pero no siempre tiene porque ser así. Este rol cumple una función adaptativa en el sentido de que al paciente crónico hay que atenderle, alguien se tiene que encargar de él, pero tiene muchas desventajas. Por un lado esta persona, la cuidadora primaria, va a dejar muchos aspectos de su vida, va a estar menos atenta a su pareja, al trabajo, a las relaciones sociales y su vida se va a convertir en la relación con el paciente, se va a cerrar ahí. Por otro lado, esa dedicación le va a llevar a no medir, a no evaluar su fatiga y va a presentar muchas veces agotamiento físico y psíquico.

En esta persona se va a dar, de un modo mucho más intenso, alto estrés y bajo apoyo. Y es muy fácil que se desarrollen relaciones de sobreprotección, es decir, que esa relación le lleve a encargarse tanto del paciente que acabe por hacersele más inútil de lo que es o a controlarle más de lo necesario.

En el caso de los trastornos alimentarios, puede estar demasiado encima, encargándose de demasiadas cosas y se fomenta mucho más la relación simbiótica de hipercontrol..., todo lo que englobaba la sobreimplicación emocional. Es importante en la tarea del grupo ir desimplicando al cuidador primario, a la persona sobreimplicada, y para ello hace falta implicar al progenitor periférico y también hace falta implicar a los hermanos, pero como hermanos, nunca como padres.

En los grupos de padres vamos a ir frenando al progenitor sobreimplicado, al cuidador primario, y poco a poco ir implicando al periférico. Además, vamos a intentar hacer intervenciones en el sentido de que los padres presenten un frente común y que puedan empezar a encontrar momentos de respiro, momentos en los cuales ellos dos pueden estar juntos sin hablar del hijo o de la hija, momentos en los cuales cada uno, también por separado, puedan salir a pasear, a una cafetería, con amigos, con amigas, al cine..., es decir, que puedan tener tiempo para ellos.

Generalmente, todo esto choca con la idea que tienen los cuidadores primarios de que se tienen que dedicar en cuerpo y alma al hijo. Y mientras su hijo no se cure, no vive. Pero hay que explicarles que para que su hijo se cure hace falta que ellos estén bien, no se trata de abandonar a su hijo, dejarlo de lado y ocuparse de sí mismo, porque eso difícilmente lo van a aceptar, sino que es necesario que se ocupe de sí mismo, que se cuide para poder atender en mejores condiciones y con mayor y mejor efectividad a ese hijo o hija que está enfermo.

Este lenguaje sí lo entiende el cuidador primario y le vamos a dar indicaciones en este tipo de grupos de familiares para que empiece a vivir un poco, a salir, a hacer ejercicio, a desintoxicarse, a quitarse estrés, que aumente la red social de apoyo. Todo eso va a hacer que nos encontremos con un padre mucho más operativo a la hora de ayudar a su hijo.

Suele ser habitual que un padre o una madre que se ha estado dedicando a funciones de crianza, se encuentra que los hijos se van y que ellos ya no sirven para nada, ya no saben que hacer con su vida, ya que durante años han estado haciendo lo mismo y no saben hacer otra cosa. Con el cuidador primario pasa lo mismo. Se ha estado volcando y centrando en el paciente, pero de repente, cuando el paciente empieza a mejorar, se encuentran vacíos, ya no tienen de quien ocuparse. Eso les lleva muchas veces a una depresión, a una depresión por pérdida, han perdido el objeto de su vida. Ahora ya no sabe que hacer con su tiempo. Y, paradójicamente, se suele dar un fenómeno en el cual el hijo piensa que su enfermedad es necesaria para que el padre o la madre se sientan ocupados y tengan una función que realizar, por ello la mejoría es muy difícil, significa el hundimiento del otro, de un ser querido que lo ha dejado todo para ocuparse de él o de ella. Es aquí cuando secundariamente, aparecen recaídas por la culpa que les crea abandonar a un padre o una madre que se queda deprimido y solo. Sin embargo cuando el hijo o hija ve que la madre o padre, cuidador primario, sale, va haciendo su vida, con dificultad pero seguro de que es lo mejor, encuentra un modelo a seguir en ese padre o madre y la tranquilidad de poder ir haciendo lo mismo porque no es necesaria su presencia para justificar la validez del cuidador primario.

Para que este proceso se de adecuadamente, es imprescindible, no sólo ayudar al hijo a que vaya autonomizándose, a que vaya responsabilizándose de su vida, sino que va a ser absolutamente imprescindible ayudar al cuidador primario a que vaya llenando su vida con algo que no sea su hijo, por él y por su hijo. Por él, porque va a empezar a sentirse más lleno, con menos estrés, con más apoyo, con otras metas en su vida, y por su hijo o hija, porque no les va a crear culpa distanciarse de un padre que se queda feliz, disfrutando de otras cosas; lo que sí les crea culpa es separarse de un padre o una madre que se quedan deprimidos, tristes, solos. Al abordar en el grupo de familiares el cambio que se tiene que dar en el cuidador primario, el hijo o la hija va a pensar que en el proceso de su autonomización, sus padres van realizando cosas por ahí, cosas que les son gratas y empiezan a vivir su vida, empieza a salir y estar con amigos, de manera que están felices. Así que es un proceso de separación mutua, no que uno se va y deja abandonado al otro.

Con la relación de los padres sucede lo mismo. Si los padres han tenido como eje de su vida a

la hija con problemas alimentarios y de repente ésta empieza a mejorar, los padres se encuentran con que ahora ya no tienen tema de conversación, no saben qué hacer, porque a lo mejor llevan varios años ocupándose exclusivamente de ella y a ésta le va a crear también sentimientos de culpa abandonar a sus padres y dejarlos solos, aburridos, en casa, mirando la tele sin saber de qué hablar. Luego, puede sentirse necesaria para que ellos estén bien, para que estén distraídos. Eso puede favorecer recaídas. Pero si lo tenemos en cuenta, lo que vamos a hacer en los grupos de familiares es que estos padres, en fases más avanzadas del tratamiento, vayan saliendo juntos, quedando con otras parejas, ir dándoles tareas para que hablen de otras cosas que no sea la paciente... De este modo les ayudamos a poder superar este problema de nido vacío retrasado, por así decirlo, y de paso ayudamos al paciente, porque va a ver unos padres que no le necesitan como hijo o hija enfermo, porque ellos ya tienen relaciones, aficiones a las cuales les apetece dedicar tiempo, disfrutar con ellas.

Alteración de las pautas alimentarias de la familia

Se pueden dar situaciones en las que la familia va adquiriendo una serie de rituales en relación a la comida, que para cualquier observador externo pueden ser tachados de patológicos pero que la familia no observa y por ello podría pensarse que toda la familia está enferma, cuando lo que ocurre es que están intentando adaptarse a las necesidades o a las exigencias del paciente y se ven obligados a alterar sus conductas alimentarias: comer todos sin aceite, sin sal, sin grasa, para no romper la unión familiar. Muchas veces la familia se ve obligada a ir cediendo terreno, cada vez más terreno, a las exigencias del paciente y no se dan cuenta del proceso que están siguiendo hasta que alguien externo a ellos les dice qué están haciendo con la comida, de qué forma están comiendo y en ese momento se dan cuenta de que están haciendo una dieta estricta, o que están llevando a cabo unos rituales con la comida que no son lógicos; se observan aquí que la familia está pendiente de qué es lo que hay que poner para comer, cómo hay que ponerlo, qué es lo que hay que quitar, cómo hay que quitarlo. Con toda probabilidad si se les hubiera planteado de entrada hacerlo así, se hubieran opuesto radicalmente, pero como lo van haciendo poco a poco, a veces a lo largo de años, no toman conciencia de todo ello. Lo que demuestra esto es que la familia ha roto su ritmo y se encuentra sumida en una serie de comportamientos que poco tienen que ver con lo que ellos habían deseado o planteado para su futuro como familia.

Estigma y aislamiento social

Otro aspecto importante que se da en las relaciones familiares es el estigma social. Generalmente, las familias, cuando aparece un paciente con una sintomatología que tiene que ver con trastornos de salud mental, van a sentir que en casa tienen una lacra. Mucha gente opina que si ese hijo actúa así es porque no se la ha sabido educar y esos padres se sienten culpabilizados y rechazados. Este estigma social va a llevar a los padres, muchas veces, al aislamiento; comienzan a relacionarse menos con la gente porque se avergüenzan del problema que tienen en casa, porque no logran disfrutar de los momentos de ocio y desconectarse del problema y porque no se sienten comprendidos y apoyados por sus amigos.

En los casos de anorexia restrictiva suele ocurrir, además, que los padres salen menos con el hijo o la hija enfermos, porque si van por la calle con la paciente la gente les mira porque su hija llama la atención con su delgadez. Esto mismo ocurre con los hermanos, que comienzan por intentar que su hermana se distraiga, salga y haga una vida normal para su edad y al ver que no lo logran terminan por no querer salir con ella a la calle por avergonzarse de su apariencia. Todo esto hace que estos familiares se replieguen mucho más en casa, defendiéndose de este estigma social y porque la energía que tienen deben dedicarla al paciente.

Duelo

Los padres tienen unas expectativas puestas en los hijos, expectativas en cuanto a su desarrollo personal, profesional, en relación a lo que sus hijos van a ser en la vida. Y con los trastornos alimentarios, ven que una hija o un hijo que era buen estudiante, que iba triunfando, comienza a abandonarse y a no responder del mismo modo, empieza a encerrarse en sí mismo, no quiere salir, rehuye a la familia y a los amigos, no tiene la misma concentración para los estudios y fracasa en aquello que antes era una satisfacción para los padres y éstos ven que todas sus expectativas se desmoronan, se truncan y desaparecen. Esto aspectos provocan dolor y angustia por perder aquello que se deseaba, que se veía relativamente factible y que con la enfermedad se ha convertido en un imposible.

Los padres, en primer lugar, van a estar preocupados porque su hijo o su hija se cure, pero tampoco pueden negar que realmente se sienten frustrados, en el sentido de que tenían unas expectativas hacia ese hijo o hija que ya no se cumplen, y, por otro lado, constatar que su hijo no es feliz; que podía haber tenido un futuro maravilloso, que podía haberse desarrollado muy bien, y sin embargo lo ven atascado, no le llena nada, el tiempo va pasando y no arranca. Todo eso va produciendo en los padres una sensación de pérdida muy importante en cuanto a sus deseos respecto al hijo o la hija, sufrimiento viendo como está el paciente, y en muchos momentos de desesperación. Puede haber temporadas en las que, de repente, aparece la ilusión al darse alguna mejoría, pero recae de nuevo y la desesperanza es mayor.

De manera que tenemos un alto nivel de tensión en la relación con el hijo, problemas de convivencia en relación con los síntomas y en otro nivel toda la preocupación por el futuro, su presente y la falta de expectativas.

Conflicto de pareja

Otro aspecto que se da dentro de la familia es el que se produce al descuidar la relación de pareja. Los padres se encuentran en un momento, el de la adolescencia de sus hijos, en el que ya empiezan a necesitar reencontrarse como pareja por tener menos trabajo a nivel parental, es decir, los hijos van creciendo, quedan con sus amigos y los padres empiezan a tener más espacio para ellos mismos y pueden disponer de más tiempo para su relación de pareja, pero al aparecer un trastorno alimentario, esta hija les obliga a funcionar mucho más en el nivel parental, tienen que volcar toda la energía en esa hija problemática y de esa forma se retrasa un proceso evolutivo normal, en el cual, cuando los hijos son adolescentes y empiezan a salir al exterior, los padres tienen más tiempo para ellos y retoman la relación de pareja que ha quedado un tanto al margen por la atención y dedicación que necesitaban los hijos en su crecimiento.

En los casos que abordamos, ese proceso se ve bloqueado y los padres tienen que estar ocupándose de un niño pequeñito o una niña pequeñita que no come, aunque tenga catorce, o más años, o que no logra tener una conducta alimentaria normal, en el caso de la bulimia. Esta situación de tensión que se va a crear en el subsistema parental por las preocupaciones que tienen con el hijo sintomático, va a hacer también que tengan muchos más roces en la pareja, originados normalmente por diferentes opiniones a la hora de abordar el problema; uno de los padres puede pensar que es necesario aplicar normas más rigurosas a ese hijo problemático y el otro padre piensa que no, que con suavidad, muy despacio, poco a poco, se pueden conseguir mejores resultados. Cada uno va a intentar aplicar su manera de ver la situación, su manera de ver los problemas, su manera de afrontarlos para resolverlos. Esto tiene que ver con que en nuestra cultura nos encontramos que en las parejas casi siempre hay dos roles complementarios, que son el rol instrumental y el rol expresivo. El rol instrumental es aquel en que uno va a pensar mucho más en las cosas lógicas, prácticas, materiales, va a racionalizar mucho más y va

a dejar los afectos a un lado. Por otro lado, el rol expresivo es un rol desde el cual la persona se va a ocupar mucho más de funciones de cuidado, de conectar emocionalmente con el otro, de hablar de los sentimientos...

En general estos roles están repartidos, el instrumental en los hombres y el expresivo en las mujeres, aunque puede haber casos en que se de lo contrario o que sean mixtos, que los dos puedan funcionar en los dos roles, que sería el funcionamiento más adecuado en cualquier situación, al margen de que haya patología o no. Estos dos roles van unidos, ligados, a una manera de pensar, de sentir, de entender el mundo y las relaciones. En momentos en los cuales no hay estrés en la familia, se pueden complementar estas dos visiones del mundo y se puede plantear que los hijos necesitan por un lado cariño, cuidados, cercanía emocional, y por otro lado les hacen falta normas, guía, educación, etc. Todo eso va incluido dentro de una educación normal. Pero en momentos de crisis, en momentos de mucho estrés, de desesperación, como hemos estado describiendo antes, se va a producir una separación importante entre los dos polos, de manera que un padre piensa que la mejor manera de actuar es mano dura y lógica y el otro padre va a pensar que la mejor manera es mano blanda, comprensión y cercanía. Cada uno va a intentar, dentro de su desesperación, el implementar su modelo, pero eso va a llevar, generalmente, a peleas entre los cónyuges, entre los padres. Va a ocasionar muchas veces una división que les hace más inefectivos, porque papá dice A pero mamá dice B y no se ponen de acuerdo. Entonces el hijo hará lo que quiera porque no encuentra un frente común que le marque una línea única, un camino a seguir, secundado y orientado por ambos padres.

Si se da este divorcio emocional, si aparece esta fractura dentro del subsistema parental, también puede ser que la hija piense que sus padres tienen problemas de pareja, y también que no se puede emancipar porque sus padres no se llevan bien y él o ella es necesario para mantenerles unidos aunque sea a costa de sus síntomas.

Puede ser que los padres no se llevaran bien previamente a la aparición de los síntomas, que hubiera un conflicto de pareja anterior al trastorno, o puede ser también que, simplemente, los padres han empezado a llevarse peor por el estrés que les ocasiona el paciente, pero la hija con el trastorno alimentario puede pensar que realmente sus padres se llevan mal y no va a poder autonomizarse, porque necesita, de alguna forma, unirles a través del problema.

Por lo que vamos viendo nos encontramos con una familia que está haciendo aguas por muchos sitios. Tiene mucho estrés interno, mucha carga familiar, se va aislando del mundo exterior, aparecen peleas entre los padres, división entre los hijos... y la preocupación por el problema que están encontrando en el paciente, todo eso dispara conductas inadecuadas: por un lado, la alta emoción expresada, por otro lado la división del subsistema parental, el que cada padre esté diciendo una cosa distinta. Con todo esto, la situación es muy perjudicial para la salud, física y psíquica de toda la familia. Es decir, una situación con alto estrés y bajo apoyo social. Alto estrés por la carga y bajo apoyo social por el aislamiento y también bajo apoyo intrafamiliar porque los hermanos y los padres se dividen. Ya sabemos que si tenemos mucho estrés y poco apoyo, nuestro sistema inmunológico baja, las defensas bajan, y vamos a ser mucho más susceptibles de padecer enfermedades infecciosas, trastornos psicosomáticos, depresión, ansiedad..., la salud de toda la familia se va a ver dañada, lo que a su vez, va a favorecer que haya más reproches, más enfados, la familia comienza a verse saturada por la situación y se siente ineficaz para resolverla. Resumiendo lo que nos vamos a encontrar es una situación familiar muy caótica, muy negativa para todos y con grandes dificultades para poder funcionar dentro de la normalidad.

Emoción expresada

Este concepto surge a partir de estudios realizados con familias que tenían a un miembro con es-

quizofrenia. Se observó que los pacientes que, dados de alta, volvían a su casa recaían en mayor proporción que los que iban a hogares protegidos. Este dato llevó a los investigadores a estudiar las características de estas familias que pudiesen estar relacionadas con la recaída.

Así Brown et al. (1972), desarrollaron una entrevista semiestructurada, la Camberwell Family Interview (CFI), que se aplicaba a los parientes cercanos al paciente (padres, cónyuges...) y recoge información objetiva (distribución del tiempo en la familia e interacciones cara a cara) y subjetiva (sentimientos presentes y pasados dirigidos al paciente y expresados digital y analógicamente). A partir de la CFI se valoran cinco escalas seleccionadas de las diferentes variables de la conducta emocional de los familiares estudiados y son las que constituyen la emoción expresada.

Las tres primeras tienen un valor pronóstico de la recaída y las puntuaciones que de ellas se obtengan van a determinar que unos familiares sean calificados como altos o bajos en emoción expresada. Aunque los primeros estudios estuvieron dirigidos a familias con un paciente esquizofrénico, actualmente, esta prueba, es utilizada para evaluar la emoción expresada en otro tipo de patologías, como la depresión y la anorexia y la bulimia nerviosa.

Escalas

Comentarios críticos: Comentarios en los que un familiar expresa desaprobación, resentimiento o disgusto hacia el paciente. Hay que tener en cuenta el contenido del mensaje, el tono de voz, etc. Los comentarios críticos se corresponden con el rechazo del self de la persona a la que van dirigidos.

Hostilidad: Implica un rechazo global de la persona a la que van dirigidos, no el de una conducta, y una impresión negativa generalizada del paciente.

Implicación emocional excesiva: Hace referencia a tres actitudes hacia el paciente: sobreprotección, hipercontrol, y respuesta emocional excesiva ante la conducta del paciente.

Calor: Valora manifestaciones de afecto, cariño, comprensión e interés hacia el paciente.

Comentarios positivos: Comentarios que expresan aprobación y valoración del paciente.

Diferentes estudios (Vaughn y Leff, 1985; Leff et al. 1989) han demostrado que reduciendo el nivel de emoción expresada de los familiares mediante intervenciones psicosociales, entre las que se encuentran los grupos de apoyo a familiares, se consigue reducir la tasa de recaídas. Si nos encontramos unos padres estresados, frustrados, que se sienten impotentes, desesperanzados, es muy fácil que recurran a adoptar conductas inadecuadas con el hijo. Han probado ya de todo y nada vale. Frecuentemente van a caer en conductas altas en emoción expresada, conductas que pueden ser hipercríticas, hostiles o sobreprotectoras.

Generalmente, las conductas hipercríticas y hostiles van a estar asociadas a la rabia que provoca o que induce la frustración, al desconocimiento del problema, encontramos expresiones del tipo: mi hijo no come porque no le da la gana, o se da los atracones y vomita porque quiere, son muestra de la incompreensión de los padres respecto al problema, de desconocimiento de la patología, y de la impotencia para la resolución de la enfermedad.

Todos estamos habituados a entender e incluso a aceptar enfermedades de carácter orgánico, pero que una persona no coma, o que una persona vomite dándose atracones, es una cosa bastante incomprendible en general y más en unos padres que se sienten impotentes ante este hecho. De manera que los padres, generalmente, atribuyen todos estos síntomas a la voluntad del paciente. Desde ahí es fácil que se rechacen conductas de la hija, les rechacen también como personas, eres un inútil, no vales para nada, nos estás amargando la vida a todos..., y esos comentarios y actitudes frente al hijo enfermo van a estar incidiendo negativamente en el paciente, porque la emoción expresada, la hipercrítica y la hostilidad, favorecen la recaída en la depresión, y sabemos que los pacientes depresivos son mucho más

sensibles al criticismo y a la hostilidad (Hooley et al. 1986). También sabemos que en los trastornos de la alimentación, hay una baja autoestima, un bajo autoconcepto, así que casi siempre vamos a tener depresión, por lo que las conductas críticas de los padres van a estar socavando la autoestima del paciente y favoreciendo el mantenimiento de la depresión. Estas conductas críticas y hostiles van a, o retrasar la curación, o favorecer directamente las recaídas.

Respecto a las conductas sobreprotectoras tenemos el hipercontrol, el estar todo el rato controlando al paciente y por otro lado conductas simbióticas, de excesiva vinculación y cercanía con el paciente. Las respuestas emocionales excesivas que suelen darse son del tipo: no vivo desde que mi hijo está enfermo, sufrí muchísimo.... En los casos con trastorno alimentario, nos vamos a encontrar con que el hipercontrol va a estar muchas veces provocado por las conductas del hijo, es decir, si el hijo no come, o está dándose atracones y vomitando constantemente, los padres van a intentar controlar esas conductas nocivas para el hijo o la hija, lo cual es lógico, pero muchas veces la solución intentada se convierte en otro problema.

Finalmente las reacciones emocionales excesivas: es que yo no vivo desde que estás así, porque me estás amargando la vida, me estás destrozando. Actúan como culpabilizaciones en una persona que tiene depresión, en una persona que tiene la autoestima y el autoconcepto muy bajo, que es la persona que padece trastornos alimentarios.

Todas estas conductas que engloban los aspectos negativos del constructo Emoción Expresada, las vamos a encontrar en los trastornos alimentarios, fomentadas en cierta medida por el tipo de trastorno y van a tener una incidencia muy negativa en la evolución del mismo. Muchas veces, los padres van a recurrir a conductas críticas y hostiles, únicamente como forma de descarga. Es decir, si están sufriendo por cómo ven al hijo, no saben ya qué hacer y es lógico comprender que llegue un momento en que aparece la crítica, la agresividad, el rechazo, como única forma de descargar la ansiedad, como una vía de escape, sin intentar ya que eso tenga un efecto positivo en el hijo y para ver si reacciona, para ver si reacciona al verles tan deprimidos y si se le ocurre cesar en el tipo de conductas que alteran tanto a todos. En unas ocasiones puede ser un intento de solución y en otras será un medio de descarga, de exteriorizar toda la tensión que están sintiendo. Pero siempre provoca en el paciente un estado de crispación y culpa que dificultan aún más la mejoría y la curación.

La individuación

En los pacientes con trastornos de la alimentación, un tema importante es la separación-individuación, la autonomía. Es frecuente encontrar en estos pacientes una necesidad para separarse, para autonomizarse, y además una dificultad para poder hacerlo, ya que realmente, con la conducta sintomática que mantienen, lo que estimulan es que los padres estén mucho más pendientes de ellos, con lo que la angustia de no poderse separar de sus padres es mucho mayor.

Además van a estar mandando mensajes muy ambivalentes, por un lado dicen que son adultos, independientes, que pueden hacer su vida y quieren que se les respete y se les deje tranquilos, pero por otro lado, a través de la conducta alimentaria disfuncional, están diciendo que son incapaces, incluso de comer solos, luego alguien tiene que estar ocupándose de ellos. Pero, lógicamente, tanto el problema presentado, como la solución, que es hipercontrol en este caso, van a fomentar que se dificulte, más todavía, la autonomización. Así que vamos a tener más estrés en el paciente, diciendo Yo no me puedo autonomizar, yo no me puedo separar de mis padres y más estrés en los padres que ven que su hijo o hija no puede valerse por sí mismo.

Si hay una dificultad de diferenciación en muchas de estas familias y los padres se acercan más al paciente para controlarle, para saber qué le pasó y poder ponerse en su lugar, se fomenta la relación simbiótica y choca con ese deseo de autonomización.

GRUPOS DE APOYO DE FAMILIARES

Aquí es donde nos planteamos la necesidad de trabajar con familiares en grupos de apoyo. Los objetivos en este tipo de grupos son múltiples. En primer lugar, va a haber una parte psicopedagógica, en la que se les va a explicar en qué consiste el trastorno, por qué no comen, por qué se dan atracones, por qué vomitan, y les vamos a explicar también por qué se sienten tan frustrados y abatidos. Les vamos a explicar todo esto desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social. Qué alteraciones bioquímicas se van a producir en el organismo por la desnutrición, por el vómito qué pasa con la psicología de la persona que padece trastornos alimentarios, la baja autoestima, el bajo autoconcepto, depresión, culpa... Vamos a hablar también de los aspectos culturales amplios, lo cual va a desculpabilizar a la familia. Se trata de que comprendan que su hija tiene una enfermedad, anorexia o bulimia y eso no tiene que ver con si la han educado mal, o no han sabido hacerlo, etc, sino que su hija ha sido vulnerable frente a una moda, frente a unos valores, por llamarlo de alguna forma, culturales que imponen la delgadez, el consumo, la valoración de la apariencia externa, frente a la valoración de la persona... Todos esos valores dominantes hacen que la hija o el hijo, en un momento muy específico del desarrollo evolutivo que es la adolescencia, comience a desarrollar el trastorno, y que ese trastorno no es una cosa que aparezca en dos casos, sino que ahora es auténticamente una epidemia.

Todo eso además de desculpabilizar a los padres, sirve para que empiecen a ver a su hija de una forma diferente, como alguien que está sufriendo, como alguien que ha encontrado una salida inadecuada a otros problemas, generalmente que tienen que ver con la autoestima y también van a empezar a comprender conductas de la hija: por qué se da los atracones, por qué vomita, por qué no come, qué sentido tiene algo que en principio no tenían ningún sentido, más que el de poder ser un capricho. Con esta parte psicoeducativa vamos a conseguir que los padres sean menos críticos y menos hostiles, es decir, van a empezar a comprender qué es lo que pasa con su hijo. Todo eso va a disminuir el criticismo y la hostilidad y va a fomentar la flexibilidad de los padres para poder comprender y abordar los problemas de un modo más efectivo.

Otro aspecto en el grupo de apoyo de familiares va a ser la **expresión emocional**, es decir, que toda la tensión que ellos tienen, en vez de descargarla en casa con el paciente, la pueden descargar en el grupo. El grupo se convierte en el lugar donde pueden hablar de lo desesperados y enfadados que están, sin ningún temor ya que todos sus compañeros atraviesan la misma o parecida situación y pueden comprenderse y apoyarse entre sí. De este modo el grupo funciona como una red social de apoyo. Es decir, compensa ese **apoyo social** que se ha ido perdiendo a lo largo de la enfermedad, bien por el estigma social, porque la gente no quiere estar escuchando problemas ajenos, porque la gente les puede tachar de malos padres por tener ese problema, o porque ellos mismos han preferido cerrarse en casa con la enfermedad, es decir, cualquier razón que haga que se vayan aislando, que vayan abandonando sus relaciones sociales.

Al plantear un grupo en que todos los padres vienen con los mismos problemas, nos vamos a encontrar que pueden empezar a hablar de lo que pasa con su hijo o con su hija y que entre ellos pueden darse asesoramiento a cerca de qué es lo que funciona y qué lo que no, ya que, como luego comentaremos, las fases en las que se encuentra la enfermedad no son homogéneas en el grupo. El hecho de asesorarse entre ellos tiene una ventaja muy importante, porque el terapeuta les puede orientar a cerca de lo adecuado o inadecuado de una conducta y asesorarles sobre cómo comportarse delante del hijo con el trastorno, pero los familiares, ante el terapeuta, siempre aducen respuestas del tipo: Si, es muy fácil decir esto, pero hace falta tener un hijo así y vivir lo que es eso para opinar. Además pueden sentir al terapeuta como un experto en algo en lo que ellos han fracasado y sentirse culpabilizados ante él. Es por eso mismo que la opinión del terapeuta es vivida como de alguien que sabe mucho, pero que no vive lo que es el problema. Pero si hace una sugerencia otro familiar que tiene el mismo problema y que, a lo mejor, lleva más años

con el problema, es mucho más fácil recibir consejo, porque se lo está diciendo alguien que lo ha vivido y ahí sí cabe que la opinión del terapeuta entre para favorecer ciertas conductas. Son mucho más receptivos a los comentarios de otros familiares. Por eso al dirigir este tipo de grupos, los coordinadores en muchos momentos van a plantear preguntas abiertas sobre la opinión de los demás miembros a cerca del un problema concreto de un familiar: ¿Alguien ha pasado por lo mismo? ¿Han intentado la misma solución?, y entonces se dan consejo, se dan apoyo, comparten emociones, frustración, sufrimiento, desesperación..., pero todo ello dentro de un marco adecuado para ello en el que pueden reconducirse esos sentimientos y se sienten recogidos, entendidos y apoyados.

Son muchas las ocasiones en que al terminar el grupo, los familiares siguen juntos, se van a tomar algo, empiezan a charlar, quedan para verse otro día fuera del horario del grupo... Con eso empezamos a construir una **red social de apoyo** nueva, diferente y logramos que comiencen a ampliar sus miras y perspectivas respecto al problema que les une. De manera, que vamos a tener el apoyo que da el grupo en sí mismo, la parte psicopedagógica de explicación del trastorno, y luego, vamos a tener también indicaciones de los terapeutas para problemas específicos, es decir, si está probando tal cosa, pruebe a hacer esto. Los terapeutas también pueden darles sugerencias de manejo de los problemas que tiene el hijo. Nos centramos en otras áreas, como son, por un lado, **habilidades de comunicación**, que aprendan a comunicarse con el hijo, **entrenamiento en la resolución de problemas**, cómo manejarse con los problemas que plantea el hijo. Por otro lado vamos a hacer **intervenciones sistémicas estratégicas** (Fisch et al. 1982; Haley, 1976; Madanes, 1981; Nardone y Wattzlawick 1990), como son que los padres presenten un frente común, pautas de manejo específicas de los problemas que va presentando el hijo o la hija. Y aquí podemos utilizar directivas simples, como La próxima vez, cuando se den los vómitos, hagan esto o hagan esto, pongan medidas de control o cedan en medidas de control, los dos tienen que decir lo mismo etc..., o paradójicas, como prescripciones de síntoma, Dígame a su hijo que puede vomitar una vez al día, y dele algo para que vomite. Por ejemplo, cuando se da una pelea simétrica en relación a que cuanto más le dicen los padres que no vomite, más vomita, se les orienta en que a lo mejor es más adecuado que se declaren incompetentes, que le den incluso galletas o algo que no sea caro para que se dé el atracón y vomite, o que peleen en otro terreno; de manera que vamos dando indicaciones que son generalmente utilizadas en terapia familiar sistémica para que los padres vayan manejando la relación con el paciente de otra forma distinta y así conseguir neutralizar las conductas del trastorno alimentario.

Con este tipo de grupos, se favorece que los padres vayan probando diferentes soluciones al problema. Les vamos a ayudar también a comprender la psicología de su hijo con la parte pedagógica, es decir, la psicología del adolescente, el sentido que pueden tener los síntomas, qué puede estar transmitiendo un hijo que está dándose atracones y vómitos, un hijo que no come, qué puede estar diciendo con su comportamiento. Es decir, intentar, lo mismo que vemos en las terapias familiares, dar un sentido psicológico y, sobre todo, relacional, a las conductas del paciente, que pueda ser comprendido por los padres y que sirva para ir encontrando soluciones al problema.

En la parte de expresión emocional, es muy importante que los padres puedan hablar de las expectativas que tenían con el hijo, la pérdida y el duelo hablar de su desesperación, de su frustración, nos ayuda también a ir acercando a los padres a la realidad y que aborden problemáticas más puntuales, ya que en ocasiones se cierran a lo que no puede ser y no ven aquello que está más cerca, que es más realizable.

Dentro de todo esto, los terapeutas van a ofrecer también esperanza. Es decir, van a favorecer que poco a poco se vaya generando un sentimiento de que esto tiene cura, que se va a solucionar, no de un modo rápido e inmediato, sino que poniendo un plazo relativamente largo y asegurándoles que juntos podemos ir trabajando, avanzando y ayudar mucho a su hija. Que puedan verse recogidos y ayudados por profesionales y confiados en una solución al problema. Con todo esto estamos interviniendo en el nivel social.

Generalmente, hacer intervenciones solo a este nivel, supone jugar con pocas cartas de la baraja, lo mejor es complementar la intervención social con otras a nivel psicológico y biológico. Es decir, que el paciente reciba ayuda psicológica y médica, y los familiares tengan su grupo de apoyo para ir manejándose mejor con la situación.

Encuadre y proceso en los grupos de apoyo

La periodicidad de las sesiones, suelen quincenal y la duración de una hora y media, generalmente, están coordinados por dos terapeutas de ambos sexos, para poder dar los modelos masculino y femenino. Este tipo de grupos no suelen durar menos de un año, en la investigación que estamos realizando lo utilizamos durante un año, luego trabajamos durante seis meses más en los que juntamos a padres con pacientes.

No unimos padres de hijos de diferentes patologías, es decir, agrupamos anorexia por un lado y bulimia por otro, ya que pretendemos que los problemas que presentan los hijos sean semejantes. Pueden estar en momentos evolutivos diferentes, lo mismo podemos estar tratando unos padres con una hija o hijo con bulimia que lleva un año de evolución, que otros que tienen una hija o hijo que lleva diez años de evolución, pero que todos tengan la misma patología.

Al principio dedicamos algunas sesiones a la parte psicopedagógica y a aclarar dudas y falsas ideas sobre el trastorno, podemos darles una charla sobre los trastornos alimentarios, darles algún artículo o libro sobre el tema y luego discutirlo, o les dejamos espontáneamente que vayan planteando todas las dudas que tienen sobre el trastorno, la medicación, efectos biológicos, efectos sociales..., es decir, todo lo que hemos estado viendo aquí vamos explicándolo en un lenguaje que sea comprensible para que vayan entendiendo cómo funciona la enfermedad y que conozcan los diferentes tratamientos y los recursos que existen en la red asistencial. Con posterioridad, en cualquier momento que surja alguna duda procuraremos aclararla. Luego favorecemos más la expresión emocional en relación a los temas ya señalados y poco a poco vamos introduciendo los temas de comunicación, la solución de problemas y las técnicas estratégicas. Posteriormente las sesiones se van a dedicar a uno u otro aspecto dependiendo de las necesidades del grupo. Finalmente se les atribuirá el cambio y felicitará por el trabajo realizado y se elaborará la despedida confiando en que sabrán afrontar las dificultades que se les presenten.

BIBLIOGRAFIA

- BROWN, G. W., BIRLEY, J.L. Y WING, J.K. (1971). Influence of family life in course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*. 121,241-258.
- FISCH, R., WEAKLAND, J.H. Y L. SEGAL (1982). La táctica del cambio. Barcelona. Herder.
- HALEY, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- MADANES. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- HOOLEY, J.M. (1986) Expressed emotion and depression: interactions between patients and High versus low EE spouses. *Journal of abnormal psychology*. 95, 3,237-246.
- LEFF, J. Y VAUGHN, C.E. (1985) *Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness*. New York. The Guilford Press.
- LEFF, J., BERKOWITZ, R., SHAVIT, N., STRACHAN, A., GLASS, C Y VAUGHN, C. (1989). A trial of family therapy. A relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 154, 58-66.
- NARDONE, G. Y WATZLAWICK, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona. Herder.