

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Implementación de un dispositivo interdisciplinario para el tratamiento de los TCA en la adolescencia.

Vega, Veronica y Roitman, Denise.

Cita:

Vega, Veronica y Roitman, Denise (2014). *Implementación de un dispositivo interdisciplinario para el tratamiento de los TCA en la adolescencia. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/256>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/7rY>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

IMPLEMENTACIÓN DE UN DISPOSITIVO INTERDISCIPLINARIO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TCA EN LA ADOLESCENCIA

Vega, Veronica; Roitman, Denise
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Los TCA son un problema de salud con un alto impacto en nuestra sociedad y constituyen expresiones de perturbaciones emocionales desplegadas en el ámbito alimentario. Su incidencia fue aumentando progresivamente desde los '70 hasta la actualidad (Iglesias, 2003; Vega, 2004). Se ha demostrado que los enfoques terapéuticos aplicados por separado resultan ineficaces. La integración de los distintos abordajes dentro de un marco hace de sostén para las pacientes y sus familias quienes, muchas veces, carecen del mismo. Así como en la fase fálica la amenaza de castración hace que el varón tema por la integridad de su cuerpo, para la mujer la amenaza a la propia integridad parece situarse durante la adolescencia. Este contexto de desamparo y soledad propio de la adolescencia, se ve reforzado por varias muertes simbólicas que debe atravesar. En el dispositivo que aquí se presenta, los pacientes y sus familias son contenidos desde la primera consulta por una red de profesionales en permanente intercambio y comunicación. En este trabajo se presenta un dispositivo de abordaje interdisciplinario en una problemática etiológicamente multideterminada, se delimita la especificidad de cada área terapéutica y su entrecruzamiento con las demás y se ilustra la complejidad del diagnóstico con un caso clínico.

Palabras clave

Adolescencia, TCA, Interdisciplina, Tratamientos, Psicoeducación

ABSTRACT

INTERDISCIPLINARY TREATING DEVICE FOR EATING DISORDERS IN ADOLESCENCE

Eating Disorders are in our society a high impact health issue and constitute expressions of emotional disorders unfold in eating field. Its incidence has been increased progressively since the '70s till now (Iglesias, 2003; Vega, 2004). Separates therapeutics frames has been proved not to be efficient. Integration of many approaches is like a net for patients and their families, who often, lack of it. As in phallic phase castration threat means that boys fear for their body integrity, for girls that threat around her integrity seems to be during adolescence. This helplessness and loneliness context of normal adolescence is reinforced by symbolic deaths that adolescents have to go through. In the device that this paper presents, patients and their families are held by a professional net in constant interchange and communication, from the first interview. In this paper an approach interdisciplinary device is presented for an etiologically and multidetermined pathology. Specificity of each therapeutic area is presented and also its crosslinking among the others. Finally complexity is shown with a case and its diagnosis.

Key words

Adolescence, Eating Disorders, Interdisciplinary, Treatment, Psychoeducation

1. Introducción:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen verdaderas expresiones de perturbaciones emocionales desplegadas en el ámbito alimentario. Son además un problema de salud con un alto impacto en nuestra sociedad, cuya incidencia ha ido aumentando en la sociedad actual desde los años '70 hasta la actualidad de manera alarmante (Iglesias, 2003; Vega, 2004); especialmente la bulimia nerviosa (Fairburn, 1998).

Las estadísticas y estudios realizados muestran que las mujeres resultan afectadas con más frecuencia que los hombres. Un 90-95% de las personas afectadas son mujeres y la edad de aparición suele ser durante el tránsito de la adolescencia. Es necesario pensar en una multicausalidad, en tanto son varios los factores que contribuyen a su desarrollo: problemas familiares, comportamientos perfeccionistas y un excesivo énfasis en la apariencia física, es decir que aspectos sociales, familiares y psicológicos se ponen quedan entramados en su configuración. La experiencia acumulada ha demostrado que los enfoques terapéuticos aplicados por separado (sea nutricional, psiquiátrico o psicológico) resultan ineficaces.

La integración de los distintos abordajes dentro de un marco tiene un efecto terapéutico de necesario sostén para las pacientes y sus familias quienes, muchas veces, carecen del mismo. En el dispositivo que aquí se presenta, los pacientes y sus familias son contenidos desde la primera consulta por una red de profesionales en permanente intercambio y comunicación. En la presencia y coordinación de los diferentes miembros del equipo reside gran parte del éxito terapéutico.

2. Objetivos:

Los objetivos de este trabajo son: Objetivo General: Presentar un dispositivo de abordaje interdisciplinario en una problemática que está etiológicamente multi-determinada. Objetivos Específicos: a) Delimitar la especificidad de cada área terapéutica y su entrecruzamiento con las demás y b) Ilustrar la complejidad del diagnóstico con un caso clínico.

3. Adolescencia y TCA:

La adolescencia es un momento del ciclo vital que se encuentra multi-determinado por factores físicos, psíquicos, sociales y culturales; y que se inicia a partir de un hecho biológico: la pubertad. El cambio físico impone en el aparato psíquico la necesidad de una nueva reorganización mental. Así es como el adolescente debe elaborar varios duelos en su transformación a la adultez. En 1917, Freud plantea en su trabajo "Duelo y Melancolía" (1985) que el duelo normal es un estado afectivo displacentero, provocado por la pérdida de un objeto amado, real o imaginado. Los cambios corporales propios de la pubertad generan en la mujer una serie de ansiedades respecto de la integridad de su cuerpo. Esta época es considerada por Plaut y Hutchinson (1986) como la fase del desarrollo más crítica para la

historia libidinal de la niña, mientras que la cúspide del conflicto en el varón lo es en la fase fálica con el complejo de castración. Entonces, así como en la fase fálica la amenaza de castración hace que el varón tema por la integridad de su cuerpo, para la mujer la amenaza a la propia integridad parece situarse durante la adolescencia. Este contexto de desamparo y soledad propio de la adolescencia, se ve reforzado por varias muertes simbólicas que debe atravesar. Tomando los duelos desarrollados por Aberastury y Knobel (1970) diríamos que se trata de la muerte del cuerpo infantil, la muerte de los padres omnipotentes y la muerte de la bisexualidad.

La aparición de las manifestaciones sexuales impone la declinación de ciertos intereses y el surgimiento de nuevas actitudes. La caída de la omnipotencia parental, hace surgir en esta etapa sentimientos de desamparo y soledad. Tanto para el adolescente, como para su familia, es el momento de mayores cambios. En este camino, los grupos de pares constituyen el sostén y el refugio del joven, permitiéndole realizar el lento proceso del duelo. Debido a las modificaciones propias de la fase por la que atraviesa, el adolescente se encuentra en un estado de mayor vulnerabilidad a la aparición de ciertos trastornos ligados a una dificultad en la mentalización, entre los cuales se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria (Persano, 2005). Se trata de un conjunto de graves conductas anómalas en relación a la ingesta de alimentos, que aparecen con mayor incidencia en la adolescencia y con una prevalencia significativamente mayor en las mujeres (American Psychiatric Association, 1995; Behar, 1998; Dio Bleichmar, 2000; Vega, 2004). Estos trastornos se clasifican en tres subtipos según el DSM-IV: anorexia nerviosa (AN, F50.0), bulimia nerviosa (BN, F50.2) y trastorno alimentario no especificado (TANE, F.50.9) -dentro de los cuales se halla el trastorno por atracón-. La anorexia nerviosa aparece habitualmente entre los 12 y los 14 años (adolescencia temprana) y con mayor frecuencia en las mujeres. Son pacientes que realizan dietas muy severas, presentan rituales en su alimentación como desmenuzar alimentos en proporciones excesivamente pequeñas o controlar permanentemente las calorías ingeridas. Evitan concurrir a reuniones donde puedan verse presionadas a comer y suelen esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada. Debido a alteraciones cognitivas y perceptuales, presentan una distorsión en la imagen corporal, percibiéndose obesas cuando se encuentran por debajo de lo esperable para su contextura física y edad. Las anoréxicas suelen ser descriptas como reticentes, introvertidas, pasivas y perfeccionistas. Estos rasgos permanecen estables incluso luego de la recuperación del peso (Rastam, 1992; Srinivasagam, Kaye Plotnicov, Greeno, Weltzin & Rao, 1995).

La bulimia nerviosa es un trastorno de aparición más tardía, que se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, tendientes a reducir la ganancia de peso. Éstas pueden ser conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos y/o fármacos) o no purgativas (ejercicios físicos, ayunos). En estas pacientes, la autoevaluación se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Las bulímicas son descriptas como personas más sociales, impulsivas, con mayor tendencia a la tristeza y al suicidio, por ser más lábiles desde el punto de vista afectivo (Bruch, 1973; Díaz-Marsa, Carrasco y Saiz, 2000). La anorexia y la bulimia constituyen formas muy peculiares que plantean ciertas adolescentes de cómo se sitúan en torno a la feminidad y a la sexualidad. En tanto fenómeno cultural, individual y vincular, constituye un terreno muy propicio para desarrollar conductas ligadas a la acción, como respuesta que da el sujeto frente a lo imposible de decir. Podríamos decir que el adolescente es alguien a quien se le han roto los espejos en los que se miraba. Es un momento de profunda desestabilización del cual no se sabe

cómo saldrá parado el individuo.

4. Metodología de abordaje:

El dispositivo interdisciplinario que aquí se presenta es para pacientes adolescentes con TCA e incluye las siguientes áreas: grupo psicoeducativo, grupo terapéutico, psicoterapia individual, familiar o entrevistas de orientación a padres, control farmacológico y control médico-nutricional. En cada caso se evalúa la inclusión de estas áreas en el abordaje y la frecuencia que el paciente requiere. La entrevista inicial constituye el primer contacto con la problemática del paciente, que en la mayoría de los casos suele ser traído por sus padres o muchas veces derivado por otros profesionales que descreen del diagnóstico presuntivo de TCA.

Tras esta entrevista se inicia un proceso diagnóstico y se estima de manera multidisciplinario el grado de compromiso del paciente con la enfermedad. Este diagnóstico se va revisando en la práctica clínica a medida que van desplegando los aspectos escindidos del paciente ya que, muchas veces, que se van “descubriendo” nuevas situaciones durante el tratamiento mismo. En este proceso se abre la historia clínica, se administran instrumentos que evalúan sintomatología específica y asociada al TCA como el EDI-II (Eating Disorders Inventory), el BDI (Beck Depression Inventory), el cuestionario de autoestima -para mencionar solo algunos-. Esta primera evaluación psicológica brinda el grado de conciencia de enfermedad y la agrupabilidad del paciente mientras que el examen médico nutricional indica el nivel de gravedad clínica que presenta el paciente. En esta instancia también se realiza una entrevista con la familia y se estima su conciencia de situación, de enfermedad y su posibilidad de colaboración. De acuerdo con lo evaluado, y en caso de que el paciente esté en condiciones psíquicas y familiares de afrontar un tratamiento ambulatorio, se determina si además del tratamiento médico-nutricional requiere de apoyo farmacológico psiquiátrico así como su inclusión en: grupos psicoeducativos y/o terapéuticos, psicoterapia individual y el espacio pertinente para la familia (orientación o psicoterapia familiar). Especificidad de cada área del dispositivo ambulatorio:

- Grupos Psicoeducativos: Se trata de una forma de tratamiento aunque también de prevención en sus tres etapas: primaria, secundaria y terciaria. En este caso se abarcan en especial las últimas dos ya que el TCA ya se ha desarrollado. Olmsed y Kaplan (1995) definen la psicoeducación como el proveer información al paciente sobre su trastorno y los métodos para lograr cambios en el comportamiento y actitud. El objetivo del grupo psicoeducativo es brindar información detallada sobre los TCA y posicionar al paciente de manera activa en la toma de decisiones informadas sobre su propio cuidado. Se incluye información sobre las consecuencias orgánicas y sociales; sobre los factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes; se discuten los ideales estéticos de la sociedad actual, las pautas generales de alimentación, estrategias de modificación y afrontamiento del trastorno, etc. Se identifican mitos, ideas erróneas, y corrigen ideas irracionales en torno a los alimentos y la nutrición. La psicoeducación es un componente importante con la interrupción de síntomas. La información apunta a que la paciente se autorresponsabilice de sus acciones: a medida que se va apropiando de información científica, se va produciendo una toma de conciencia de enfermedad y de sus consecuencias. Se abordan los problemas buscando alternativas y reflexionando sobre las consecuencias para manejar las situaciones problemáticas que inevitablemente surgen. Estos grupos psicoeducativos están planificados como un primer módulo de 8 encuentros de 90 minutos cada uno, con una frecuencia semanal y son un requisito previo a la inclusión

del paciente en un grupo terapéutico. Son simultáneos al resto de las instancias terapéuticas: farmacología, nutrición, psicología.

- Grupos terapéuticos: La etapa siguiente, también grupal, se inaugura con la conformación del Grupo Terapéutico o la incorporación del paciente a un grupo que ya esté en funcionamiento. La continuidad del abordaje grupal se sustenta también en la necesidad y riqueza de favorecer los intercambios horizontales entre las pacientes (el 90% son mujeres) y la función del espejo que el grupo aporta. Una de las razones por las cuales cobra relevancia el tratamiento grupal es que, entre las principales consecuencias de estos trastornos, se encuentra el aislamiento social. Por ello el grupo constituye un lugar privilegiado para ensayar alternativas de socialización que luego se lleven a la vida cotidiana.

En este sentido, se fomenta la interacción entre las integrantes, al tiempo que se intenta evitar que alguna paciente monopolice las reuniones con actitudes narcisistas. El grupo ofrece un espacio para el intercambio de experiencias y permite identificar las conductas de cada uno de los miembros. Se promueve el intercambio de habilidades de afrontamiento, como por ejemplo el contar qué les pasa fuera del grupo o el manejo de situaciones públicas donde hay comida. También, se intercambian experiencias respecto a las modalidades de relación con padres, parejas y amigos, y se trabaja sobre el trastorno de la imagen corporal. Todas las integrantes del grupo tienen alguna manifestación de TCA pero no se dividen en grupos separados de anorexia o de bulimia. Hacerlas portadoras de clasificación es contraproducente puesto que el identificarse con un “ser bulímica” o “ser anoréxica” podría brindarle una identidad y llenarle un vacío de manera nociva, perpetuando la enfermedad.

El grupo le permite al adolescente encontrar un espacio de transición entre la familia ahora cuestionada y la temida exogamia. Le brinda una imagen de sí que le otorga identidad, seguridad, devolviéndole algo del sentimiento de sí perdido en parte por los múltiples duelos mencionados. En el grupo el adolescente ensaya identidades transitorias aún a costa de perder algunas características propias de su personalidad. Los grupos de adolescentes tienen su origen en el complejo del semejante (Freud, 1895). Baranger (1994) ha sugerido que este complejo tiene dos aspectos que no se superponen en su origen. Uno es el que auxilia y previene del desamparo. El otro es la imagen especular que permite al sujeto percibirse como totalidad. Propone que este doble especular, este gemelo, es el punto de partida de lo fraterno. En consecuencia, el hermano sería un semejante demasiado semejante, y a la vez la primera aparición de lo extraño. Siguiendo esta línea, Kancyper (1995) afirma que “el complejo fraterno se halla determinado en cada sujeto... por la presencia de una fantasmática que proviene del interjuego que se establece a partir de la dinámica narcisista entre los distintos tipos de doble en interacción con independencia de la dinámica edípica...”, con lo que resaltaría la relativa autonomía del conflicto dado por el Complejo Fraterno.

- Atención médica-nutricional: Una de las claves fundamentales es poder ceder el control sobre la propia alimentación en manos del especialista quien permite devolver un orden a la relación patológica que se ha establecido con la comida. No se apunta a que la paciente “engorde” sino a que pueda vincular el peso con un bienestar físico-clínico. Las pacientes ven al médico nutricionista una vez por semana, y se intenta que ése sea el único pesaje semanal. Este espacio reorganiza la alimentación de la paciente, realizando un seguimiento en su recuperación. El nutricionista explica los requerimientos alimentarios y administra fármacos o complementos, en caso necesario, para subsanar problemas asociados con los TCA (sobre todo en los casos de anorexia). En la medida en que se nor-

maliza la conducta alimentaria y en algunos casos, se va logrando un peso natural, las angustias y temores que estaban encubiertos bajo la obsesión por la delgadez pueden ir adquiriendo nuevo sentido. También es quien deriva a otras especialidades médicas como ginecología por ejemplo en caso de que sea necesaria la administración de estrógenos.

- Psicoterapia familiar o entrevistas de orientación a padres: Los familiares son absolutamente importantes para la eficacia del tratamiento y por ello deben ser incluidos activamente en el proceso terapéutico (Vandereycken et. al., 1991). En este espacio se brinda información sobre causas, complicaciones, evolución y recaídas de la enfermedad. Se indican conductas concretas a los padres para acompañar los cambios anímicos de la paciente: por ejemplo, no usar la comida como arma de negociación, extorsión ni control. Las intervenciones de tipo terapéutico apuntan a posicionar a los padres de manera activa en el tratamiento de la paciente, lo que tiene un efecto reparatorio y ayuda a disminuir la ansiedad y el sentimiento de culpa, que obstaculiza la comunicación y recuperación.

- Psicoterapia individual: Al igual que en las demás áreas, en este espacio se intenta posicionar a los pacientes como sujetos activos que intervienen en su recuperación. Para esto se aborda el hecho de que el trastorno no es algo que deba padecer pasivamente, sino una consecuencia de mecanismos generados inconsciente pero activamente para lograr algo que no había conseguido de otras formas. En este marco, a diferencia de los demás, los síntomas no ocupan el epicentro de las sesiones puesto que se intenta evitar el beneficio secundario. Sin embargo, se acuerda con los pacientes metas específicas a corto plazo con el objeto de disminuir la desesperanza/depresión, aumentar la autoestima y brindar otro modelo de resolución de conflictos, en el marco de una relación transferencial, que les permita abordar sus conflictos de una manera realista y no perfeccionista o ideal. Si bien se abordan pensamientos irracionales y las distorsiones perceptivas que son sometidos muchas veces del sentido común; se trabaja sobre todo en la esfera de las representaciones mentales (fantasías, sueños) y en la significación que le da a las cuestiones sociales y familiares de las cuales los pacientes buscan aislarse.

5. Resultados:

Presentación de un caso clínico. Los padres de Malena consultaron al equipo de adolescentes porque su hija “come muy poco y dice que tiene ganas de vomitar”. En este contexto, la joven fue derivada al equipo de TCA para ser tratada psicoterapéuticamente. En las entrevistas individuales la adolescente de 15 años dijo: “No estoy conforme conmigo misma. Nunca tuve la autoestima alta. Me empecé a ver más gordita. Me quise cuidar un poco, pero no bajé de peso. Seguí comiendo como antes, rápido y con ganas de devolver. Pero no podía... hasta que empecé a provocármelo. No es lo que quería hacer...” Malena fue incluida en una psicoterapia individual y farmacológica debido a que presentaba sintomatología depresiva. Malena no podía levantarse para asistir al colegio debido a su falta de iniciativa y apatía. Su sintomatología depresiva parecía compatible con sus conductas bulímicas por lo cual se le indicó Fluoxetina, comenzando con 10mg. para luego estabilizarla en 20 mg. Su tolerancia fue buena y se la notaba levemente más dispuesta, animada y participativa. Paralelamente, Malena fue derivada a consulta nutricional y al grupo psicoeducativo. Al momento de la consulta su IMC era de 22.

En el paso de Malena por el psicoeducativo, se pueden ubicar distintos momentos: 1°) Fue presentada por su madre como una persona tímida “metida para adentro”, que “seguramente no va

a participar durante las reuniones grupales". La madre se refirió también al problema con la alimentación y las ideas de vomitar. La intervención en este sentido fue ofrecer un espacio a Malena donde hablar y ser escuchada. 2º) Una vez incluida en el psicoeducativo, el segundo momento se caracterizó por su activa participación en el mismo. Intervino con interés sobre los contenidos allí transmitidos y finalizado el psicoeducativo, conformó con sus compañeras de psicoeducativo, un grupo terapéutico. Vale aclarar que, para este momento las reuniones de equipo evidenciaban las contradicciones que la paciente presentaba en los distintos ámbitos. Era notorio cómo cada profesional tenía una visión distinta de Malena. Con el transcurrir de las sesiones la paciente pasaba de la angustia y la distorsión de la imagen corporal, a ideaciones obsesivas y compulsivas. De necesitar la simbiosis extrema con el novio, a la soledad y el encierro social. De no asistir al colegio por apatía, desgano y depresión, a querer salir con amigas, bailar y asistir a sus clases de danzas.

La paciente mostraba distintos aspectos en los diferentes ámbitos terapéuticos y la coexistencia de depresión, ideas obsesivas, y una larga lista de sintomatología asociada al TCA, hacían dudar sobre el diagnóstico principal de la paciente. Mientras en la psicoterapia lo más llamativo era su sintomatología depresiva y obsesiva, en el grupo mostraba una faceta más histérica, poniendo en evidencia una pseudo identificación con el resto del grupo. "A mí también me pasa eso" o "eso mismo" aparecían reiteradamente en su discurso. Malena lograba en el grupo un relato atractivo que generaba una escucha atenta de sus pares, que la miraban y escuchaban. También esta sintomatología permitía captar la atención de sus padres y hermana mayor, quienes manifestaban mucha preocupación y desconcierto frente a la variada sintomatología que desplegaba.

Ante la necesidad de apoyo para poder comprender, asistir y contener a su hija, se derivó a los padres a entrevistas de orientación. Por otra parte, la psicoterapeuta mantuvo contacto con el equipo de orientación psicológica del colegio al que asistía, quienes también referían a una joven deprimida y con problemas alimentarios. Los padres estaban muy preocupados por la depresión y escolaridad de Malena y asumían que lo único que la ponía bien era salir con su novio, puesto que los fines de semana no notaban tristeza ni desgano alguno. Pese a acordar en esto, en las entrevistas era clara la discrepancia en relación a Malena. Mientras la mamá tenía una actitud de disponibilidad total (llegando a veces a acceder al pedido de su hija de dormir con ella), el padre se mostraba abiertamente hostil, quejándose por la "familia de mierda que me tocó", lo que reforzaba el vínculo de simbiosis entre madre e hija. El padre desconfiaba de Malena y expresaba que sentía que su hija era una manipuladora, mientras la madre se retraía y desconectaba cada vez más de su marido. En esta discrepancia fue fundamental trazar como prioritario el ordenamiento de la situación conyugal, y la necesidad de mantener una pareja parental que no exponga sus desacuerdos sobre Malena ya que eso solo propiciaba más desacuerdos.

Al mismo tiempo se apuntó a no culpabilizarlos y eso permitió que los padres desplegaran abiertamente sus fantasías más hostiles. Cuando Malena llevaba a sesión sus síntomas, siempre había algo nuevo. Se le mencionó que tomando medicación no era posible que no remitieran o mejoraran. Los padres comenzaron a sospechar que Malena no tomaba la medicación hasta que finalmente la paciente confesó a su hermana mayor una verdad: Sus síntomas eran una simulación que ella leía en Internet y que luego los fingía para atraer la atención de sus padres y, como ganancia secundaria, lograba el beneficio de poder ausentarse del colegio por cuestio-

nes "médicas". En el último encuentro grupal, Malena contó a sus compañeras y terapeutas sobre las simulaciones que venía efectuando. El "eso mismo me pasa" o su "a mí también" se transformó entonces en "nada de eso me pasaba". Las compañeras de grupo la contuvieron, mientras que la intervención del equipo terapéutico fue la de no des-responsabilizar a la paciente de las consecuencias de su simulación, y se trabajó en función de poder despejar las verdaderas angustias que le generaban tal necesidad.

6. Conclusiones y recomendaciones.

La integración de los distintos espacios tiene un efecto terapéutico de sostén emocional para los pacientes y sus familias, las cuales también se muestran vulnerables al trastorno. Frecuentemente, los TCA movilizan en los pacientes y sus padres fantasías de castigo o de culpabilidad, así como ideas distorsionadas sobre el cuerpo y la alimentación. Estas fantasías son alojadas desde la primera consulta por una red de profesionales que se reúne frecuentemente y discuten sobre el dispositivo y cada caso particular. Se trabaja simultáneamente en grupos psicoeducativos y terapéuticos y psicoterapia individual, familiar, psiquiátrica y nutricional. Asimismo se mantiene permanente interrelación con el área de ginecología, principalmente en los casos de anorexia. La incorporación del adolescente al grupo, en cualquiera de las dos variantes presentadas, le ofrece la posibilidad de encontrar allí el soporte y sostén de su identidad, en una etapa que se caracteriza por procesos desidentificatorios. Al mismo tiempo, cumple la función de espejo. Mediante la imagen especular grupal, el sujeto se percibe unificado, cosa que le permite enfrentar y tramitar los duelos antes mencionados con una red de sostén. Este dispositivo, no diagnostica a una paciente según un criterio estático y externo (como podrían ser las categorías del DSM-IV) sino que lo hace a medida que el paciente se va alojando en los distintos espacios terapéuticos para poder desplegar su problemática. También trae como consecuencia secundaria una disminución en las derivaciones de pacientes a Hospitales de Día.

BIBLIOGRAFIA

- Baranger, W. (1991) El Narcisismo en Freud, en Estudio sobre Introducción al Narcisismo de Sigmund Freud. Compilador Joseph Sandler. Julián Yebe- nes. Madrid, 1991
- Barrionuevo, J., Piccini, M., Vega, V., Sánchez, M., Moncaut, N., Roitman, D., Diumenjo, A., Tocci, R., Menis, A. y Gallo, J. (2009). Conductas bulímicas y purgativas en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. Memorias I Congreso Internacional de Investigación, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Facultad de Psicología, UBA, II, 261-263. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones, UBA.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Fairburn, C. (1998). La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidós.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12, 871-878.
- Garner, DM; Olmstead, MP. & Polivy, J. (1983) Development and validation of multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. In- ternational Journal of Eating Disorders, 2: 15-34.
- Gonzalez Bravo, L. & Mendez Tapia, L (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción de Chile. Terapia Psicológica, Vol. 24, N°1: 5-14
- Kancyper, L. (1991) "Remordimiento y Resentimiento en el Complejo Frater- no". Revista de Psicoanálisis, 1991, T. XLVIII. Y en Resentimiento y Re- mordimiento. Buenos Aires. Paidós 1991.
- Kancyper, L. (1995) "Complejo Fraternal y Complejo de Edipo". Revista de Psicoanálisis. 1995, T. LII N° 3. En La confrontación generacional. Buenos Aires. Paidós, 1997.
- Kernberg, O. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. Nueva York: Jason Aronson.
- Olmsed, M. y Kaplan, A. (1995). Psychoeducation in the treatment of eating disorders. In: K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.) Eating Disorders and obe- sity: A comprehensive handbook p: 299-305. New York Guilford.
- Patiño, L. (2010). La modificación de la definición del concepto de histeria en la medicina, desde la antigüedad hasta los manuales de clasificación (DSM - CIE) en los inicios del siglo XXI. Monografía. Universidad de Bs.As., Departamento de Postgrado. Carrera Docente. Historia de la Medicina. Do- cente: Prof. Dra. Karina Inés Ramacciotti.
- Sours, J. (1980) Starving to death in a sea of objects. The Anorexia Nervosa Syndrome. New York, Aronson.
- Sperling, M. (1978) Case histories of anorexia nervosa. En: Psychosomatic Disorders in Childhood. New York: Jason Aronson, p. 139-73.
- Spitz (1965). El primer año de vida del niño. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). Anorexia y bulimia: La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.
- Vega, V. (2004) Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en población escolar adolescente. Memorias de las XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA, I: 94-95. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones UBA.
- Vega, V. (2005). Conducta sexual y género en mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Vega, V.; Nievas, E. y Fenchietti, S. (2001) Trastornos alimentarios en ado- lescentes mujeres. Memorias de las II Jornadas de Programas de Extensión Universitaria, de la Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires: UBA
- Vega, V. y Quiroga, S. (2003) Trastornos alimentarios e Imagen Corporal en mujeres adolescentes. Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA, I: 113-115. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones UBA.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J., Tocci, R., Sánchez, M., Moncaut, N., Roitman, D., Diumenjo, A., Menis, A. y Gallo, J. (2009). Riesgo Suicida y Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres. Memorias I Congreso Internacional de Investigación, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Facultad de Psico- logía, UBA, I, p: 119-121. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones UBA.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J. y Tocci, R. (2009). Depresión y Trastor- nos de la Conducta Alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. XVI Anuario del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psi- cología, UBA p. 103-114, Buenos Aires: Instituto de Investigaciones, UBA.
- Zukerfeld, R. (1992). Acto bulímico y tercera tópica (2ª Ed.). Buenos Aires: Paidós, 1996.