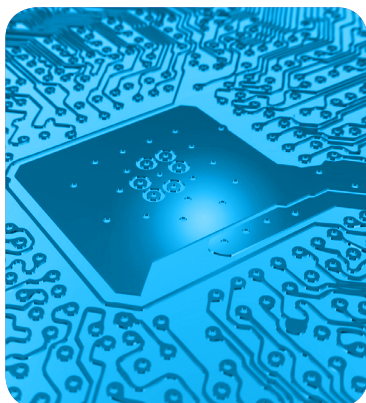
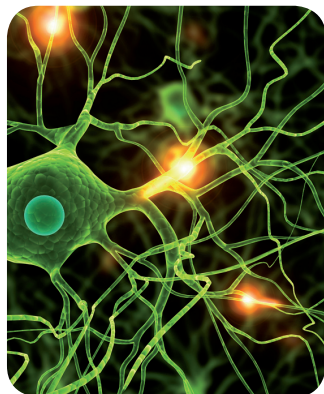




MÁSTERES de la UAM

Facultad de Formación de
Profesorado y Educación /11-12

Máster en Arteterapia
y educación artística
para la inclusión social



**Arteterapia con
pacientes diagnosti-
cadas de Trastornos
de la conducta ali-
mentaria: Una aproxi-
mación desde lo
vincular**

*Ana María Cabrera
Manso*



“El respeto mutuo implica la discreción y la reserva hasta en la ternura, y el cuidado de salvaguardar la mayor parte posible de la libertad con quienes se convive”

Henry Amiel

A mis padres y a mi hermana, por perdonarme el tiempo que he dejado de
dedicarles;

A mi compañero de vida, por estar ahí siempre, incluso cuando yo “no he estado”;

A las pacientes de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital
General Universitario de Ciudad Real por hacer posible este trabajo y enseñarme
tanto como aprendí de ellas;

A Ana Belén Jurado y Luis Beato Fernández, por acogerme en un lugar tan grande;

A María del Río Diéguez, por hacerme sentir capaz, por su posición humilde a la
hora de transmitirme su sabiduría, por ser un referente y en definitiva por ser única;

Gracias.

Resumen

Arteterapia con pacientes diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria:
una aproximación desde lo vincular.

Los trastornos de alimentación son, actualmente, una realidad social ineludible que causa un importante sufrimiento tanto a pacientes como a familias, y que ponen en entredicho a muchos de los valores que caracterizan a la sociedad occidental. Uno de los aspectos que, a día de hoy, parece más nuclear en estos trastornos, es justamente el relacional; qué hace que niñas bien adaptadas, queridas, exitosas y con grandes capacidades, enfermen. Si entendemos que toda enfermedad es, en realidad, una forma de comunicación, ¿cómo hacer para desarrollar cauces que permitan su elaboración sin consecuencias tan dramáticas? Desarrollar vías vinculares que favorezcan la recuperación de las pacientes, pasa por explorarlas, y eso es lo que se persigue en este trabajo.

Para este estudio se ha partido de desarrollar un marco teórico de referencia, que nos permita después, acercarnos a cada una de las pacientes con las que hemos trabajado, de la manera más ajustada posible.

A continuación se enmarca y describe la investigación. Un trabajo que se desarrolla dentro del paradigma cualitativo y que tiene como objetivo el análisis de la modalidad relacional del vínculo que se establece en una intervención arteterapéutica, en pacientes ingresadas en una unidad especializada en este tipo de trastornos; además se pretende entender si el arteterapia es un aporte beneficioso para estas pacientes, observando los cambios que se producen en la salud de las mismas.

Los resultados de las observaciones y su análisis se exponen a través de tres casos representativos de lo ocurrido en la intervención.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, unidad hospitalaria, arteterapia, vínculo, interacción.

Abstract

Art therapy with eating disorders diagnosed patients: an approximation since the link mode.

Eating disorders are currently an unavoidable reality in the society that causes so much suffering to the patients and the patients family. These disorders question the values of the occidental society. One of the aspects that nowadays seems to be the focus in these disorders is the relational cause which makes that well adapted, loved, and succesfull girls get sick. If we would understand the illness as way of communication, how could we find some ways to let the disease develop without such a dramatic consequences? Developing relational ways wich favor the patients recovery by exploring them, this is the main goal of this job.

For this study is necessary, first of all, to develop a theoretical framework that lets us get closer to each one of the patients wich we have worked with, in the tightest possible way.

The investigation is discribed below. A work that is developed within the qualitative paradigm and which aims the analysis relational link mode that is established in an art therapy intervention with patients that are hospitalized in an hospital unit specializing in these kind of disorders. Besides, we tried to understand if the art therapy has a beneficial contribution to these patients by monitoring any changes in the patients health.

With the results of observations and after analiziying we expose through three representative cases of what happened in the intervention.

Key words: Eating disorders, hospital unit, art therapy, link, interaction.

Índice

Resumen	4
Introducción	8
Objetivos	11
Parte I- Marco teórico-referencial	12
1-La enfermedad	12
1.1-Breve recorrido histórico y corrientes de pensamiento	12
1.2-Perspectivas para el análisis: enfermedad, sociedad y hospitalización	16
1.2.1-La enfermedad. Etiología, consecuencias y vías de abordaje	16
1.2.2-Sociedad y familia.	25
1.2.3-Hospitalización	28
1.3-El sujeto enfermo	29
1.3.1-Percepción de la realidad	29
1.3.2-El conflicto	34
1.3.3-Reconocimiento y elaboración.	37
2-El vínculo terapéutico	37
2.1-La transferencia y la alianza terapéutica	37
2.2-La importancia del vínculo	38
PARTE II-El arteterapia	40
1-Posicionamiento	40
2-Intervención: reflexiones previas	41
2.1-El diagnóstico	41
2.2-El riesgo de la superficialidad: la salvadora	42
2.3-Empatía y seducción	43
3-El vínculo en arteterapia.	44
Parte III-Investigación	46
1-Marco epistemológico	46
1.1-Tipo de investigación.	46
1.2-Tipo de diseño	46
1.3-Características de la observación	46
2-Plan de trabajo	47

3- Intervención-metodología	48
3.1-Análisis de la realidad: el hospital; la unidad; el grupo.	48
3.2-El taller de arteterapia	53
Detección de necesidades	55
4-Participantes y criterios de inclusión	58
5-Evaluación: instrumentos de recogida de información y vías de análisis	58
5.2-Vías de análisis	60
PARTE IV-Resultados y conclusiones	61
1-Explicación del análisis	61
2-Estudio de casos	63
2.1-Criterios de selección	63
2.2-Casos	64
Caso 1-Marina: Relación arteterapéutica.	64
-Caso 2-Paula: Relación artística.	69
-Caso 3-Elena: Relación psicoterapéutica.	72
3-Reflexiones derivadas de la Intervención	77
4-Conclusiones	80
5-Aspectos éticos	82
Bibliografía	84
Anexos	87

Introducción

El interés por los denominados trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es progresivamente creciente en los últimos tiempos. Un número alarmantemente grande en adolescentes, en su gran mayoría chicas, parece sumarse al padecimiento. Se trata de un trastorno inquietante, que pone en entredicho muchos de los valores que la sociedad entiende como factores protectores de salud mental.

Aparece en personas sanas, generalmente muy bien adaptadas social y familiarmente: familias con las que se sienten muy unidas, buenas condiciones de vida, exitosas, trabajadoras y no problemáticas.

Se han propuesto muchos modelos para explicar el trastorno, pero a día de hoy, no existen resultados concluyentes. Sin embargo, sí parece claro que algo de lo vincular se encuentra sacudido en estas niñas, algo que les conduce a desarrollar relaciones de mucha dependencia, con su familia (especialmente con la madre) y con el medio. Esto último ha dado lugar a mucha literatura, sobre todo en cuanto a la posible relación entre el modelo de mujer ideal que la sociedad actual promueve (caracterizada por la delgadez) y el trastorno.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia, tanto por lo difícil de su tratamiento, como por la gravedad de sus consecuencias y derivas, que conducen muchas veces a la muerte, ha sido seguramente la más estudiada. Por qué una persona deja de comer, hasta el punto de ponerse en un estado de riesgo extremo, es algo que suele escapar a la comprensión racional. Quizá por ello conviene apartarse de este tipo de análisis y explorar vías que nos permitan adentrarnos en lo más profundo. El arte aquí se revela como una herramienta que puede resultar útil en relación con la emergencia de posibles contenidos inconscientes, pero también, y no menos importante, como elemento relacional, que permite a las pacientes generar un tipo de interacción con el medio y consigo mismas menos invasivo, al abrigo o mediado, por los materiales y las producciones artísticas.

Sostenemos que para ello es necesario que se produzca un tipo de relación que permita circular la emoción a través de los tres polos que configuran el dispositivo arteterapéutico: paciente, obra y arteterapeuta, a fin de poder elaborar

sus contenidos relacionamente. También en estos casos, conseguirlo suele ser complicado.

La finalidad de la investigación es, por tanto, la de comprender algunas de las características que entendemos, dentro del abordaje arteterapéutico de estos trastorno, como más significativas del proceso para un encuadre y contexto determinado; describirlas e interpretarlas, así como discriminar qué factores, presentes en la intervención, resultan ser moduladores de dicho proceso.

Se analizan también las posibilidades y alcance de la intervención arteterapéutica, desde un punto de vista diferencial a fin de explorar qué aportes específicos ha proporcionado tanto a las pacientes como al equipo médico.

La población de estudio ha sido mujeres mayores de edad, diagnosticadas de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA), ingresadas en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante UTCA) del Hospital General Universitario de Ciudad Real (en adelante HGUCR), y que participaron en el taller de arteterapia que se ofreció desde el 16 de Noviembre de 2011 hasta el 2 de Febrero de 2012.

Dicho taller ha constituido el Campo Situacional sobre el que se ha llevado a cabo la observación; en este contexto el papel de la investigadora ha sido clave, su participación como arteterapeuta responsable de la intervención la coloca en el núcleo mismo del fenómeno estudiado (vínculos), con lo que esto supone desde el punto de vista del análisis de resultados. La supervisión del proceso y la triangulación de resultados, han sido por ello, aspectos fundamentales de la investigación.

La muestra ha sido intencionada, tomando como criterios de inclusión: la aceptación de la participación mediante consentimiento informado, la participación continuada en el taller y la participación en el resto de actividades del centro. Los tres casos seleccionados para exponer los resultados proporcionan datos en cantidad y calidad suficiente como para atender a los propósitos del estudio en relación con el fenómeno estudiado: la modalidad del vínculo desarrollado durante la intervención.

Dicha modalidad la describimos en función de la especificidad que plantea el modelo de intervención arteterapéutico, articulado alrededor de tres polos: paciente, arteterapeuta y obra. Así encontramos tres modalidades relacionales diferentes en

función de cómo se organice el vínculo: sobre los tres polos, sobre la diada paciente-terapeuta, o sobre la diada paciente-obra.

La recogida de datos se ha realizado en dos momentos distintos: durante la intervención y una vez finalizada esta. Para ello se han utilizado diversas técnicas de registro. Durante la intervención: diario de campo, registro fotográfico de las obras y registros sistemáticos de aspectos clave (hoja de registro); posteriormente a la intervención, se han utilizado: la entrevista semiestructurada a profesionales de la unidad y autoinformes de las pacientes seleccionadas para el estudio de caso.

El análisis de los datos se ha ido realizando durante todas las fases de la investigación, contrastándose tanto teóricamente como en supervisión. Las categorías que se han utilizado para dicho análisis han ido decantándose progresiva e inductivamente a lo largo del proceso, hasta llegar a describirlas en tres niveles:

- Unidades significativas - indicadores.
- Agrupamientos conceptuales: expresión, interacción, control, vínculo
- Ejes de funcionamiento (vínculo-interacción; vínculo-control)

Para dotar de mayor claridad a la exposición, se ha dividido el trabajo en tres partes. En la primera se expone el marco teórico de referencia, así como algunas de las conclusiones y derivaciones que se han obtenido de la experiencia previa. La segunda corresponde al desarrollo metodológico de la propia investigación y la tercera a la presentación de resultados y conclusiones.

Aclaración:

Antes de continuar, es necesario señalar que el género que, por defecto, será usado en esta investigación es el femenino, ya que todas las participantes han sido mujeres, y estadísticamente se presenta que los TCA afectan en un tanto por ciento muy superior a mujeres que a hombres.

Objetivos

El objetivo general de esta investigación es:

- Comprender y analizar la modalidad relacional desarrollada en un taller arteterapéutico organizado en una unidad hospitalaria especializada en trastornos de la conducta alimentaria en un hospital público.

A partir del objetivo general, se derivan otros más específicos:

- Observar los cambios que se producen en la relación vincular que establecen las pacientes diagnosticadas de TCA con el entorno y consigo mismas.
- Entender el arteterapia como un posible beneficio para pacientes ingresadas en la UTCA del HGUCR.

1-La enfermedad

1.1-Breve recorrido histórico y corrientes de pensamiento

La investigación y tratamiento de los denominados trastornos de la conducta alimentaria, ha ido configurándose a día de hoy, desde una perspectiva muy heterogénea, que en buena parte obedece a los distintos enfoques o escuelas.

Sin embargo lo que parece claro sea cual sea el enfoque, es que se trata de una forma de enfermar que afecta mayoritariamente a mujeres y que, de forma general, comprende varios tipos de trastornos diferenciados entre los cuales destacan: la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón.

Si bien puede decirse que uno de los primeros médicos que se interesaron por los TCA fue **Robert Whytt**, a quien le corresponde la publicación, en 1764, de un voluminoso tratado hablando de varios casos de anorexia y bulimia; fue **Richard Morton** (1689) quien expuso la primera explicación médica detallada sobre un cuadro de anorexia y sus posibles abordajes. De todos los casos de los que se sirvió para exponerla, el segundo le otorgaría fama histórica por lo revolucionario y eficaz del tratamiento: alejamiento del paciente de su familia, y abandono temporal de los estudios y viajes. Durante esta época es difícil establecer, no obstante, los límites precisos del trastorno, dada su comorbilidad con los trastornos histéricos. Finalmente **Lasègue** (1883) hizo una descripción diferencial de la enfermedad, que coincide prácticamente con la actual, salvo en lo concerniente a la amenorrea, que no la nombra. Este autor distingue tres fases sucesivas:

- La alegación de dolores gástricos tiende a justificar la restricción alimentaria, pero ésta persiste cuando la paciente dice encontrarse bien.
- La fase moral, se caracteriza por la paradoja de una conducta anormal justificada por un buen estado de salud, ya que los dolores gástricos desaparecen al cesar toda ingesta alimentaria.
- La fase de la caquexia es donde la enfermedad queda establecida, donde la paciente sistematiza, deja de cuestionarse los argumentos y manifiesta un optimismo imperturbable, desconcertando con su indiferencia.

Mientras Lasègue exponía su teoría en Francia, en Inglaterra, **Sir William Gull** planteaba la enfermedad en función de un trastorno del aparato digestivo. De esta forma comienzan a aparecer descripciones casi simultáneas (1873) de casos de restricción alimentaria, hasta que Gull, finalmente aceptará las teorías de Lasègue y planteará una hipótesis psicogenética. Paralelamente se desarrolla la investigación de otro médico francés, Henri Huchard que converge con las dos anteriores y en 1874, Gull acuña la denominación actual del trastorno, anorexia nerviosa.

Si bien todos ellos inciden en la relevancia del entorno y en la separación de la familia como elemento clave para su tratamiento es **Charcot**, en 1885, el precursor del aislamiento con finalidad terapéutica.

Por su parte **S. Freud** (1892), desde el psicoanálisis, planteó la idea de que en realidad se trataba de una especie de regresión a la infancia, que implicaba un rechazo de la vocación de mujer, desarrollando una reacción de oposición instinto-afectiva. Llamó a la enfermedad neurosis alimentaria, y la asoció a la melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada:

- Melancolía: duelo por la pérdida de la libido
- Anorexia: pérdida del apetito=libido

Como Lasègue y Charcot, entendió la anorexia como un mecanismo histérico, que responde con una escisión a una representación psíquica intolerable; de esta forma dicha representación queda inhibida y en su lugar aparece otra que, en apariencia, nada tiene que ver con ella.

Para Freud, la anorexia comprendía una serie de síntomas que la situaban entre la histeria y la melancolía, y venía encabezada por la pulsión oral. Freud hablaba de “anorexias”, ya que defendía que la enfermedad no era única, sino que respondía a la singularidad de cada sujeto.

En el 1908 **Gilles de la Tourette** recoge todas las prescripciones anteriores e intenta separar la anorexia primaria de la secundaria. Insiste además en el origen psíquico de la primera y en el hecho de que sus pacientes no sufrieran una falta de apetito, sino que rechazaran el alimento y presentaran un trastorno en la percepción de su cuerpo. **Pierre Janet**, en 1903, por su parte clasifica la anorexia como un trastorno de la alimentación de origen neuropático.

A partir de aquí se abre un nuevo periodo de investigación, que se ha denominado Periodo somático. En 1914 **Simmonds** descubrió en el trastorno la

caquexia hipofisaria, y comenzó a plantearse como posibilidad la patogenia endocrina. El hecho de que los tratamientos no surtieran efecto sobre el trastorno llevó a cuestionarlas y a regresar a formulaciones derivadas de la psicología, algo que, por otra parte, nunca había sido abandonado por la psiquiatría.

A partir de entonces comienza a hablarse de conceptos como: sadismo oral en la inhibición del apetito (Abraham, 1916), traumas a partir del destete; el rechazo a la penetración y del embarazo (Hesnard, 1939), conflictos propios de cada estructura psicopatológica (Fenichel, 1945), autonomía del trastorno y su origen psicogenético (Cremieux, 1942), etc....

La hipótesis de **Lacan** (1950) parte de su idea de que la frustración es el rechazo del don; y como el don es de un orden simbólico, al ser separado del objeto de satisfacción, no causa sino una decepción. La satisfacción a nivel simbólico sólo es un sustitutivo, pues el objeto está perdido; es la dolorosa dialéctica presencia-ausencia.

Para explicar los TCA, Lacan se basa en lo que denomina “las tres faltas de objeto”: la castración simbólica (donde lo que falta es el falo imaginario), la frustración imaginaria (donde lo que falta es el pecho real) y la privación real (donde lo que falta es el falo simbólico)

El seno de la madre erotiza la zona oral, pues fue un objeto de satisfacción, rol que ha pasado al plano del deseo y por tanto a ser de orden simbólico. Lacan llama a la enfermedad “anorexia mental”, y en ésta, el síntoma proporciona una satisfacción sustitutiva en lugar de simbólica a lo que no falta, es decir, el objeto de satisfacción. La madre es concebida como potencia total, que reúne en su cuerpo todos los objetos primitivos; los síntomas son el intento de simbolizarlos; la anorexia, para Lacan, es el deseo *de comer nada*, no de *no comer nada*.

La negativa a comer se redirige a atacar la dependencia de la niña hacia la madre; de esta forma es la niña la que pasa a ser la potencia y ejerce el dominio: se alimenta de nada y se erige en ama de la madre, que está a las órdenes de sus caprichos.

Bajo esta perspectiva no hace falta un objeto “real” (fáctico), que represente al objeto, el “comer nada” se convierte en el símbolo mismo del objeto primitivo. Lacan consideraba erróneo pensar la anorexia en términos de dualidad madre-hija. El padre aquí juega también un papel importante: la madre está también en falta, también es deseante de objeto, de la función del falo, y por tanto del padre.

A partir de los años 60 se multiplican los escritos sobre el tema y se insiste en diferenciar una anorexia primaria de otra secundaria, estando ésta última relacionada con una patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio, el envenenamiento, la depresión grave, etc. La principal característica de esta época es la gran diversidad de abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno: psicoanálisis, abordajes comportamentales, biológicos y sistémicos.

Hilde Brunch (1974) se plantea la cuestión de que el excesivo interés por el cuerpo, por su medida y el rígido control sobre la comida, son síntomas tardíos de una lucha desesperada contra el sentimiento de ser esclavizado y explotado, de no ser competente para llevar una vida propia. Eso conlleva una ciega búsqueda de la identidad, ya que no aceptan lo que los padres o el mundo que les rodea les ofrecen.

Sean cuales sean las sensaciones internas de las anoréxicas o las imprecisas descripciones de las mismas, dice, que éstas no sufren de falta de apetito, sino de un temor agudo a ganar peso. Se lavan el cerebro a sí mismas para cambiar sus sensaciones. Aunque experimenten hambre, se entrenan de tal forma que terminan considerándolo placentero y deseable, es una especie de autoterapia conductual, con sus premios y castigos.

Hasta ese momento la única enfermedad investigada en el ámbito de la conducta alimentaria era la anorexia, pero en 1985 **Gerald Russel** postuló una forma diferenciada de enfermar, la Bulimia, a la que dio el estatus de enfermedad nueva, ya que hasta entonces los periodos ingesta compulsiva y descontrolada que la caracterizan siempre se habían considerado un epifenómeno de la anorexia nerviosa o de la obesidad.

En la actualidad se sigue investigando en el trastorno, sin que haya consenso acerca de su etiología, tratamiento y pronóstico. **Liliana Mato** (2010), presenta el TCA como un acto de rebelión. La madre por un lado, y el padre por otro, juegan un papel muy importante a la hora de entender algunas causas de los TCA. Frente a la pubertad y los movimientos de autonomía que esta etapa exige, se pone en juego una separación que implica necesariamente una pérdida que debe ser procesada tanto por la hija como por los padres. La posición anoréxica intenta un corte, poner a distancia al Otro devorador; es decir, su negativa a comer intenta instaurar un lugar de falta para conseguir un espacio de separación que dé lugar a un deseo propio; pero no hay tramitación de la separación, no hay angustia, no hay registro de la

pérdida. Se trata por lo tanto de una salida paradójica que la lleva a su propia destrucción.

1.2-Perspectivas para el análisis: enfermedad, sociedad y hospitalización

1.2.1-La enfermedad. Etiología, consecuencias y vías de abordaje

Los TCA son alteraciones graves en las relaciones con el alimento. Normalmente se diagnostica este tipo de enfermedad con más frecuencia en la infancia, la niñez y la adolescencia que en adultos, y con un porcentaje mucho mayor en mujeres que en hombres.

Según el DSM-IV se distingue entre dos grandes tipos de trastornos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Las pacientes con anorexia se diferencian clínicamente en función de los métodos que utilizan para conseguir la pérdida de peso (Calvo Sagardoy, 2002), de este modo la medicina las clasifica de la siguiente manera:

Anoréxicas restrictivas- consiguen perder peso restringiendo su dieta, no tienen episodios de descontrol. La restricción se complementa, en la mayoría de las ocasiones, con ejercicio excesivo e hiperactividad.

Anoréxicas purgativas- pierden peso haciendo dieta y utilizando métodos purgativos para eliminar la comida ingerida (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas). La purga puede darse después de una cantidad mínima de comida, de una ingesta normal, o después de un atracón de alimentos. Pueden presentar un perfil de gran descontrol y trastornos de personalidad similares al de una persona bulímica multiimpulsiva; la única diferencia entre ambas es que la persona anoréxica purgativa logra mantener su peso por debajo del 15% de su peso ideal y no tienen menstruación.

Anoréxicas “atléticas”- el método fundamental empleado para mantenerse por debajo del peso normal es el ejercicio físico excesivo, llegando éste a ocupar un tiempo desmesurado absorbiendo otro tiempo como el familiar, el de los estudios, trabajo u ocio. Suele ir paralelo a la obsesión por la comida sana y dietas saludables que finalizan en condiciones físicas y psíquicas insanas. En su inicio este subtipo del trastorno de la anorexia pasa desapercibido, ya que el deporte se toma como forma

de vida saludable y la pasión por él una característica de la personalidad. Este subtipo de TCA no se encuentra dentro de las clasificaciones del DSM-IV.

Las características fundamentales de la anorexia nerviosa son:

- La restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgaciones y ejercicio excesivo. La restricción es decidida por la paciente, con el objetivo de mantener su peso por debajo del rango normal.
- La pérdida de peso que conlleva la desnutrición. El grado de desnutrición al que llega una persona que sufre anorexia se mide a través de dos parámetros:
 - El mantenimiento de un peso por debajo del 85% del peso esperado para su edad y altura.
 - Un índice de masa corporal igual o inferior a 17,5.
- Alteraciones del ciclo menstrual, con amenorrea (en mujeres) o descenso de la testosterona (en hombres). La amenorrea se considera primaria o secundaria dependiendo de si el trastorno surge en edades tempranas y la paciente es premenárquica, en cuyo caso el desarrollo de la pubertad se detiene y la menstruación no aparece, o lo hace muy esporádicamente (amenorrea primaria) o si el trastorno se da en jóvenes que ya han desarrollado físicamente, desapareciendo entonces la menstruación o apareciendo desarreglos en los ciclos menstruales (amenorrea secundaria).
- Alteraciones de la imagen corporal. Esta imagen es la imagen íntima que una persona tiene de su propio cuerpo, siendo éste el resultado de la integración experiencial física de la percepción de la postura corporal, del tamaño, peso, volumen y situación del cuerpo en el espacio. La percepción externa del cuerpo se basa más en sensaciones tácticas y visuales, en pensamientos, sentimientos, actitudes, emociones sobre el cuerpo en conjunto y sobre cada parte por separado.

Rosa Calvo Sagardoy (2002), doctora en Psicología Clínica, afirma que los defectos corporales que la paciente considera que tiene suelen ser la mayoría de las veces, proyecciones de sus sentimientos internos y la distorsión perceptiva se origina básicamente porque ve en el espejo la proyección del malestar que llevan dentro.

- Negación y control del hambre. No sucede una pérdida objetiva del apetito, sino todo lo contrario, tienen mucha hambre; la cuestión es que se lo niegan a

sí mismas y a los demás. Lo normal en estos casos es realizar actividades frenéticas, que impidan mantener la atención en señales del malestar corporal, y así eludir el hambre. La negación no es sólo una estrategia para justificar el no comer, sino que parece depender también de una afectación en la capacidad de la persona para discriminar la sensación de hambre.

- Hiperactividad. Se encuentra en un porcentaje bastante alto de pacientes anoréxicas, estimado en un 75%, en varones es la característica más destacada.
- Obsesiones y control. El cuerpo va a luchar para obtener el aporte nutricional necesario. La forma en que el cuerpo y la mente libran esta particular batalla radica en que el cuerpo incrementa progresivamente el deseo de comer, mandando señales en forma de pensamientos sobre la comida. La persona enferma se pone en un estado de vigilancia sin fin, y se encuentra con un cúmulo de contradicciones, queriéndose olvidar de la comida mientras su mente genera una dinámica obsesiva que la conduce a contar calorías de forma desmesurada. Los pensamientos sobre la comida llegan a ocupar todo el espacio psíquico de la enferma hasta convertirse en un trastorno obsesivo grave.
- Miedo a la madurez. Al restringir la ingesta de forma permanente, el crecimiento se ve afectado, no llegando al peso ni altura que por edad les correspondería dentro de los parámetros establecidos. La persona afectada de anorexia, no sólo consigue estar delgada, sino que también consigue quedarse con el cuerpo de niña. Esta característica no se da en un porcentaje muy alto, sin embargo es importante prestar atención a estos hechos, ya que establecen una relación muy estrecha con la infancia y el no querer crecer.
- Exaltación y sensación de fuerza. Ha cubierto todos los logros que se propuso: la delgadez, el control de la comida y evitar las demandas de un cuerpo adolescente. Esta "victoria" le permite eliminar su tendencia a la infravaloración, la ansiedad ante la toma de decisiones y el miedo a cometer errores. Su estado de ánimo se exalta y la alegría se dispara con cada gramo perdido.
- Irritabilidad y altibajos en el estado de ánimo. Esta característica es la contraposición a la anterior. La alegría descrita en el apartado anterior se verá amenazada por la posibilidad de perder el control y tener que comer más de

lo propuesto. Es una sensación de vulnerabilidad perpetua, que da lugar a brotes irritables extremos cuando se sienta en peligro de engordar un solo gramo.

- Desequilibrio en el estilo de vida. La anorexia es una enfermedad conocida, y las propias enfermas son altamente conocedoras de su teoría; saben por tanto que las personas afectadas de este trastorno son consideradas muy inteligentes con expedientes brillantes. Harán todo tipo de esfuerzos por obtener esos expedientes. Sin embargo, se ha demostrado que debido al miedo a cometer errores, tienen muy poco elaborado el pensamiento divergente, creador, arriesgado; esto significa que serán muy rápidas en aprender, pero no tan rápidas en pensar por ellas mismas. Los estudios realizados sobre las capacidades, revelan que muchas veces, donde se supone inteligencia elevada, hay más un esfuerzo sobrehumano de estudio y aprendizaje, aterrizando así en el fracaso casi garantizado a la hora de tomar decisiones o planificar.
- Perfeccionismo. Presentan una importante tendencia al perfeccionismo y sus metas son muy difíciles de conseguir, son autoexigentes con la minuciosidad en la ejecución de sus acciones. Aún así, sienten en el interior una sensación de fracaso permanente; de este punto derivan a un perfeccionamiento más exigente si cabe, para tener un mínimo sentimiento de valía personal.

En cuanto a la clasificación de las pacientes con bulimia nerviosa, ésta depende de si existe o no conducta purgativa y de su regularidad:

Bulímicas purgativas-incluye la provocación regular del vómito, y el uso de laxantes o enemas, de manera compensatoria tras una ingesta desmedida de alimentos (atración).

Bulímicas no purgativas-se emplean otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre de forma regular al vómito, o al uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Las características fundamentales de la bulimia nerviosa son:

- Presencia de atracones. El atracón es definido como un ingesta rápida y excesiva de comida que va asociada a una sensación de falta de control, a la incapacidad de parar de comer o resistirse a hacerlo. Lo más habitual en

estos casos es que la persona coma aquellos alimentos que eliminó de su dieta por considerarlos prohibidos.

- Presencia de conductas purgativas. Como consecuencia de los atracones la persona siente la necesidad de eliminar toda presencia de alimento en el cuerpo; le invade el miedo a la gordura y se impone el pensamiento de la pérdida de atractivo físico. La purga es considerada, metafóricamente hablando, como una purificación psíquica; una limpieza que se lleva consigo los sentimientos negativos, la falta de poder o el autodesprecio. También es considerada como un castigo autoinfligido, dirigido a pagar el sentimiento de culpa que genera el atracón.
- Alteración del régimen de comidas. Un nivel de conciencia reducido y el ayuno llevarán a la persona al caos y el descontrol ante la ingesta de alimentos.
- -Alteraciones de la imagen corporal. Los sentimientos de insatisfacción por la imagen corporal se intensifican hasta límites insoportables. De esta forma la persona siempre verá alguna deformidad mucho mayor que cualquiera de las que puedan encontrarse en la sociedad, que le haga sentirse insatisfecha y deprimida.
- Una insatisfacción muy profunda con ella misma y con todo. Se exige de la vida en general y de las relaciones en particular, que todo acontezca según sus deseos, lo que desemboca en una insatisfacción interior permanente. De esta forma se genera una situación en la que se encuentran demasiados problemas que no se es capaz de afrontar ni resolver, y que derivan continuamente en el miedo de ser un desastre sin remedio.
- Independencia contrafóbica. La tendencia a ser muy dependientes del medio implica la necesidad del apoyo constante de los demás para sentir su valía. Este nivel de dependencia produce unos sentimientos fóbicos ante los cuales responden de forma reactiva, aparentando una excesiva independencia.
- Impulsividad. Se presenta una dificultad relacionada con el control del comportamiento y de las emociones y una predisposición a realizar acciones rápidas y no planeadas en respuesta a estímulos internos o externos a pesar de las consecuencias negativas que puedan tener, tanto para la propia persona como para los demás.

- Soledad. El deseo de ser siempre la mejor y de producir en el otro una admiración permanente hace difícil el establecimiento de relaciones estrechas de amistad. Cuando se establecen, a menudo el fin es competir y demostrar supremacía. Esta actitud conduce a la soledad junto a su negación; La necesidad/control que tienen de los otros es encubierta a través de la relación/control con la comida, con el éxito de su apariencia y con relaciones sexuales indiscriminadas y sin precaución. Es común que también recurran al consumo de drogas o alcohol.

El DSM-IV establece otro tipo de trastorno de la conducta alimentaria, que denomina Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Esta categoría se refiere a trastornos alimenticios que no cumplen los criterios para ningún TCA categorizados anteriormente.

Etiología

Conocer las razones que motivan la aparición de un TCA constituye una de las mayores preocupaciones de la familia, educadores, terapeutas y médicos. Sin embargo estas enfermedades son trastornos complejos en los que no parece existir una sola causa que los justifique; La opinión más aceptada por los especialistas del momento es que han de darse una conjunción de factores para que la enfermedad se pueda presentar. Entre ellos se distinguen tres clases: factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

- Factores predisponentes: también llamados de vulnerabilidad; hacen referencia a las características personales del individuo y a las situaciones familiares y sociales. Según Garner (1980) las personas que sufren estos trastornos son catalogadas como emocionalmente inestables, de baja autoestima y perfeccionistas. Raich (1994) sostiene que las personas con TCA se condicionan ante el castigo y no se permiten refuerzos positivos personales.
- Factores precipitantes: hacen referencia a las circunstancias estresantes que provocan miedo a engordar y como consecuencia comienza a realizarse una dieta estricta. Luis Beato (2012) sostiene que todo TCA comienza por una dieta, lo que no significa, que toda persona que haga dieta desarrolle la enfermedad.

- Factores mantenedores: la conducta alimentaria alterada se mantiene especialmente por factores cognitivos y conductuales (Garner y Bemis, 1985). Una vez que el trastorno se ha instaurado, existen una serie de factores que propician la cronificación de la enfermedad, como son la restricción dietética, la propia purga, o las actitudes de familiares o amigos preocupados que autorizan comportamientos inadecuados (caprichos alimentarios, discusiones en torno a la comida, culpabilizaciones entre los padres sobre la atención prestada...).

Consecuencias

Quedarse literalmente en los huesos provoca alteraciones en el funcionamiento del cuerpo, a nivel fisiológico y a nivel psicológico (Calvo Sagardoy, 2002). Estas consecuencias dependen a su vez de factores de predisposición genética, psíquica y ambiental, lo cual quiere decir que no tienen porqué darse todas las consecuencias en una persona, o por el contrario, que se den las consecuencias que expongo a continuación más algunas otras que vengan desencadenadas de otros factores que el desarrollo de un TCA traiga consigo.

En cuanto a los aspectos fisiológicos, pueden señalarse como más significativos los siguientes:

- Corazón empequeñecido
- Riesgo de paro cardíaco
- Amenorrea
- Anemia
- Úlceras de estómago y esófago
- Erosión del esmalte dental y caries
- Hipotermia
- Caída del cabello
- Crecimiento de lanugo (vello corporal)
- Sequedad de la piel
- Esterilidad
- Descalcificación ósea
- Desprendimiento del recto
- Daños neurológicos

- Deshidratación
- Detención del desarrollo hormonal

Respecto a los psicológicos destacan:

- Impulsividad excesiva
- Comportamiento autodestructor
- Autolesiones
- Trastornos de la personalidad
- Pensamientos suicidas
- Irritabilidad
- Depresión
- Ansiedad
- Dificultad para conciliar el sueño
- Problemas de socialización
- Aislamiento

La consecuencia más grave de todas las que pueden darse al desarrollar un TCA es el riesgo de muerte.

Vías de abordaje:

Actualmente existen diversas formas de tratar los TCA para conseguir que su mejora en la salud y su curación puedan ser efectivas.

Del mismo modo que la personalidad, la familia, el entorno y los factores genéticos influyen en el desarrollo del trastorno, para su recuperación todos estos factores resultan igualmente importantes; no obstante, el mayor esfuerzo por la recuperación y la actitud de cambio corre a cargo de la enferma.

Por otra parte, parece interesante recordar que no existe hoy día una cura milagrosa para este tipo de trastornos, ya que implican la puesta en juego de problemas contra los que la paciente ha estado luchando durante años, y con los que luchará durante la mayor parte del resto de su vida.

Los objetivos principales de los tratamientos consisten en ayudar a reforzar la autoestima y promover vías de afrontamiento a los problemas del día a día sin incurrir en conductas autodestructivas.

En general, es primordial facilitar el restablecimiento de la salud y de la fuerza física, por ello, para realizar cualquier evaluación psíquica, antes hay que atender a los peores efectos de la malnutrición y situar los niveles corporales en un límite recomendado, lo que se traduce, en la mayoría de los casos, en una **hospitalización** (Calvo Sagardoy, 2002). Hay que destacar, que si la inanición persiste durante muchos años, el cuadro general puede convertirse en algo muy cercano a una esquizofrenia.

Quizá el tratamiento más utilizado sea la **terapia cognitivo-conductual** (Calvo Sagardoy, 2002), a veces incompatible con cualquier otra psicoterapia, ya que no atiende a lo emocional, sino que sólo busca un cambio de conducta. Como cualquier abordaje de este tipo, se basa en la utilización de reforzadores positivos (premios) o negativos (castigos) ante las distintas respuestas conductuales emitidas, independientemente del afecto y las implicaciones y/o relaciones que tenga. La parte cognitiva de esta terapia incluye un ejercicio de reflexión acerca de su infancia, sueños y sentimientos, que permitan adquirir una nueva percepción de la conducta que hasta se ahora había llevado. Aún siendo la más utilizada, es la más criticada, debido al escaso alcance que suele tener si, una vez finalizado el programa de refuerzos, no se ha producido realmente un cambio cognitivo. De ser así la paciente ingresa en un bucle conductual que presenta una salida muy difícil y difusa.

La **terapia familiar** está más recomendada en pacientes con anorexia que con bulimia, ya que las primeras suelen ser más jóvenes y suelen vivir aún con sus familias. No es la única vía terapéutica a realizar con, sino que será parte de un tratamiento mixto, que permita la mejora de la persona. Este tipo de abordaje permite al terapeuta observar los patrones familiares y de esta forma comprender las respuestas que pudieron emitirse en función de ellos.

La **terapia de grupo**, sin embargo, parece ser más eficaz para la bulimia, ya que en este caso resulta útil compartir experiencias, ver y sentir que hay otras personas en las mismas circunstancias, que presentan las mismas respuestas conductuales. En la anorexia, por el contrario, el efecto es paradójico, puede impulsar una actitud que lleve a las pacientes a competir por ver quién es capaz de mantener el peso más bajo y estar más tiempo sin comer.

Como terapia alternativa novedosa, conviene destacar el uso de la **realidad virtual**. Como parte de los abordajes cognitivo-conductuales, se presenta actualmente como una herramienta terapéutica complementaria que parece

presentar muchas ventajas, ya que proporciona un entorno seguro a la diada persona-terapeuta, dentro del cual es posible controlar en todo momento lo que ocurre en la realidad virtual; de esta forma se pueden repetir exposiciones a situaciones las veces que sea necesario hasta conseguir que el nivel de ansiedad baje y la persona se habitúe a lo que teme; por último, permite poner cara a cara al paciente con su imagen corporal.

Para finalizar el apartado de los tratamientos, es importante destacar que, si las psicoterapias y la hospitalización no funcionan, se suelen utilizar métodos que pueden resultar muy agresivos con la persona afectada, con el fin de evitar la muerte.

Uno de estos métodos es la **terapia electroconvulsiva** (Jáuregui Lobera, 2009), un tratamiento psiquiátrico consistente en la inducción de convulsiones utilizando la electricidad. Se supone que este es el tratamiento más efectivo ante la depresión aguda, no obstante, los beneficios parecen ser solamente temporales. Como contrapartida, los efectos secundarios incluyen amnesia y confusión, que en el mejor de los casos, terminan desapareciendo con el tiempo. Está aceptado clínicamente que esta técnica no causa daño cerebral, pero sí pueden darse casos de pérdida temporal o permanente de memoria. El consentimiento del paciente es un requerimiento habitual y fundamental; el tratamiento involuntario no es común, a no ser que se trate de un caso de vida o muerte.

La **leucotomía** (Hernández Salazar, 2009) o lobotomía, es otro de los métodos más drásticos y menos comunes que se usan para la curación de un TCA; se utiliza como ultimátum a la enfermedad. La leucotomía consiste en una cirugía que corta las conexiones (de y hacia) entre los lóbulos frontales y otras áreas cerebrales. Este procedimiento tiene graves consecuencias para la paciente, entre las cuales se encuentra un cambio en su personalidad.

1.2.2-Sociedad y familia.

El contexto sociocultural actual define ideales que giran alrededor de la imagen corporal, y publicita la delgadez como condicionante de éxito, valoración personal y aceptación social. Pertener por nacimiento o asimilación cultural a esta sociedad occidental obsesionada por la delgadez como icono de belleza genera una

inseguridad ante la posibilidad de que el cuerpo adquiriera un volumen o peso por encima de los cánones impuestos.

Los niños, niñas y adolescentes poseen aún una imagen corporal poco definida e inestable, por lo que son muy sensibles a la manipulación, proclives a definirse comparando su apariencia física con la de los otros; además, y esto es lo más grave, no poseen los recursos psíquicos necesarios para defenderse de las ficciones publicitarias. El contagio de los anuncios televisivos y los comentarios que se encuentran explícitos o implícitos en el ambiente, alcanzan tales niveles que llegan a producir obsesiones por la imagen corporal a unas edades y con una intensidad hasta ahora impensables.

Catherine Steiner-Adair, en el prólogo que escribió para el libro “La jaula dorada” de Hilde Brunch (2002) plantea lo siguiente: *“¿no sería hermoso que los anuncios de moda tuviesen advertencias sanitarias como los paquetes de cigarrillos?: “Advertencia: la modelo de este anuncio no tiene un cuerpo sano. Su imagen ha sido alterada, no llega al peso mínimo deseable y sufre de anorexia nerviosa”*”

El contexto sociocultural por tanto forma parte del entramado que rodea a los trastornos alimentarios, sin embargo autoras como Hilde Brunch (1974), Julia Silvia Kaplan (2004) o Liliana Mato (2010), añaden teorías que atribuyen a la trama familiar, un papel fundamental en este tipo de trastornos. Sus investigaciones hacen hincapié en la importancia de la profilaxis en este entorno:

- La calidad del vínculo materno-filial,
- La instauración de un contexto familiar y un sistema educativo que protejan a los propios miembros sin anular la individualidad
- El respeto hacia los límites de las distintas etapas del desarrollo, manteniendo el afecto y el cariño

De este modo se proporciona a la persona la capacidad de defender su forma de ser, sus necesidades y derechos, de una forma efectiva.

Hilde Brunch (1974) sostiene que actitudes como la hiperprotección o una atención a las necesidades (hambre, frío, sueño...) infantiles que no tengan en cuenta la demanda de la niña, interfieren negativamente en su desarrollo; inhiben la atención a las señales corporales necesarias para aprender a discriminar sus propias sensaciones, pensamientos y emociones, y dificultan el proceso de integración de su imagen corporal. Si, por el contrario, los progenitores no atienden

suficientemente las necesidades del infante, inducen igualmente en éste la desatención de las señales introceptivas; algo que, en un futuro, les lleva a considerarse personas sin valor e insignificantes.

Kaplan (2004) hace un planteamiento de la relación familiar con los TCA desde dos perspectivas. Por un lado plantea que la persona afectada de anorexia no logró separarse de la madre durante la infancia; por esto al llegar a la pubertad y enfrentarse a la necesidad de despegarse de su madre, la niña no tiene elementos suficientes para manejar los conflictos que implica y como alternativa quiere restaurar el estado de unidad con la madre. Kaplan considera que se trata en este caso de una detención a nivel simbiótico del desarrollo. La otra perspectiva a la que se refiere esta autora se centra en la lucha amor-odio, entre la persona afectada y su familia, y en especial con su madre; parece que la niña retrocede a la subfase de reaceramiento del proceso de separación individuación y se aferra a la madre al mismo tiempo que intenta librarse de ella. El TCA entra en juego entonces, cuando la niña lo utilizará para constituir la solución a los dilemas que se le presentan.

Liliana Mato (2010) sostiene que si existe una relación de extrema dependencia con la madre, la anorexia aparecería como el único salvamento; un modo de hacerse a sí misma y afirmar un deseo propio. En esa búsqueda desesperada, el ideal del “cuerpo delgado” toma el estatuto de lo más propio de sí, sin darse cuenta de que es presa de una nueva alienación. Mato considera que la función paterna débil propicia el estrago madre-hija y una relación tormentosa en la que no rige el amor por la alteridad del otro, sino sólo una pasión por la igualdad, que lleva a la recíproca aniquilación. La anorexia intenta operar esa separación del Otro, desprenderse del Otro materno. Es una tentativa de separación entre la escritura débil de la metáfora paterna. Es el modo a través del cual encuentra un lugar propio, no invadido por el Otro, un intento de trazar un límite, una territorialidad propia. Hasta que el sujeto no encuentre ese espacio donde no sea “devorado”, ese espacio de alojamiento y reconocimiento de sí, no comenzará a interrogar su trágica estrategia de “no comer”, no podrá buscar otros caminos para sostenerse deseante y trazar su camino.

Como afirman Liliana Betancourt, Maritza Rodríguez y Juanita Gempeler (2007) el desarrollo de un vínculo temprano normal o adecuado en el entorno familiar, funcionaría como un factor de protección frente a la aparición de patologías como los trastornos alimentarios durante la infancia o la adolescencia.

1.2.3-Hospitalización

La hospitalización es necesaria cuando hay riesgo extremo físico o psíquico (IMC por debajo de 14 (dependiendo del criterio de cada hospital), hay riesgo de suicidio, la situación familiar es intolerable... entre otros).

Por lo general la decisión de ingresar es tomada por la persona afectada y por la propia familia (dependiendo de la edad y la situación). El hecho de que la hospitalización sea de forma voluntaria por la propia afectada supone una motivación para sí misma a la hora de curarse y tratar de detener la espiral en la que se encuentra.

No obstante la hospitalización implica cambios en la rutina vital de cualquier persona:

- Supone el ingreso en un contexto en el que habitualmente no es posible expresar deseos, opinar o participar en la toma de decisiones.
- Produce ansiedad relacionada con la pérdida de independencia, control o identidad;
- El temor a la pérdida de intimidad está presente de manera muy acusada (Parangón Acosta, 2012).

En una hospitalización que podríamos llamar normal, los familiares juegan un papel muy importante, ya que asumen la mayoría de los cuidados que no corresponden a la enfermería del hospital; en el caso de la hospitalización de un paciente con TCA en una unidad específica para el tratamiento de estas afecciones, los cuidados por parte de los familiares desaparecen, ya que durante el ingreso la paciente está sola. Sin embargo, el equipo sanitario permite establecer vínculos que le otorgaran un ambiente cómodo y seguro para poder llevar a cabo una terapia.

Cabe apuntar que la familia no queda anulada durante el ingreso hospitalario, muy al contrario, el entorno familiar es apoyado y “educado” en cuanto a la enfermedad se refiere, y acompañan en la terapia de la paciente, con grupos de apoyo o terapias familiares programadas y acordadas previamente por todas las partes involucradas.

Según Luis Beato Fernández (Jefe de Psiquiatría de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real, 2012) no es tan traumático como puede parecer, el hecho de que una paciente con TCA ingrese y quede parcialmente aislada del exterior ya que en ocasiones, la propia

familia no ayuda a que la enferma mejore, y la paciente ve la hospitalización como una vía de escape; igualmente el Dr. Beato piensa además, que la paciente se alivia al llegar al hospital porque, de alguna manera ya no tiene que llevar el control sobre sí misma, sino que el control es transferido al equipo de la unidad, y la responsabilidad de ganar o perder peso y de vomitar o no, recae sobre las enfermeras y las psicólogas o psiquiatras (Anexo III b).

Podría parecer que en una unidad especializada en TCA se crea un ambiente artificial, donde la paciente obtiene más beneficios que en el exterior, sin embargo el Dr. Beato defiende que, para poder rehabilitar emocionalmente a una paciente, ésta necesita que no le creen problemas, de esta forma le será posible. Generar un ambiente no intrusivo es, en este sentido fundamental.

1.3-El sujeto enfermo

1.3.1-Percepción de la realidad

El control: El control y su manejo es una de las cuestiones fundamentales para las personas con TCA. Se ejerce principalmente sobre la ingesta de comida y el peso, pero parece trascender a ambos aspectos e implicar el sentimiento de control de sus propias vidas. Colette Dowling, autora del libro “Mujeres Perfectas” (1989), cree que las personas con trastornos de alimentación tienen un sentido de la identidad frágil, y experimentan bruscos cambios en su salud emocional con grandes problemas para controlar su ingesta de alimento. El psicoterapeuta Eric Button (2007) cree que estas chicas han desarrollado una visión de la realidad tan pobre que les es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta; como todas las personas, necesitan experimentar cierto control sobre la propia vida, sentir que ésta, al menos en parte, es predecible. Perder peso significa que se sienten bien y seguras, mientras que engordar significa que son un fracaso. No toleran ninguna ambigüedad. Su manera de pensar, sugiere Button, es excesivamente simple, y no les permite resolver los problemas a los que deben enfrentarse, ya que no pueden mantener un control sobre ellos, por lo que evitan cuantas situaciones pueden de la vida real.

David Epston (1990) concibe los TCA como una especie de lavado de cerebro, donde la afectada se autocontrola y se convence a base de un conjunto de creencias rígidas y equivocadas acerca de sí mismas.

Se establece entonces una paradoja, donde lo que se cree tener controlado lleva al descontrol. Es decir, se opta por mantener un rígido control sobre la vida a través de la ingesta de comida y por lo tanto del peso; pero ese control implica desatender el límite entre lo que es sano y lo que no y por lo tanto aboca al descontrol. Lo que para ellas es el control absoluto, en el terreno de la salud es todo un desastre. Asimismo, nunca aparece la satisfacción de tener todo bajo control.

Marianne Apostolides es una mujer que sufrió de anorexia y bulimia durante muchos años, y que ahora se dedica a estudiar el tema con el apasionamiento y el interés propios de quien ha sido parte del hecho; ella sostiene que los TCA se producen cuando una persona necesita encontrar la manera de funcionar en su mundo y no logra hacerlo de un modo saludable, por lo tanto en vez de cambiar su forma de relacionarse consigo misma y con el entorno (familia, amigos, comunidad y cultura) opta por volcarse en la comida, lo que le permite olvidar y le proporciona una ilusión de control protegiéndola de la vulnerabilidad.

En lugar de escuchar las señales de su cuerpo, crea reglas, se obsesiona con cifras y rutinas que le permiten mantenerse ocupada, distraída y apartada de la realidad. Apostolides rescata de sus estudios que en algunas personas estos trastornos parecen disparados por el sentimiento de no reunir los requisitos para ser el tipo de persona que los demás esperan de ella, y por ello probablemente utilicen los TCA para hacer frente a los sentimientos que surgen de situaciones que no encuentran como resolver. Esta dificultad de ser, de enfrentar sus problemas, les lleva a sustraerse a la dependencia de la opinión ajena y construir la propia; las pone contra la espada y la pared y a tener la enfermedad como un salvamento. Esto parece lo único posible para quien no puede determinarse, para quien tiene un cuerpo, una mente y un espíritu sin un “yo” fuerte que lo dirija.

En relación con la dificultad para tramitar las expectativas del medio, se encuentra el control ejercido por las familias. Lucia Restrepo (1999), Likierman (1997), Beattie (1988) o Gianna Williams (1996) coinciden en la teoría de que muchos de los TCA se han gestado a partir de un excesivo control sobre la alimentación en la niñez temprana, acompañado de familias dominantes, controladoras, sobrexigentes e intrusivas, lo cual conduce a la niña a afianzar sus propios límites y a crear un conflicto entre ella y su madre, a partir de una dependencia que incapacita a ambas para la individuación en el momento de la

ruptura, y fortalece en la niña el deseo de afianzar su “yo” por medio del autocontrol o restricción del alimento.

La imagen corporal: La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) y la vivencia que tiene del propio cuerpo (Guimón, 1999).

La primera fuente de información en la interacción social es la apariencia física; la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, entre otras características corporales, aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que tienen dichas características.

Cash, Pruzinsky y Thompson (1990) explican la imagen corporal como un compuesto de variables:

- Aspectos perceptivos. Se trata de la precisión con la que se percibe el tamaño, peso y forma del cuerpo, en su totalidad o partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos cognitivos-afectivos. Son actitudes, sentimientos, pensamientos o valoraciones se presentan del cuerpo (tamaño, peso, forma o partes). Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, etc.
- Aspectos conductuales. Son aquellas conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados al cuerpo. Pueden ser su exhibición, la evitación, la comprobación, su camuflaje, etc.

Guimón (1999) sostiene que la percepción, la evaluación, la valoración y la vivencia del propio cuerpo están relacionadas con la imagen de una misma como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico. Rosen (1995) por ejemplo señala que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto del propio cuerpo.

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos (Cash y Brown, 1987):

- Alteración cognitiva y afectiva: con la insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que el cuerpo suscita.
- Alteraciones perceptivas: que conducen a la distorsión de la imagen corporal; inexactitud con la que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Cuando se habla de trastornos de la imagen corporal, la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecuan a la realidad, y ocupan la mente con tal intensidad y frecuencia que generan un malestar que interfiere negativamente en la vida cotidiana (Cash y Pruzinsky, 1990). Hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen física pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo.

Por ejemplo, en los trastornos de alimentación, que es el tema que nos ocupa en esta investigación, la alteración de la imagen corporal es un síntoma central y requiere una evaluación y una intervención específica. Luis Beato (Jefe de Psiquiatría de la UTCA del HGUCR) en la entrevista realizada para esta investigación (anexo..) afirma que la distorsión de la imagen corporal es el síntoma más resistente que existe, y el hecho de que una persona mejore no conlleva que mejore a su vez la percepción de ella misma; con lo cual es un síntoma difícil de abordar porque su exposición es complicada, por lo que la manera de tratar el síntoma se hace de una forma indirecta, trabajando la autoestima, para que piensen bien de ellas mismas, se sientan bien con ellas mismas y se gusten físicamente. El Dr. Beato afirma que hasta un 20% de la distorsión corporal es normal, mientras que en un TCA la distorsión se sitúa entre el 40 y el 50% (Anexo III b).

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que se ponen en relieve especialmente cuando la persona se enfrenta a situaciones en las que puede ser observada (Rosen, 1995). Estos cuatro niveles son:

- Nivel psicofisiológico. Se refiere a las respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblores, dificultades de respiración, etc.).
- Nivel conductual. Existen conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.
- Nivel cognitivo. Se producen una preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, sobreestimación y subestimación, autoverbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.
- Nivel emocional. Se refiere a la insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

En las personas con TCA aparecen la necesidad de perfección, la necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, la necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que los demás vean las propias imperfecciones. Neziroglu y Yaryura Tobias (1993) recogen esas características como propias de personas con un trastorno de la imagen corporal. En la formación de una imagen corporal negativa influyen dos variables:

- La importancia de la imagen corporal para la autoestima.
- La satisfacción o insatisfacción de dicha imagen corporal.

Como en los TCA, en la formación de una imagen corporal negativa encontramos factores predisponentes y de mantenimiento.

- Predisponentes: sociales, culturales, modelos familiares, características personales, desarrollo físico y feedback social. Todos estos factores dan lugar a la formación de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta el momento de un suceso que los haga emerger.
- De mantenimiento. Aparecen sucesos activantes como la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, etc., de tipo negativo que producen malestar. Ese malestar o disforia conducen a la realización de ciertas conductas que realimentan el propio malestar y resultan ineficaces para manejar las situaciones, emociones, preocupaciones y pensamientos negativos.

Por lo tanto los TCA y los trastornos de la imagen corporal presentan ciertas similitudes; lo cual incita a reflexionar sobre el TCA y las personas que lo padecen, cómo llegan a tener esa distorsión sobre la percepción del cuerpo, y cómo esa percepción es uno de los síntomas importantes de la enfermedad pero no es el más determinante, puesto que la distorsión de la imagen corporal viene dada por otras circunstancias como la baja autoestima, depresión, ansiedad social, etc. Es decir, el síntoma del trastorno de la imagen corporal es algo secundario, pero no por ello hay que dejarlo de lado.

1.3.2-El conflicto

Intrapsíquico

Para entender a qué nos referimos con conflicto intrapsíquico, es necesario remitirnos a las denominadas Tópicas, que Freud describe para pensar el psiquismo en la “Teoría de Freud sobre la composición de la mente” (1900).

En la *Primera tópica*, se distinguen entre tres lugares psíquicos diferenciados:

- Consciente: formado por contenidos accesibles a la conciencia de la persona.
- Preconsciente: formado por contenidos que pueden llegar a ser accesibles por dicha conciencia.
- Inconsciente: formado por contenidos inaccesibles a la conciencia (olvidados, escindidos o nunca representados). De esta última dice Freud, que es la más importante del psiquismo.

En la *Segunda tópica*, descrita más adelante, se distinguen tres instancias que se relacionan dinámicamente:

- El Ello, es el núcleo fundante del aparato psíquico. En él residen los instintos, los deseos y en definitiva aquellos que Freud denomina las Pulsiones (concepto límite entre lo anímico y lo somático, que no debe confundirse con instinto y que podría definirse como la expresión psíquica de una excitación, que busca apremiantemente ser descargada). Freud se refiere a dos tipos de pulsiones fundamentales, de supervivencia y muerte, que representan las tendencias de un sujeto para: sobrevivir-cargarse-desear (Eros) o descargarse para siempre-dejar de desear-autodestruirse (Tánatos).
- El Superyó, se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales/sociales. Freud considera la conciencia moral, la auto-observación y la formación de ideales como funciones del Superyó.
- El Yo, se encarga de velar por los intereses de la totalidad del sujeto, es un mediador tanto respecto de las reivindicaciones del Ello como a los imperativos del Superyó y las exigencias de la realidad.

A partir de aquí, podemos hablar de conflicto psíquico como una oposición que, básicamente, enfrenta el deseo y la prohibición, y que, desde el punto de vista de las tópicos expuestas, se produce entre consciente/inconsciente y Yo/Ello.

Tratamos de comprender la experiencia que parece encontrarse en buena parte del sufrimiento de las pacientes diagnosticadas de TCA, en términos de conflicto intrapsíquico, a través de una dinámica que opone:

- Un Superyó sobredimensionado –que ha dado lugar a ideales del Yo radicalizados e imposibles aún como referentes- formado a partir de unas exigencias del entorno, sociales y familiares, excesivas para los recursos psíquicos de la persona y a las que no ha podido hacer frente en el proceso de individuación.
- Un polo pulsional en la que operan masivamente las tendencias autodestructivas, dirigidas a la eliminación de todo deseo como única posibilidad de mantenimiento del ser (por paradójico que esto resulte).
- Un Yo “secuestrado” por un ideal del Yo incapacitante y por un desbordamiento pulsional de tal magnitud, que no encuentra vías de elaboración psíquicas adecuadas salvo la de dotarse, a través del control, de un dispositivo represor que consiga: eliminar de la conciencia todo deseo y permita configurarse como individuo independiente (separado de).

De esta forma, a través del control de la comida se actúa un modelo de relación interpersonal (te necesito-deseo/me prohíbo necesitarte-desearte) que opera desde el continuo deseo-prohibición y en la que el alimento es sólo un representante: deseo comer-me prohíbo comer. Que tiene su ganancia fundamental en el control del sistema pero pone en riesgo a la persona misma: llevado al extremo dejar de desear/comer es, desde luego una forma de separación, pero implica inevitablemente la muerte.

-Interpersonal

Los conflictos interpersonales que se generan en los TCA van inevitablemente asociados a los conflictos intrapsíquicos. Luis Beato Fernández, Jefe de Psiquiatría de la UTCA del HGUCR, afirma que no puede establecerse una separación entre ambos, y que es muy difícil reconocer qué conflicto fue primero; considera que el intrapsíquico se genera por una deficiencia en las relaciones interpersonales, y viceversa.

El problema no es el conflicto interpersonal en sí, sino su elaboración y solución; estas pacientes prefieren no afrontar esos problemas y seguir internadas en su mundo particular, en el cual la única relación sería con ella misma, con la cual no va a pelear.

El Dr. Beato considera el TCA como un sistema de comunicación muy eficaz. Cualquier persona puede tener conflictos, pero puede actuar ya sea positivamente para solucionarlos, o negativamente para generar problemas a las personas que tienen cerca en la unión al TCA. Realmente sí existen unos conflictos intrapsíquicos que la persona sufre, y aferrarse a la relación con la alimentación es la forma de comunicar esos conflictos, ese sufrimiento.

La mayoría de los TCA se rigen por pautas desajustadas en sus relaciones con otros obteniendo unas expectativas negativas sobre los resultados de sus interacciones con el entorno. Existe una anticipación de fracaso, rechazo o incompetencia interpersonal, y las pautas de interacción suelen ser muy rígidas. El hecho de que las personas con TCA tengan un sentido altamente “restrictivo” de sí mismas, hace que estén siempre planteándose como “deben” ser a la hora de relacionarse con los demás, con el fin de “ser” lo que los demás esperan de ellas; como consecuencia reniegan de experimentar emociones o acciones no rutinarias que les supongan un cambio, ya que se generan una serie de creencias disfuncionales en torno a las relaciones interpersonales como “si engordas no te quieren”, “lo único que les importa de mi es que engorde” o “si no estoy enferma no se preocupan de mi”.

Teniendo en cuenta que las primeras relaciones interpersonales que se establecen son con la familia, la teoría sistémica sostiene que estamos ante un problema de amor “una estrategia para alejar los peligros de la separación”:

“En familias con anorexia permanece por lo general la armonía; las frustraciones del amar continúan siendo pequeñas. Puesto que rara vez ocurren separaciones o enfrentamientos distanciadores transitorios, también es escasa la experiencia de la autonomía del otro. Por eso, ni el niño, ni en parte de los progenitores que determina el proceso de socialización, generalmente la madre, se consigue construir en toda regla un tú independiente y estable con respecto al otro (...). El efecto de la escasa experiencia en soportar las separaciones y de la ausencia de una matriz diferenciada del yo-tú dificulta el proceso de individuación; éste se vive como una amenaza existencial y se rechaza mediante el reforzamiento del amar” (Ludewig, 2011: 210)

1.3.3-Reconocimiento y elaboración.

Las personas que padecen TCA, por lo general, se caracterizan por tener escasa conciencia de que tienen un problema, sobre todo en la etapa inicial del trastorno; a medida que el TCA evoluciona, la motivación para salir de la enfermedad va en aumento, pero de una forma muy paulatina.

Tomar conciencia de que existe un padecimiento y un sufrimiento es un paso muy importante para poder llevar a cabo una terapia; hay que admitir que se está en una situación no deseable que provoca sufrimiento y que esa situación puede cambiarse (Ludewig, 2011).

El cambio, como se ha apuntado en el apartado del conflicto intrapersonal, no es percibido por la persona afectada como una posible solución, precisamente porque al no reconocer que se padece una enfermedad no se entiende por qué se debe cambiar la forma de vida.

Los cambios que pueden producirse al iniciar un tratamiento terapéutico buscan evidentemente la mejora de la salud de la persona; no obstante la persona afectada se encuentra reticente a esos cambios porque en la enfermedad encuentra unos “beneficios secundarios” a los cuales habría que renunciar; la dificultad de renunciar a ellos radica en que se encuentran sostenidos sólo en el plano inconsciente (Ludewig, 2011).

El Dr. Luis Beato Fernández, en la entrevista realizada para esta investigación (Anexo III b) señala, que esos beneficios serían la sensación de control que se posee para supuestamente mejorar la autoestima, o que la pérdida de peso le pueda dar una condición de atractivo; la atención recibida por los familiares cercanos es otro de los “beneficios secundarios” que la persona puede encontrar escudándose en la enfermedad; al estar enferma, la persona pasa a tener un papel que antes no tenía.

2-El vínculo terapéutico

2.1-La transferencia y la alianza terapéutica

Tanto la transferencia como la alianza terapéutica son importantes a la hora de establecer el vínculo terapéutico; forman parte de la relación entre paciente y terapeuta.

Es importante aclarar las diferencias existentes entre ambos conceptos, aunque a lo largo de la historia ha habido psicoterapeutas que le han dado el mismo significado a ambos.

La alianza terapéutica es un movimiento consciente, es la parte no neurótica (Zetzel, 1956) de la relación entre paciente y terapeuta; ambos exponen la capacidad para trabajar conjuntamente hacia los objetivos de la terapia (Hartley, 1985). Rogers (1951, 1957), desde el movimiento humanista prestó especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico, ya que sostiene que para establecer una relación terapéutica efectiva con la paciente es necesario ser empática, congruente, hacer una buena escucha y otorgar confianza, con el fin de poder trabajar conscientemente lo que aparece en la transferencia.

La transferencia es un movimiento inconsciente, por el cual se “transfiere” al espacio de la terapia y a la persona de la terapeuta la problemática de la paciente; la paciente desarrolla con la terapeuta y con el espacio una relación en la que su pasado es “traído” al momento de la terapia, con el fin de trabajarlo y elaborarlo; esa relación es la que da cuenta del tipo de vínculo que se establece entre paciente y terapeuta (Freud, 1912). Para Pichón Rivière (1997), sin embargo, la transferencia es un vínculo ficticio en el que el sujeto deposita sobre otro sujeto (el terapeuta) mediante un mecanismo de desplazamiento o de proyección, un determinado objeto interno, de tal manera que en un dispositivo analítico, la analista llega a tener las características de una figura anterior.

2.2-La importancia del vínculo

En toda acción psicoterapéutica existe el establecimiento de una relación interpersonal entre paciente y terapeuta; es la calidad emocional y relacional del vínculo entre ambas personas la parte imprescindible y determinante de la efectividad del proceso psicoterapéutico.

Para explicar el vínculo y su importancia, parece relevante consultar la “Teoría del vínculo” (2000) de Enrique Pichón Rivière, quien lo define como una relación bidireccional, donde un sujeto se relaciona con un objeto (que en psicoanálisis es otro sujeto) y viceversa (el objeto-sujeto afecta al sujeto que establece un vínculo con él).

El vínculo es una condición de supervivencia, donde las condiciones de nacimiento son de tal grado de prematuración, que es imposible que el recién nacido sobreviva sin la asistencia del otro social (Adamson, 1998), y Freud (1912) por su parte sostiene que el sujeto no es sin los otros.

Pichón piensa que el vínculo no es una estructura simple en la que hay involucrados dos elementos; este psicoanalista piensa que se trata de una estructura triangular, en la cual entra en juego un tercero en la relación: la cultura.

Esa triangularidad hace que si se modifica uno solo de los elementos de la estructura, esa estructura es modificada en su totalidad, es decir, el resto de elementos son afectados. Es esta una de las características fundamentales de la intervención terapéutica, y por la cual la terapeuta tiene importancia: si la estructura vincular no fuera susceptible al cambio, no valdría la pena intervenir sobre ella.

Pichón Rivière (1997) sostiene que en el centro de todo vínculo hay una relación con un objeto interno o externo (objeto-sujeto) y de esa relación resulta una conducta más o menos fija que tiende a repetirse automáticamente. De esta forma se obtienen dos campos psicológicos del vínculo: el externo, donde el sujeto se relaciona con objetos externos, es decir, fundamentalmente con otros sujetos y eventualmente con cosas; y el interno, donde el sujeto sostiene relaciones con objetos de sus ideas, pensamientos, sueños. Pichón establece cercanía entre esos dos campos psicológicos afirmando que el vínculo interno estará condicionando aspectos externos y visibles del sujeto.

Para Pichón el vínculo es una estructura visible, controlable e investigable; de hecho establece diez tipos de vínculos claramente diferenciados. Al ser controlable, el sujeto puede llegar a conocer el tipo de relación que establece con objetos internos y externos; esto es lo que justifica la intervención psicoterapéutica, ya que si el vínculo no pudiese cambiar para un sujeto, la intervención no valdría la pena, como apuntábamos anteriormente.

1-Posicionamiento

Si hacemos un recorrido por la literatura referida al arteterapia podemos encontrar diferentes definiciones y formas de denominarla (terapia desde el arte, terapia artística, psicoterapia por el arte...) Sin embargo este apartado se encamina hacia establecer una definición más personal, combinando literatura consultada y propia experiencia.

Es evidente que el arteterapia no es una varita mágica que todo lo cura, pero sí cabe destacar que el arte de por sí puede ser beneficioso para quien lo practica (López Fernández Cao, *Reinventar la vida*, 2009: 13); con esto se pretende aclarar que si bien el arteterapia no erradica el malestar, puede aportar beneficios; el proceso artístico facilita la elaboración de aquellas experiencias o vivencias que generan malestar en el individuo.

Una de las características del arteterapia, es que maneja el lenguaje no verbal, más directamente conectado a contenidos inconscientes. El lenguaje no verbal está ligado a los procesos más primarios de la mente, con lo cual permite al individuo expresar contenidos no conscientes.

“Se trata de una práctica que ofrece la oportunidad de expresarse y comunicarse a través del lenguaje artístico, por lo que inhibe posiciones defensivas habituales y resulta especialmente adecuada para personas que tienen dificultades para comunicar o expresar sus sentimientos verbalmente” (del Río, 2006:186)

El arteterapeuta es imprescindible para que podamos hablar de arteterapia. Su presencia configura un espacio de creación distinto, pero además genera las condiciones para que sea posible el establecimiento de lo terapéutico. Es el que permite establecer un vínculo de naturaleza diferente.

El arte es el medio a través del cual es posible la relación, además de una vía de comunicación. Jean Pierre Klein, en el Congreso Nacional de Terapias Artístico Creativas de Zaragoza en 2011 sostenía lo siguiente:

“el arteterapia no concierne sólo a la persona, es una lucha o más bien una negociación con la materia (...). El arteterapia es una manera de hablar de sí mismo sin decir “yo”. La materia no es un mediador, sino un interlocutor que tiene su carácter, que se defiende, que exige. Es el terapeuta, el mediador entre él, los pacientes y la materia” (Klein, 2011).

En arteterapia el proceso es lo importante, de principio a fin. El resultado artístico (la obra producida) es un elemento muy relevante: es parte del proceso

arteterapéutico pero es también la culminación del proceso artístico; de hecho la paciente suele otorgarle más importancia que al proceso. Como se relaciona con la obra, qué le evoca, qué expectativas tenía, qué decide hacer con ella, son algunas de las cuestiones más importantes del proceso, con lo cual no hay que menospreciarla en ningún momento.

El arteterapia facilita una transformación consentida y deseada del individuo, por eso forma parte de su proyecto vital.

“Permite la sorpresa ante uno mismo, ante lo que uno es capaz de hacer sin sospecharlo siquiera, ante las respuestas libres pero diferentes, que cada uno da a los interrogantes de su vida: a sus propias preguntas y a las preguntas que los otros le formulan. Implica por ello un reto para la reflexión, para la comunicación consigo mismo; da forma a cuestiones que a menudo no pueden contestarse de otra manera que no sea el silencio, la huida, o el hábito, y contiene en sí misma la posibilidad de percibir aspectos y capacidades personales no puestas antes en juego, la posibilidad de re-colocarse ante sí mismo y reconocerse” (del Río, 2006, pp.189)

Se trabaja con la subjetividad, con la expresión y la libertad, y por lo tanto es fundamental desmarcarse de los juicios de valor, los cuales preocupan sustancialmente a las participantes por aquello del “yo no sé dibujar”; es importante establecer ese marco de seguridad y contención donde la participante se sienta cómoda para expresarse de la forma deseada.

2-Intervención: reflexiones previas

2.1-El diagnóstico

Según la teoría consultada sobre los TCA, la relación entre la paciente y la terapeuta se presentaba difícil de conseguir, lo cual era motivo de preocupación, ya que establecer el vínculo en una práctica arteterapéutica es algo fundamental.

Como actitudes no colaborativas en este tipo de pacientes se presentaban:

- La resistencia terapéutica (desde una perspectiva psicodinámica)
- La disconformidad con el tratamiento (desde una perspectiva cognitivo-conductual)
- La resistencia de las pacientes podían estar asociadas a factores vinculados a sí mismas, a variables vinculadas a la terapeuta y a las características de la relación terapéutica.

Así, era inevitable consultar qué tipos de resistencia (Golfried, 1982) podrían encontrarse a la hora de realizar una intervención, con el fin de preparar la propia actitud frente a la práctica. Las pacientes podrían mostrar un pesimismo respecto al cambio (por un temor a nuevas situaciones producidas por ese cambio), una contradicción a las “reglas” de la terapia que suprimirían ciertas conductas (reactancia psicológica), lo cual podría conllevar trasgresiones del encuadre arteterapéutico en repetidas ocasiones. Fueron apreciaciones tenidas en cuenta a la hora de planificar la intervención precisamente porque eran características de la enfermedad y por tanto formaban parte de la paciente.

El gran temor que surgía al planificar la intervención con pacientes diagnosticadas de TCA era precisamente la negación de participación de esas pacientes. Ellis A. (1990) recoge en sus “Formas de Resistencia” a la terapia una serie de prejuicios y actitudes contraproducentes de los terapeutas como el rechazo a la paciente, la baja tolerancia a la frustración y el fracaso y la personalización de la resistencia de la paciente, entre otras. La preocupación de “¿sabré hacerlo?” por tanto era inevitable que estuviera presente. Igualmente Ellis también recoge otras formas de resistencia atribuibles a creencias, distorsiones, sentimientos o motivaciones propias de la paciente, y resistencias derivadas de la relación vincular entre paciente y terapeuta (diferencia de edad, sexo, características personales, sentimientos, etc.). Esto supuso un ejercicio personal de concienciación de posibles acontecimientos que sucederían en la práctica; no obstante cabe destacar que por mucha concienciación, a la hora de la práctica todo es diferente, tanto en lo que se refiere a lo positivo como a lo negativo.

2.2-El riesgo de la superficialidad: la salvadora

Cuando se plantea hacer un taller de arteterapia, una de las cosas que se tiene en mente es el poder ayudar a otras personas; no deja de ser cierto que se proporciona ayuda, sin embargo es fácil caer en la superficialidad y pensar que todo lo que se haga será beneficioso para la persona que participe en el taller. La intención claramente, es beneficiar a esa persona, pero es peligroso creerse poseedora de la verdad. Uno de los principios del arteterapia es que las arteterapeutas somos acompañantes del proceso vital de otra persona, de una porción de su vida que nos deja ver, y del cual vamos a formar parte porque ella, a

modo de regalo así lo ha decidido, por lo tanto debemos responder con la misma generosidad y posicionarnos al lado suyo, y no por encima, como el conocedor de su “mal”; nadie mejor que ella se conoce.

2.3-Empatía y seducción

Lo que popularmente se conoce como empatía, Howard Gardner (1999) lo llama “inteligencia interpersonal”, siendo una de las ocho inteligencias que Gardner recoge en su “Teoría de las Inteligencias Múltiples”. La inteligencia interpersonal comprende la desventura de entender a los otros y relacionarse eficazmente con ellos. Incluye una gran sensibilidad para entender las expresiones faciales, la voz, los gestos, las posturas, para responder adecuadamente.

La empatía es una capacidad y requiere de comprensión hacia la otra persona y sus emociones. No obstante, la definición más escuchada de este término, es “posicionarse en el lugar del otro”, lo cual podría decirse que no recoge ciertas dificultades que surgen a la hora de posicionarse en ese lugar; es decir, una persona no puede posicionarse en el lugar de otra ya que las circunstancias que rodean a una no son las mismas que las que rodean a otra, y lo mismo ocurre con la forma de percibir las cosas, donde cada una puede dar su interpretación y asimilar el entorno y sus acontecimientos de forma muy diferente.

La empatía por tanto fue una de las cosas tenidas en cuenta a la hora de organizar la intervención arteterapéutica, precisamente para intentar posicionarse tan cerca de la otra persona e intentar comprender el mundo con una mirada lo más similar posible.

Dadas las características del TCA, las personas afectadas podrían transmitir (o no) un discurso verbal muy elaborado acerca de su manera particular de vivir e intentar convencer a la terapeuta de que ese modo de vivir era beneficioso (para descartar la idea de estar enfermas). La seducción de la paciente a la terapeuta jugaría entonces un papel importante, mediante la negociación, la manipulación, etc. Surgía entonces la pregunta “¿por qué no dejarme seducir?” Cabía la posibilidad de que a través de esa seducción la paciente se acercara más a la terapeuta, lo cual ayudaría a establecer el vínculo; la cuestión era dejarse seducir sin correr el riesgo de tener hacia las pacientes sentimientos lastimeros como la pena por lo que están

viviendo; por tanto, mediante la empatía y esa posible seducción “segura”, podría establecerse una relación inicial, fundamental para el comienzo de la terapia.

3-El vínculo en arteterapia.

Ya hemos apuntado anteriormente que una de las características del arteterapia es que para que esta sea efectiva es necesario establecer un vínculo, del tipo que sea; para que se establezca ese vínculo la tarea de la arteterapeuta resulta fundamental, en el sentido de que ésta sirve de mediadora entre ella, la obra y la paciente. Como apunta Pichón Rivière (1997), el vínculo es una relación triangular y bidireccional entre el sujeto, el objeto-sujeto, y un tercer objeto-sujeto que es el Otro cultural-histórico-social, donde una alteración en uno de los tres elementos de la estructura vincular afecta a los otros dos elementos de esa estructura. Cualquiera de sus tres elementos sirve de nexo entre los tres para que pueda haber un vínculo.

En arteterapia sucede algo similar, si se produce alguna modificación vincular entre la obra, la paciente y la terapeuta, todos los elementos serán modificados; y es uno de los propósitos, la continua evolución del vínculo para el beneficio de la terapia y en consecuencia para el beneficio de la paciente.

Podría plantearse entonces que para que el vínculo, como lo plantea Pichón Rivière sea vínculo es necesaria la participación siempre de un tercer elemento para unir a los dos sujetos iniciales, del mismo modo que en arteterapia la obra es la unión entre terapeuta y paciente, la paciente es la unión entre obra y terapeuta, y la terapeuta es la unión entre obra y paciente, así los tres elementos tienen la misma importancia en la terapia y sin uno de ellos el vínculo y por tanto la terapia no serían posibles.

Si hacemos una comparación en cuanto al vínculo que se establece en arteterapia y el vínculo que puede establecerse con otro tipo de terapias como la psicológica o la psiquiátrica, encontramos una gran diferencia que el Dr. Beato señala en la entrevista realizada para esta investigación:

“Con el psiquiatra o psicólogo, o enfermería, tienen una relación un poco de abajo-arriba, de tener que cumplir unas expectativas, de tener que someterse a unas exigencias y eso les confluenta con el fracaso, con la sensación de incapacidad o con una limitación a su propia independencia. Eso, es un lastre y una dificultad importante en el tratamiento. De alguna manera nosotros queremos que el paciente encuentre su propio espacio, encuentre su propio camino y desarrolle su propia individualidad. Bueno pues con el arteterapeuta eso se resuelve porque tú no les vas exigiendo, ni vas condicionándoles, ni les vas poniendo retos. Con tu trabajo facilitas que la paciente se movilice y se conozca, entonces creo que para este tipo de pacientes eso es fundamental. El arteterapia aporta una ventaja terapéutica que los métodos

tradicionales no te aportan. Lo veo como una ventaja importantísima que no se explota y debería ser utilizada. Hay pacientes que responden mejor a cuando no se les exige y se les deja desarrollar su potencial. Nosotros no nos podemos salir del guión de poner límites, de poner exigencias, de un poco estar evaluando y exigiendo, pero ahí tú tienes una postura mucho más cómoda y en eso yo creo que se basa parte de tu efectividad con las pacientes. Ellas se sienten muy cómodas”. (Anexo III b)

1-Marco epistemológico

1.1-Tipo de investigación.

El tipo de investigación que se realiza en este trabajo es de carácter cualitativo. La investigación cualitativa (Denzin y Lincoln, 1994) es multimetódica, naturalista e interpretativa; es decir, que los investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan.

La fortaleza real de la investigación cualitativa (Silverman, 2005) reside en que puede emplear datos “naturales” para ubicar las secuencias interaccionales (“como”) en las cuales se desenvuelven los significados de los participantes (“que”).

1.2-Tipo de diseño

El diseño utilizado para realizar la investigación es el estudio de caso.

Para Yin (1981) el estudio de caso responde a una pregunta empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, sobre todo cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes. Stake (1998), no muy alejado de la teoría de Yin dice que este método es el estudio de la particularidad y la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas.

1.3-Características de la observación

Se ha utilizado la observación participante, como corresponde a un diseño de investigación que busca explorar y comprender procesos relacionales.

Niveles de respuesta:

- Artístico: procesos artísticos y obra producida.
- No verbal: conductas observables, actitudes, corporalidad.
- Verbal: manifestaciones orales, manifestaciones escritas.
- Vincular: triádicas: paciente-obra-arteterapeuta; diádicas: obra-paciente; diádicas: paciente-arteterapeuta.

Materiales de observación:

- Obra artística
- Notas de campo
- Entrevistas
- Autoinformes

Tipos de registro del proceso:

- Narrativo: diario de campo
- Descriptivo transversal: informes intrasesión
- Sistemático diacrónico: Hojas de Observación

2-Plan de trabajo

El plan de trabajo que se llevó a cabo consta de 4 fases:

- Fase previa: toma de contacto y diseño de la intervención
- Fase de intervención arteterapéutica
- Fase de recolección de datos
- Fase de discusión y conclusiones

	Del 15-11-2011 al 27-12-2011	Del 28-12-2011 al 2-2-2012	Del 2-2-2012 al 10-6-2012	Del 10-6-2012 al 30-8-2012
Fase previa	-Asistencia de observadora externa en otras terapias de la UTCA -Toma de contacto -Planteamiento de objetivos			
Fase de intervención	-Contacto con material y técnicas artísticas	-Aplicación de las técnicas artísticas como terapia		
Fase recolección de	-Diario de campo -Fotografía de las obras	-Diario de campo -Fotografías de las obras	-Entrevista semiestructurada a profesionales de la	

datos	-Reuniones de equipo	-Hoja de observación -Reuniones de equipo	UTCA -Autoinforme de las pacientes	
Fase de discusión y conclusiones		-Análisis de datos -Triangulación	-Análisis de datos -Triangulación	-Análisis de datos -Triangulación -Elaboración de informe

3- Intervención-metodología

3.1-Análisis de la realidad: el hospital; la unidad; el grupo.

El Hospital

El centro donde se ha realizado el trabajo de campo (coincidente con las prácticas) es el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR). Se trata de un centro que funciona desde el año 2005, de carácter público y ubicado en la calle Obispo Rafael Torija s/n, Código Postal 13005, en la provincia de Ciudad Real.

El área directa de influencia de esta infraestructura sanitaria comprende 42 municipios de la provincia, aunque también es lugar de referencia en determinadas especialidades médicas para las otras dos áreas de salud de la provincia (Puertollano y La Mancha Centro).

El centro cuenta con Áreas asistenciales, Áreas no asistenciales, Áreas de enfermería y Área de Investigación, Docencia, Formación y Calidad. Toda la información referente a las áreas de actuación y al resto del hospital puede encontrarse en la página oficial del HGUCR: www.hgucr.es

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)

El equipo multidisciplinar de la UTCA se integra de dos psicólogos, tres psiquiatras, un internista, tres nutricionistas, dos ginecólogos, dos endocrinólogos, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, enfermeros y auxiliares de enfermería.

Enfermería es un factor clave en la hospitalización de pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Las funciones habituales de la enfermería

hospitalaria suelen dirigirse al tratamiento de las afecciones corporales (extracciones analíticas, curas o administración del tratamiento farmacológico). Sin embargo en este tipo de unidad la enfermería está especializada en salud mental, por lo que además de estas funciones, realizan otras de índole psicológica. Se trata de un tipo de abordaje clínico dentro del cual se encontrarían también otras actividades terapéuticas como: manualidades, expresión corporal, técnicas de relajación, comidas, terapias de grupo, etc.

Los objetivos del tratamiento en la UTCA (Proyecto Técnico para la Provisión de Jefatura de Sección de Psiquiatría (2009/1879) Luis Beato Fernández) (incluidos los casos de ambulatorio y las consultas externas) son:

- I-Psicopatología alimentaria
 - Aceptación y mantenimiento de un peso sano (I.M.C. de 19 y menor de 25 en adultos.
 - Capacidad de autocontrol de la alimentación, sin restricciones dietéticas anómalas ni rituales o conductas extrañas alrededor de la comida.
 - Mejoría en la percepción corporal; aceptación y valoración del propio cuerpo.
 - No existencia de limitaciones de su actividad profesional o emocional por problemas de relaciones con su figura o con la dieta.
- II-Adecuada capacidad de la resolución de sus conflictos
 - Desarrollo por parte del paciente de capacidad para distinguir la sintomatología somática, cognitiva, emocional o de posibles alteraciones psicopatológicas.
 - Adquisición del suficiente autoconocimiento que le permita detectar adecuadamente los factores estresantes que pueden aparecer en su medio.
 - Habilidad para desarrollar estrategias adaptativas ante situaciones de estrés o de cambio.
 - Flexibilidad para adaptarse de forma estable a las posibles variables en su entorno.
- III. Adquisición de sentimiento de propia identidad, basada en unas conductas saludables:
 - Aceptación de sus características personales.

- Aceptación de sus circunstancias y de las variables que le rodean.
- Capacidad de respuesta propia y adecuada ante situaciones que percibe como amenazantes a su bienestar.
- Aceptación de las consecuencias de sus planteamientos, acciones u omisiones.
- Reconstrucción y fortalecimiento de 'apoyos' internos.
- IV. Restablecimiento de su capacidad para iniciar relaciones y actividades laborales apropiadas:
 - Posibilidad de establecer relaciones interpersonales adecuadas (no dependientes y con capacidad para mantenerlas en relación a intereses personales).
 - Capacidad en el desarrollo de actividades curriculares y profesionales proporcionadas a la recuperación de su proceso y a las habilidades previas a su trastorno.

Los objetivos específicos de un ingreso hospitalario en la unidad son los siguientes:

- Conseguir, en medio hospitalario, la incorporación de hábitos alimentarios sanos. Esto exige la intervención de personal entrenado, dedicado a controlar la ingesta, post-ingesta y posibles maniobras purgativas.
- Interrumpir el círculo vicioso de atracones-purga. Se han demostrado ineficaces los ingresos para controlar los vómitos en plantas de hospitalización psiquiátrica de agudos o de Medicina Interna. La "habilidad" de estos pacientes exige que no tengan acceso a lavabos, recipientes no controlados, ropa sucia, bolsas, etc.
- Favorecer, en pacientes refractarios a la ganancia de peso con otros abordajes; tanto ambulatorios como hospitalarios; la adquisición y el mantenimiento de un estado nutricional sano que les facilite la posibilidad de curación y prevenga de la aparición de complicaciones orgánicas. Para conseguir la regularización alimentaria de pacientes que llevaban años sin un aporte calórico adecuado, o sin tomar algún tipo de alimento, es necesario un ambiente estructurado, con normas claras de actuación y el apoyo fundamental de otros pacientes más motivados o en otras fases de la enfermedad que comprenden y estimulan al paciente. La labor del grupo

de pacientes ingresados es el arma terapéutica más eficaz e imposible de sustituir en estos pacientes. De hecho, ninguna pauta hospitalaria es tan efectiva como el estímulo y apoyo de sus propias compañeras.

- Posibilitar al paciente la salida del medio familiar cuando este esté demasiado desestructurado o desbordado por la situación derivada de sus alteraciones alimentarias.
- Intervenir de forma más intensa en pacientes gravemente alterados e incapaces de modificar su psicopatología alimentaria con tratamiento ambulatorio.

En la UTCA las pacientes están sujetas a un estricto horario durante el día:

8'30 h.: Levantarse, control de peso y de constantes, toma de analítica si procede y actividades de aseo personal si estuvieran permitidas.

9'00 h.: Desayuno supervisado

10'00 h.: Reposo en sala de estar y terapia ocupacional o aula hospitalaria en pacientes en edad de escolarización obligatoria.

Entrevistas individuales con el psiquiatra y el psicólogo.

11'30 h.: Actividades comunes de la planta (Grupos: Imagen corporal, Autoestima, Psicoeducativo). Expresión corporal.

13'00 h: Comida supervisada

13'45 h.: Grupo de relajación, reposo.

15'00 h.: Actividades manuales que faciliten el reposo tras la ingesta y favorezcan la distracción de sus pensamientos disfuncionales en relación al peso y la comida.

16'30: Paseo en el patio del Hospital de Día

17'00 h.: Merienda y reposo.

17'45 h.: Salidas o visitas de familiares.

20'15 h.: Cena.

21'00 h.: TV.

23'00 h.: Vaso de leche azucarada con una pieza de bollería (en algunos casos el vaso de leche se puede sustituir por un batido)

0'00 a 0'30 h.: Apagar las luces.

Se atienden a pacientes adultas y adolescentes en régimen hospitalario o ambulatorio, que hayan sido remitidas desde otros dispositivos de atención sanitaria y que no hayan respondido al tratamiento habitual en su Equipo de Salud Mental.

Sólo podrán ser ingresadas en esta unidad aquellas pacientes que ya hayan iniciado un tratamiento previamente (ya sea ambulatorio, de consulta externa o de hospitalización) y en las que se hayan demostrado ineficaces otras intervenciones ambulatorias. El ingreso nunca será urgente ya que se deberán haber agotado previamente todas las posibilidades extrahospitalarias. Es muy importante antes de realizar un ingreso, analizar la posible prioridad de otras pacientes, los recursos terapéuticos extrahospitalarios empleados, la adecuación de intervenciones llevadas a cabo hasta el momento y la posibilidad de intervenciones familiares.

Es fundamental considerar los objetivos pretendidos con el ingreso y la posible situación tras el alta.

Los criterios de ingreso hospitalario obedecen a *indicaciones orgánicas* (índice de masa corporal menor de 13,5, o una caída rápida mayor del 20% en los últimos 6 meses, hipoglucemia, etc.) o *psiquiátricas* (riesgo de suicidio, situación familiar intolerable o fallo del tratamiento ambulatorio por ejemplo).

Actualmente todas las pacientes que se encuentran en la unidad están de forma voluntaria.

El grupo

El grupo de participantes ha variado en número y en usuarias durante el periodo de talleres de arteterapia, es decir, no siempre han sido las mismas personas ni ha habido el mismo número de asistentes. El máximo de número de asistentes ha sido 10 personas (nº de camas disponibles en la unidad).

Las participantes han sido siempre mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 47 años, diagnosticadas de Anorexia Nerviosa (la gran mayoría), Bulimia Nerviosa o Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado; en ciertas ocasiones la enfermedad relacionada con la alimentación va acompañada de otras patologías mentales como el Trastorno de Personalidad.

Parece relevante añadir que en el grupo ha habido:

- Pacientes con y sin permisos para salir al exterior durante unas horas determinadas al día.

- Pacientes con y sin permisos para contactar con el exterior (vía telefónica o telemática)
- Pacientes con y sin permisos para salir al patio de la unidad, acompañadas del personal sanitario de la unidad durante unas horas determinadas a la semana.

No se trataba de un grupo homogéneo; existían subgrupos, dependiendo de la duración del ingreso (si eran veteranas o no), de creencias religiosas y compatibilidad de caracteres.

Ha sido un grupo comprometido con el acuerdo inicial; por lo general enmarcado en un ambiente confiable, agradable y tranquilo.

3.2-El taller de arteterapia

-Encuadre

Dentro de un marco que ya está establecido, que es la propia unidad, se ha podido establecer un espacio diferenciado para las sesiones de arteterapia. Ese marco fue establecido en un inicio con un acuerdo en el que participaron pacientes y arteterapeuta.

El acuerdo inicial quedó expuesto en la sala donde se realizaron las sesiones y en él se recogían los siguientes elementos:

- Confidencialidad
- No agresión verbal ni física
- Respeto hacia la otra persona
- Respeto hacia una misma
- Respeto hacia el espacio, los materiales y las obras
- Libertad de expresión
- Decisión del futuro de la obra
- Decisión sobre si mi obra puede ser fotografiada por la arteterapeuta

El planteamiento de las sesiones fue el siguiente:

- Recibimiento: aquí se recogen diferentes aspectos.
Pasan al baño

Se cambian de pijama si en la técnica de hoy hay posibilidad de mancharse

Hasta que no estamos todas no empezamos

- Preparación del espacio y los materiales
- Explicación de la técnica
- Desarrollo
- Exposición de obras
- Puesta en común y reflexiones
- Recoger y limpiar el espacio y los materiales
- Despedida

Temporalización:

- Duración de la sesión: 1,30h
- Frecuencia: tres sesiones a la semana. Martes, miércoles y jueves de 18h a 19,30h.
- Duración de la intervención: desde el 15 de Noviembre de 2011 hasta el 2 de Febrero de 2012.

La temporalización de las sesiones estuvo sujeta, en cualquier caso, a modificaciones según las necesidades de la UTCA. En el caso de las sesiones conjuntas con la Terapeuta Ocupacional el horario fue de 10 a 11,30 los martes o los jueves, dependiendo de la semana.

En cuanto a la administración de material, se pudo contar con todo el material disponible en el Aula Hospitalaria Pediátrica:

- Soportes (cartulinas, folios, papel de color,...)
- Gráficos (lápices, ceras, rotuladores, bolígrafos...)
- Pictóricos (acrílicos, acuarelas, pigmentos...)
- De volumen (arcilla, plastilina, lana...)
- Naturales (hojas, ramas, cortezas, semillas, arena, tierra...)
- Reciclados (cartones, papeles, plásticos, pelotas, esponjas...)
- Herramientas (cola, pinceles, tijeras...)

El espacio donde se realizaron las sesiones fue la sala multiusos de la UTCA, contaba con:

- Una mesa redonda grande
- Una mesa pequeña auxiliar
- Diez sillones
- Diez sillas
- Luz natural y artificial agradable
- Temperatura agradable
- Espacio libre en el suelo para poder trabajar
- Paredes para exponer

En un principio se propuso hacer las sesiones en el comedor, porque resultaba más amplio y disponía de agua corriente, pero las normas de la unidad, que establecían que el comedor era de uso exclusivo para las horas de la alimentación, no lo permitieron.

-Beneficiarias

El único criterio que se estableció para poder participar en el taller de arteterapia fue que la participante estuviera ingresada en la UTCA.

En total han sido 17 participantes, que han ido variando desde el inicio del taller hasta que se concluyó éste.

Han sido mujeres diagnosticadas de TCA, con edades comprendidas entre 18 y 47 años.

-Objetivos

Detección de necesidades

Al no disponerse de un periodo de observación previo a la intervención, el diseño de ésta se basó en la teoría revisada hasta el momento.

Como punto de arranque se tomaron en cuenta algunas necesidades que se consideraron importantes, a tenor de la literatura consultada:

- Ser escuchadas y comprendidas
- Encontrar una vía de desahogo
- Ser capaces de relajar el cuerpo y la mente con el fin de alejarse de los pensamientos que encaminan favorecer la enfermedad

- Enfrentarse a miedos y emociones negativos
- Aprender a socializarse
- Encontrarse a sí mismas

Estas necesidades fueron tenidas en cuenta desde el inicio de las intervenciones. Sin embargo, se habilitó un primer periodo de 1 mes, durante el cual se utilizaron algunas técnicas arteterapéuticas que ayudaran a discriminar otras posibles necesidades quizás más específicas del grupo.

Durante este periodo se pudieron observar algunas particularidades que las caracterizaban:

- -Intolerancia al descontrol
- -Intolerancia a la frustración
- -Apatía constante
- -Dificultad para interactuar con las personas de la planta
- -Dificultad para trabajar en equipo
- -Dificultad para comunicar sensaciones y sentimientos

También otras características, que podríamos describir como:

- Ganas de salir de la enfermedad (hay que recordar que ingresan voluntariamente)
- Afán por descubrirse
- Cumplir un único objetivo: ser dueñas de sus vidas

A partir de aquí y para poder establecer un objetivo ajustado a la realidad del centro, del grupo y de las pacientes, se consideró necesario mantener una reunión con el equipo de facultativos. De ese encuentro conviene destacar tres aspectos fundamentales para el trabajo: el trabajo en equipo, la comunicación entre ellas y la comunicación con ellas mismas.

Esas recomendaciones coincidían en gran medida con lo que se había observado en el taller, y tenían relación directa con las fortalezas detectadas. De esta manera pudo ser formulado el objetivo principal:

-Facilitar la comunicación y la expresión a través de dos estrategias básicas:

- Fomentar el trabajo en equipo
- Favorecer la expresión de sensaciones y sentimientos

Metodología

A fin de poder cumplir con el objetivo propuesto, se delinearon una serie de estrategias básicas en relación con:

- La libertad: proporcionando un entorno seguro a la hora de exponerse y transmitirse a sí mismas y para con las demás
- La no directividad: dejando a cada persona que guíe su propio trabajo
- La decisión de participar activamente, pasivamente o no participar en la sesión

Con estos puntos de partida, el taller de arteterapia se desmarcaba claramente del resto de vías de abordaje presentes en la unidad, ya que todas las terapias eran obligatorias y directivas. No obstante se mantuvo en todo momento la consideración de que la arteterapeuta y por lo tanto el taller de arteterapia deben adaptarse al centro, y no al contrario, por lo que era importante generar un espacio que , aun manteniéndose dentro de los lineamientos expuestos, no resultara transgresor con el resto de propuestas ofertadas por el centro.

Durante el periodo inicial del taller de arteterapia, lo que ocurría en éste no afectaba aparentemente al día a día de las pacientes y equipo sanitario. Sin embargo el taller pronto empezó a cobrar importancia y se hizo un hueco en la unidad; algunas pacientes comenzaron a trasladar lo que ocurría en el taller, llevando sus obras a las terapias individuales; en otras ocasiones eran las psicólogas o psiquiatras las que les proponían llevar las obras y dedicar un tiempo a reflexionar en torno a ellas. Fue entonces cuando se requirió la presencia de la arteterapeuta en las reuniones de equipo diarias, con el fin de aportar cualquier relevancia referente a las pacientes que se considerara importante para el seguimiento psiquiátrico y psicológico.

Este hecho fue de gran importancia, puesto que permitió a la arteterapeuta conocer más a cada paciente y en qué línea se estaba trabajando en ese momento.

La terapia ocupacional goza de un lugar consolidado en la unidad, y se consideró tan oportuno como interesante realizar sesiones conjuntas de terapia ocupacional y arteterapia. Así mismo, puesto que los principios básicos de cada una de estas terapias no coinciden en su totalidad, se llegó a un consenso entre las dos terapeutas para organizar los talleres de forma que resultaran beneficiosos para las pacientes, sin crearles contradicciones a lo que ellas ya conocían de cada terapia; igualmente se organizaron los talleres de tal forma que ambas terapeutas pudieran cumplir sus objetivos generales.

4-Participantes y criterios de inclusión

Para esta investigación se han considerado los siguientes criterios de inclusión:

- Asistencia regular al taller (asistencia a un mínimo de 10 sesiones)
- Firma del consentimiento informado (Anexo I)
- Asistencia regular al resto de terapias ofertadas por el centro
- Desarrollo de modalidad relacional consolidada en alguno de los tres aspectos que se contemplan en la investigación

De las 17 participantes de la intervención arteterapéutica, 7 asistieron a más de 10 sesiones, y 10 decidieron firmar el consentimiento informado; las 17 asistían al resto de terapias ofertadas por el centro, y con 8 se consiguió desarrollar una modalidad relacional consolidada en alguno de los tres aspectos que se contemplan en la investigación; con lo cual finalmente son 6 las que han participado en la investigación por cumplir todos los criterios de inclusión requeridos para ésta.

5-Evaluación: instrumentos de recogida de información y vías de análisis

5.1-Instrumentos de recogida de información

Con el fin de otorgar de validez interna a la investigación, se ha tenido en cuenta:

- Recoger y cotejar la información en diferentes momentos del proceso con otros profesionales (el Dr. Luis Beato Fernández, psiquiatra del centro; Ana Belén Jurado, terapeuta ocupacional; equipo médico de la unidad, y María del Río Diéguez, arteterapeuta).
- Llevar a cabo un trabajo de supervisión sistemática, en el que se analiza la posición de la observante participante y el rol que se asume en el grupo, así como lo que eso implica en cuanto a cambio o modificación de realidades en las participantes.

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido los siguientes:

- Diario de campo. Se ha considerado el instrumento fundamental para obtener información acerca de las participantes de la investigación. En él se encuentran descritas todas las sesiones del taller, proceso, resultados y puestas en común, así como reflexiones de la arteterapeuta sobre la evolución del taller y sus participantes, acontecimientos importantes que sucedían en la UTCA fuera del horario del taller, y datos relevantes para el taller que se trataban en las reuniones diarias con el equipo médico. Dicho instrumento se iba haciendo mediante notas de campo en cada sesión, y posteriormente, una vez acabada la sesión se procedía a describirla, anotando cuantas observaciones y reflexiones se desprendieran de las sesiones de discusión y supervisión.
- Reuniones con el equipo médico. Se realizaban diariamente; en ellas se dedicaba un tiempo a hablar de cada paciente, de su evolución, tratamiento, comportamientos y actitudes con el entorno de la UTCA. Las reuniones quedaban recogidas en el diario de campo.
- Documentación fotográfica. Se realizaban fotografías de todas las obras terminadas (a petición de la paciente) de aquellas participantes que hubieran firmado el consentimiento informado. Las imágenes quedaban recogidas en el diario de campo.
- Hojas de registro. Para el inicio de esta investigación se plantea la posibilidad de usar una hoja de registro diaria (Anexo II) y otra hoja de registro del total de sesiones en las que la paciente ha participado que permita confrontar información de unas sesiones con otras, y así poder establecer una descripción de la participante y su evolución.

- Entrevista semiestructurada (Anexo III). Se ha obtenido información sobre las pacientes y el funcionamiento de la UTCA realizando entrevistas semiestructuradas a personal de la unidad, concretamente a Flor, Enfermera y a Eva Angelina, Auxiliar de Enfermería (Anexo III a), al Dr. Luis Beato Fernández, Jefe de Psiquiatría del HGUCR (Anexo III b), y a Ana Belén Jurado, Terapeuta Ocupacional (Anexo III c).
- Grabaciones. Las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas bajo consentimiento del informante con el propósito de poder transcribirlas y así poder usar la información otorgada lo más fiel posible.
- Autoinforme. A las tres pacientes elegidas para ser estudio de caso se les propuso hacer un autoinforme donde explicaran lo que el Taller de Arteterapia había supuesto para ellas. Dicho informe se pidió intencionadamente dos meses después del fin de las intervenciones, considerando que había pasado tiempo suficiente para la reflexión sobre los talleres por parte de las pacientes. Los autoinformes finalmente conseguidos fueron dos, de la paciente del caso 1 (Anexo IV) y de la paciente del caso 3 (Anexo V)

5.2-Vías de análisis

Fundamentalmente la técnica utilizada para el análisis de la información son la discusión y el acuerdo consensuado. Se ha hecho en dos sentidos:

- Contrastando con el marco teórico.
- Contrastando con profesionales internos a la UTCA en reuniones diarias de equipo multidisciplinar y contrastando con profesionales del Arteterapia en reuniones semanales

PARTE IV-Resultados y conclusiones

1-Explicación del análisis

Siendo el objeto de estudio la modalidad de vínculo arteterapéutico desarrollado durante la intervención, se ha procedido a su observación en función de cuatro áreas: la interacción (verbal y no verbal), la expresión (de emociones, de ideas y de deseos), el control y reacción (ante la frustración, los impulsos y las críticas), y el tipo de vínculo con la arteterapeuta.

Éstas se han registrado diariamente en la Hoja de registro (Anexo II). De todas ellas, algunas (lo relativo a los objetos de expresión y al control-reacción de impulsos) se han revelado poco significativas desde el punto de vista del análisis que hemos realizado; el resto, por el contrario, han ofrecido resultados interesantes, que han dado lugar a un intenso proceso de reflexión y han conducido a una mayor comprensión de lo sucedido.

La interacción: permite obtener información acerca de las vías relacionales más significativas (compañeras, obra, arteterapeuta). Se ha dividido en verbal y no verbal.

Vínculo: teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, parecía pertinente observar detenidamente el tipo de vínculo que la paciente establecía con la arteterapeuta, ya que dependiendo de éste, la actividad artística y por lo tanto terapéutica podría variar. Esta área tiene una relación estrecha con la transferencia de la paciente hacia la terapeuta. Los tipos de vínculos que se han tenido en cuenta a la hora de planificar la observación han sido los siguientes:

- Obediencia: donde la paciente se limita a realizar lo que la arteterapeuta propone. (Recordar que las normas de la UTCA establecían que las terapias eran obligatorias). En un principio las pacientes pensaron que realizar o no los talleres podría ser motivo de negociación con los facultativos de la unidad.
- Dependencia: en este tipo de vínculo la paciente demanda toda la atención posible de la arteterapeuta, ya sea para realizar o no la obra.
- Confianza: con este tipo de vínculo se establece una comunicación fluida ante los acontecimientos que surjan durante la intervención.

- Recelo o Desconfianza: se trata de una relación con connotaciones de desconfianza hacia la arteterapeuta y las actividades que se plantean.
- Temor: la paciente siente a la terapeuta y al taller arteterapéutico como una repercusión negativa a su persona.
- Evitación: el contacto con la arteterapeuta es mínimo.
- Ambivalencia: este tipo de vínculo se basa en la dependencia más la agresividad, donde la paciente reclama toda la atención posible pero a la vez tiene la necesidad de defenderse ante los que cree que es amenazante.
- Agresividad: la paciente ve al taller arteterapéutico y a la terapeuta como una amenaza de la cual tiene que defenderse.

Expresión: en relación con el contenido o el objeto de la expresión.

- La expresión de emociones, de índole negativa y positiva.
- La expresión de ideas, propias o copiadas de otras compañeras, o la ausencia de éstas.
- Y a la expresión de deseos: tangenciales (donde el deseo se le atribuye a otra persona), secundarios (donde se expresa algo como puente para poder expresar otro deseo), centrales (donde el deseo es el tema central) y la ausencia de deseos.

Control y reacción: se refiere a la forma de afrontamiento ante estímulos que resultan indeseables. Se discriminan tres tipos:

- De tipo emocional: implica un estímulo que se interpone en la consecución de los objetivos de la persona y la desestabiliza emocionalmente produciendo frustración, y a lo que ésta hace para neutralizarlo.
- De tipo pulsional: implica estímulos que exigen una descarga inmediata: impulsos y a lo que la paciente hace para neutralizarlos.
- De tipo cognitivo: implica estímulos que cuestionan el sistema de creencias de la persona: críticas, desestabilizándola cognitivamente, y a lo que hace para neutralizarlas.

Con control nos referimos a un tipo de mediación que supone un ejercicio de represión e inhibe la posibilidad de elaboración. Este tipo de control es un

mecanismo habitual en estas pacientes, que se revela como el único eficaz ante la imposibilidad de afrontar los problemas de otra forma. Pero las consecuencias son inevitables.

A medida que el control aumenta, aumenta también la distancia emocional con el entorno, lo cual podría leerse de diversas formas, entre las que se podría recoger que la paciente se siente “satisfecha” con su actual modo de vida y no va a cambiarlo.

Como contrapartida, la paciente atraviesa por momentos de descontrol (evidentes en el caso de bulimia) durante los cuales se desborda. En estos momentos la única vía de contención que encuentra posible es la de invalidarse para la acción responsable (convertirse en una niña pequeña a la que hay que proteger), dando lugar a relaciones de dependencia.

2-Estudio de casos

2.1-Criterios de selección

Se han seleccionado tres casos para exponer los resultados de la investigación, cada uno de los cuales resulta especialmente adecuado para describir el proceso arteterapéutico en función de la modalidad del vínculo desarrollado durante la intervención.

Dicha modalidad la describimos en función de la especificidad que plantea el modelo de intervención arteterapéutico, articulado alrededor de tres polos: paciente, obra y terapeuta.

Se describen tres tipos de modalidades relacionales:

- **Paciente-obra-arteterapeuta:** modalidad específicamente arteterapéutica, en la que la persona se pone en juego a través del proceso de creación, siendo éste el motor del proceso terapéutico. Implica una disposición específica, no a crear, sino a permitir la circulación y transferencia de la vida a través de la creación, en pos de su transformación.
- **Paciente-obra:** modalidad que describiremos como artística. Se produce un proceso de creación artística, que excluye (a veces deliberadamente) la dimensión terapéutica. Si bien se constata beneficio, éste se

circunscribe a todo aquello que la propia actividad artística procura a quien la realiza.

- Paciente-arteterapeuta: modalidad que describiremos como psicoterapéutica, donde la obra, el proceso de creación, aparecen como elementos presentes en el proceso pero no constitutivos de éste. Encontramos muchas veces aquí que, si bien la obra se configura como depositaria de aspectos de la paciente (proyectivos), no es eficaz a efectos de elaboración.

2.2-Casos

Caso 1-Marina: Relación arteterapéutica.

Perfil de la paciente

Marina. Mujer de 24 años, española, diagnosticada de Anorexia Nerviosa en Fase Aguda, ingresada en la UTCA del HGUCR, con tratamiento farmacológico y tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, IMC por debajo de 15; de aspecto cuidado, obsesión por la limpieza y el orden, perfeccionista y autoexigente. De carácter fuerte y directo, de semblante serio. Poco dialogante. Ocupa una posición de liderazgo en el grupo.

Asistencia a 19 sesiones del Taller de Arteterapia, comenzando el 16 de Noviembre de 2011 y finalizando el 2 de Febrero de 2012.

Exposición y análisis del caso¹:

TIPO DE VÍNCULO ESTABLECIDO EN LA INTERVENCIÓN ARTETERAPÉUTICA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			
Confianza-Recelo																																					
E		C		C	R		C	C	C	C		C	C																								
3		2		2	4		4	4	6	6		7	8	8																							

¹ En las graficas que se presentan, las sesiones que aparecen en blanco son ausencias debidas a permisos para salir de la unidad, no faltas de asistencia expresas al taller.

Exceptuando la primera sesión (de contacto) donde la paciente se relaciona con la arteterapeuta a través de la evitación de la misma, se observa que desde la sesión 2 a la 16, el tipo de vínculo que se establece es predominantemente de Confianza.

Las sesiones en las que aparece un vínculo mixto entre Confianza y desconfianza o Recelo, desde las sesiones 24 a la 32, se deben a cambios sobre la dinámica del taller, con los cuales la paciente manifiesta su descontento y no los acepta como correctos.

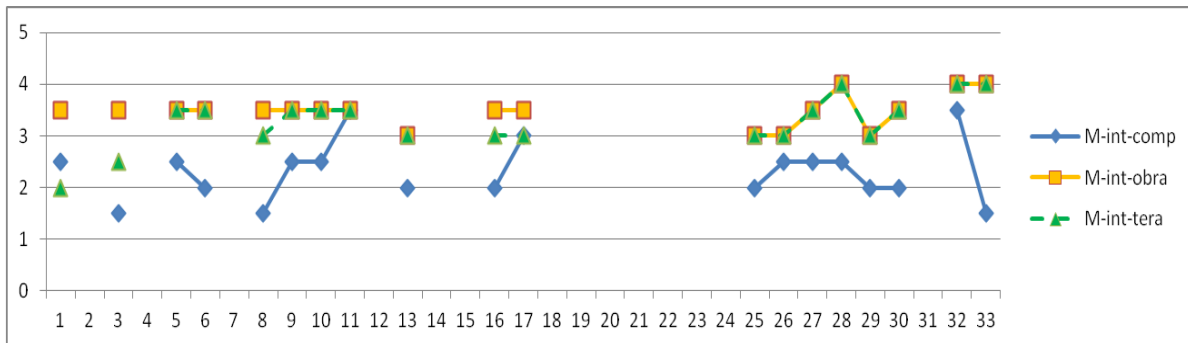
La secuencia: confianza → recelo se interpreta como secuencia “normal” congruente y que cambia constantemente, lo cual resulta positivo, ya que se manifiesta que se establece una alianza de trabajo, y transferencialmente hablando la paciente va generando y elaborando aspectos en función de los cambios producidos en la dinámica de la intervención. Esto se relaciona con características de los TCA descritos para la Anorexia:

- El perfeccionismo juega un papel importante en la conducta rutinaria, por lo que
- Cualquier cambio es percibido como una amenaza, que conllevará más cambios, los cuales exigen ser elaborados para la evolución de la terapia; aceptar esos cambios supone perder parte del control que se ejerce sobre la situación.

Parece relevante explicar, que el cambio que más problemas le ocasionó a la paciente, fue realizar sesiones conjuntas de arteterapia y terapia ocupacional, a lo que la paciente reaccionó con el tipo de vínculo de Recelo o desconfianza, manifestando así su disconformidad con el intrusismo de una persona que considera ajena al taller. Tener en cuenta también, que las sesiones comprendidas entre la 24 y la 32, en las que aparece el Recelo, son las sesiones conjuntas con terapia ocupacional, sucediendo estas por la mañana, y las sesiones donde el vínculo es de Confianza se desarrollan por la tarde del mismo día, lo cual reafirma la idea de que la paciente no esté conforme con la nueva dinámica.

Podríamos hablar de una relación ambivalente, donde Marina confía en la arteterapeuta, pero en ocasiones se siente traicionada porque ésta última no organiza el taller en función a lo que la paciente considera que “debería hacerse”. No obstante siempre decide participar activamente en las sesiones.

INTERACCIÓN



En este apartado se ponen en relación los valores que corresponden a la interacción con: las compañeras, con la obra y con la arteterapeuta en dos dimensiones, la verbal y la no verbal.

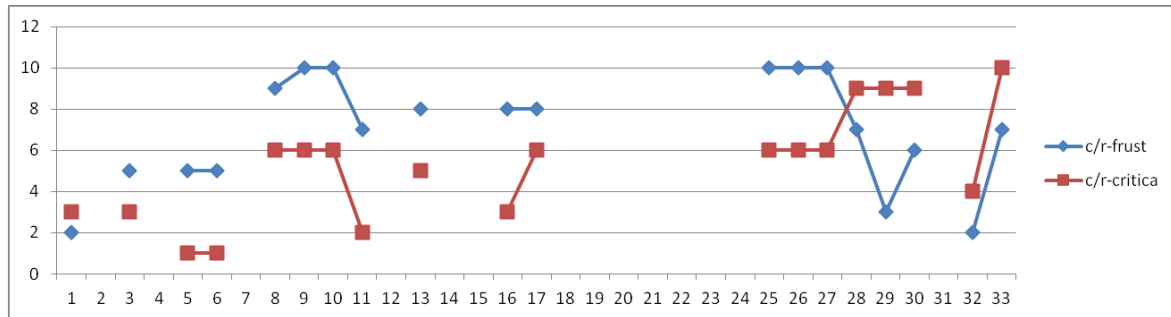
Se observa que la interacción con la obra y con la arteterapeuta se mantiene uniforme de manera homogénea a partir de la sesión 5, que es cuando el taller de arteterapia ha ido tomando forma. La interacción con las compañeras se sitúa por lo general en los valores medios, lo cual se puede interpretar como que se puede permitir prescindir de ellas.

El hecho de que la arteterapeuta y la obra se sitúen aproximadamente al mismo nivel significa para Marina que el taller se produzca, ambas tienen que estar unidas a ella misma.

Lo que nutre el trabajo terapéutico de Marina es la obra y la arteterapeuta, ambas inseparables para ella.

En esta paciente se produce una auténtica creación arteterapéutica, que implica una disposición a elaborar, en clave personal, lo que el proceso de crear va deparando; y lo hace dentro de una relación que incluye a la arteterapeuta como elemento fundamental. Para que la disposición terapéutica se produzca ha de establecerse un acuerdo, una “alianza” que disponga hacia la transformación y el cambio; para que esta disposición tome la forma de una disposición arteterapéutica, dicha alianza pasa por entender que el proceso de creación es inseparable del terapéutico: esto es, que la creación se produce en clave terapéutica.

CONTROL/REACCIÓN ANTE LA FRUSTRACIÓN Y CRÍTICA



Parece haber un control emocional mayor que en lo referente a lo cognitivo. A partir de la sesión 27 hay un descenso importante en cuanto al control emocional, estrechamente relacionado con los cambios que se producían en la dinámica de la intervención arteterapéutica, y donde el vínculo oscilaba entre la ambivalencia de dos tipos.

Marina se desenvuelve bien en situaciones donde puede ejercer control y dominio, como se puede observar en las sesiones de la 8 a la 17, donde tiene ubicada a la arteterapeuta y domina la nueva situación; una vez que se establecen los cambios (sesión 29), el sentimiento de frustración parece excesivo y ha de implicar a la cognición, ha de empezar a racionalizar para contrarrestarlo a través del control de las críticas (ella, que es veterana, debe ser capaz de adaptarse a la situación).

Las palabras que la propia Marian utiliza en su autoinforme, nos informan de los resultados. Resulta sorprendente la síntesis que hace:

-“Me han ayudado a sacar dentro de mí, de forma inconsciente, sensaciones, sentimiento, pensamientos, aspiraciones, etc., que pensaba que nunca podría llegar a expresar.

-Me han hecho retomar las artes plásticas, las cuales hacía años que no practicaba, y que además me han gustado siempre mucho.

-He podido plasmar a través del papel cosas que de otra manera no habría podido hacer.

-He pasado buenos ratos y momentos.

-He pasado tardes amenas y agradables.

-Me han ayudado a ejercitar la imaginación.

-Me han hecho sentirme útil.

- Han hecho fomentar el trabajo en equipo y la relación con los demás.
- Me han hecho ejercitar la improvisación, y con ello, dejar a un lado el perfeccionismo”

(Autoinforme: Anexo IV)

Podría decirse que Marina enumera prácticamente todos los posibles ejes de trabajo en un taller de arteterapia: Emergencia de contenidos no conscientes; vuelta a posiciones infantiles y placenteras; el papel como soporte proyectivo; disfrute; relajación (defensiva); creatividad; sentirse capaz. Hasta aquí se describen todos los objetivos que persigue un taller de arteterapia, pero además añade otro: encontrar una vía posible de generación de soluciones: la improvisación; y hacerlo como alternativa a otra, específicamente patológica en la anorexia en general y en esta paciente en particular: el perfeccionismo.

Este último objetivo cumplido resulta fundamental para mostrar la eficacia del taller como vía de abordaje terapéutico de su enfermedad. Mas aun cuando encabeza el texto poniendo por delante la dupla paciente-arteterapeuta:

“Personalmente, todas las actividades que he hecho en los días de sesiones contigo me han servido bastante”. (Autoinforme: Anexo IV)

Del análisis del autoinforme se desprende además que lo que denomina “Aspectos negativos”, hacen referencia, justamente, a aspectos que hemos señalado como estresores o desestabilizadores para ella:

- “-La falta de espacio (en algunas actividades).
- La falta de tiempo (para algunas actividades).
- El hecho de que, en la mayoría de las actividades, no había mucha intimidad por la observación del personal del hospital (algunas veces eso te cohibía y no te dejaba expresarte con total indiferencia).”

(Autoinforme: Anexo IV)

Destaca el último, con el calificativo que utiliza para definir lo que para ella sería óptimo en cuanto a la expresión: la indiferencia. Cabría preguntarse por ella.

En el anexo VI se reproducen las obras realizadas por Marina

-Caso 2-Paula: Relación artística.

Perfil de la paciente

Paula. Mujer de 23 años, española, diagnosticada de Anorexia Nerviosa en Fase Aguda, ingresada en la UTCA del HGUCR, con tratamiento farmacológico y tratamiento terapéutico individual y grupal, IMC por debajo de 15; ritualista con el alimento; perfeccionista y obsesión por el orden; aspecto cuidado, de semblante triste, dada al diálogo, agradable, entusiasta.

Asistencia a 19 sesiones del Taller de Arteterapia, comenzando el 16 de Noviembre de 2011 y finalizando el 31 de Enero de 2012.

Exposición y análisis del caso

TIPO DE VÍNCULO ESTABLECIDO EN LA INTERVENCIÓN ARTETERAPÉUTICA

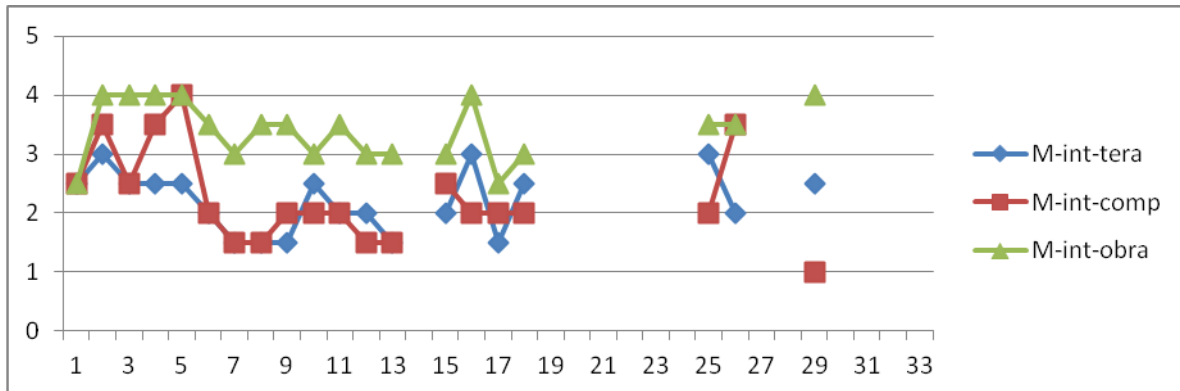
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33		
Confianza																																			
O	O	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	E		C	R	E	C																		
5	5	3	3	5	7	7	7	7	8	8	8	2		6	3	4	5																		

El principio de la relación con Paula comenzó con un vínculo breve de Obediencia, debido a que las terapias eran obligatorias según las normas de la unidad; a partir de entonces se establece un vínculo de Confianza, despuntando las sesiones desde la 12 a la 17, donde la elaboración de un hecho traumático produce cambios conductuales significativos.

El vínculo que se estableció con la arteterapeuta era el puente que a la paciente le llevaba a realizar la obra; la arteterapeuta traía los materiales y las consignas, después de eso, ésta pasaba a un segundo plano, con lo cual la relación arteterapéutica que existía estaba basada en la dupla paciente-obra, donde el vínculo de Confianza quedaba desprovisto de la confianza terapéutica; por ello es razonable pensar, que cuando la relación de la paciente con la arteterapeuta tenía tintes terapéuticos, Paula opta por vincularse con la Evitación, precisamente para no poder acceder a ella desde lo terapéutico.

Igualmente el arteterapia permite que se pueda trabajar artísticamente sin necesidad de verbalizar, lo cual fue importante para por lo menos establecer algún tipo de vínculo.

INTERACCIÓN



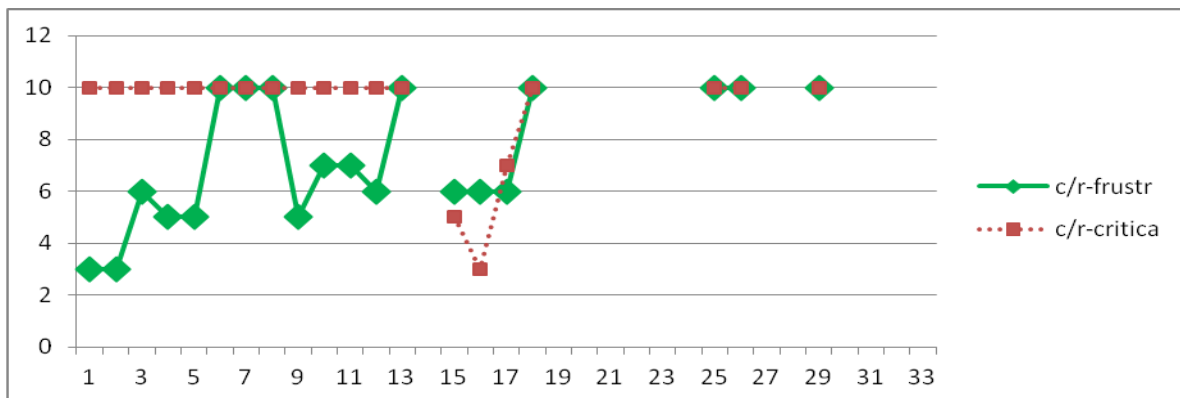
Desde el punto de vista terapéutico hay muy poco reseñable, todo el bien que la actividad le supuso tiene que ver con el trabajo artístico, ya que solo se vincula a la obra.

Paula manifiesta abiertamente que no pretende trabajar nada a nivel psicológico en los talleres de arteterapia, y que lo único que quiere es hacer actividades artísticas, como se observa en la gráfica, donde la interacción con la obra se sitúa siempre por encima de la media establecida, mientras que la relación con la arteterapeuta se sitúa en niveles más bajos, al igual que con las compañeras.

Para Paula el taller de arteterapia se convertía en un taller de arte.

Es importante señalar, que si se hubiera hecho un corte transversal y se hubiera evaluado la interacción a lo largo de la hora y media de sesión, se podría observar que al inicio la interacción con la arteterapeuta era altísima, pero una vez se le propone la actividad, ésta desaparece, dándose por concluido su cometido.

CONTROL/REACCIÓN ANTE LA FRUSTRACIÓN Y CRÍTICAS



Como se observa en la gráfica, el control cognitivo ha sido muy alto por lo general, exceptuando las sesiones 15 y 16, coincidentes con la elaboración del trauma comentado en el apartado del vínculo. Observamos también que el control emocional comenzó teniendo unos valores muy bajos, pero a medida que ha ido avanzando la terapia en la unidad han ido aumentando, hasta llegar a los valores más altos en las últimas sesiones, cuando la mejoría de Paula era evidente.

No obstante, el hecho de que esta paciente tuviera un control muy alto, no resultaba demasiado positivo para lo que a lo terapéutico se refiere, ya que como característica de los TCA encontramos que cuanto mayor control se ejerce, mayor es la distancia emocional que interponen en las relaciones interpersonales, a modo de escudo para no poder acceder a ellas. Esto es lo que ocurre en las primeras sesiones, donde el trauma no está elaborado, y trabaja la negación a lo que le ocurre; de la sesión 15 a la 18, trabaja con el hecho traumático en sí; y en las últimas sesiones ya ha trabajado el suceso traumático y el resultado es que tanto el control emocional como el cognitivo son mucho más eficaces.

Paula no envía ningún autoinforme. Sin embargo este hecho es congruente en el tipo de relación que expresamente prefirió mantener en el taller, focalizado en su relación con la creación artística.

A la vista de su evolución, pensamos que tal vez sí llegó a escribirlo (al menos pensarlo), dado que habitualmente trataba de mantener una actitud reflexiva con su proceso, que le permitió elaborar algunas cosas; pero seguramente no tenía sentido hacernos partícipes de algo en lo que nunca habíamos tenido un lugar y que pertenecía a su intimidad. Simplemente nos fue dando largas (como suele decirse),

hasta que ya no fue necesario. Quizá, una vez más, el papel de la arteterapeuta en el proceso había sido cumplido, una vez hizo la propuesta.

Las obras de Paula aparecen reproducidas en el Anexo VII

-Caso 3-Elena: Relación psicoterapéutica.

Perfil de la paciente

Elena. Mujer de 25 años, española, diagnosticada de Anorexia Nerviosa en Fase Aguda, ingresada en la UTCA del HGUCR, con tratamiento farmacológico y tratamiento terapéutico individual y grupal, IMC por debajo de 16; muy perfeccionista y autoexigente; de carácter aparentemente alegre, muy agradecida, dada al diálogo. Asistencia a 26 sesiones del Taller de Arteterapia, comenzando el 16 de Noviembre de 2011 y finalizando el 2 de Febrero de 2012.

Exposición y análisis del caso

TIPO DE VÍNCULO ESTABLECIDO DURANTE LA INTERVENCIÓN ARTETERAPÉUTICA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Obediencia				Confianza														Dependencia													
O	O	O	O	C	C	C	D	C	C	R	D	C	C		C	C	C	D	D		D	D	D	A		D		D	D		
5	5	7	7	5	5	8	2	9	10	3	3	10	10		10	10	10	5	7		8	8	10	v		10		10	10		

Se observan tres periodos diferenciados, el primero de los cuales corresponde con la primera etapa, en la que no estaba todavía diferenciado el taller. Durante este periodo encontramos muchas veces que la relación con una nueva actividad depende, más que de la actividad en sí, de la disposición con que la persona se acerque de forma habitualmente al resto de actividades que considera “del mismo tipo”. En este caso, y dada la personalidad de Elena, inicia el taller dispuesta a obedecer.

Una vez superado este primer momento comienza a generarse una relación de confianza, que va creciendo hasta alcanzar, en la sesión 9, su grado máximo. Justo

después aparecen dos sesiones “rebote”, ambas con una actitud consistente con la confianza: primero Recelo y luego Dependencia. Se interpreta esta secuencia: periodo de creciente confianza→máxima confianza→recelo→dependencia, como una secuencia “normal” congruente, y que nos informa de dos cuestiones: cierta ambivalencia vincular (confianza-recelo) y una posible tendencia a desplazarse la relación hacia la dependencia. Ambas cosas se relacionan con aspectos del TCA descritos para la Anorexia:

- Necesidad de vínculos que ofrezcan solidez: confianza-dependencia. Hipótesis que se refuerza por la aparición de otra sesión anterior en la que ya se ha observado, aunque con valores muy bajos, Dependencia (sesión 7).
- Ambivalencia en dichos vínculos: necesidad de vincularse-necesidad de separarse, junto con dificultad para hacerse cargo de ellos (locus de control externo), lo que conduce a dinámicas ambivalentes: confianza-recelo.

Para finalizar este periodo se instala el vínculo de confianza en valores máximos, hasta la sesión 18.

A partir de aquí aparece el vínculo de Dependencia, en un grado creciente de intensidad hasta la sesión 24, en la que alcanza el máximo (10). Encontramos, como en el periodo anterior, un “rebote” en este punto, y en la sesión 25 la relación se vuelve ambivalente (dependencia + agresividad). Volvemos a encontrar una dupla consistente (dependencia-ambivalencia) que, junto con lo sucedido hasta entonces, informa de una modalidad vincular de difícil tramitación para la paciente, pero significativa, a la luz de las movilizaciones que provoca. A partir de la sesión 19 el vínculo de dependencia se consolida en valores máximos, hasta el final.

La paciente, en su autoinforme escribe:

“Cuando Ana se fue, perdimos algo más que la posibilidad de expresarnos de una forma diferente”, y luego “Por favor, no censure esta pequeña parte. Tan solo es mi agradecimiento por tu gran respeto, comprensión y apoyo. Por regalarnos siempre una sonrisa”.

(Autoinforme: Anexo V)

Parecen evidenciarse aquí varias cosas que ya se han expuesto:

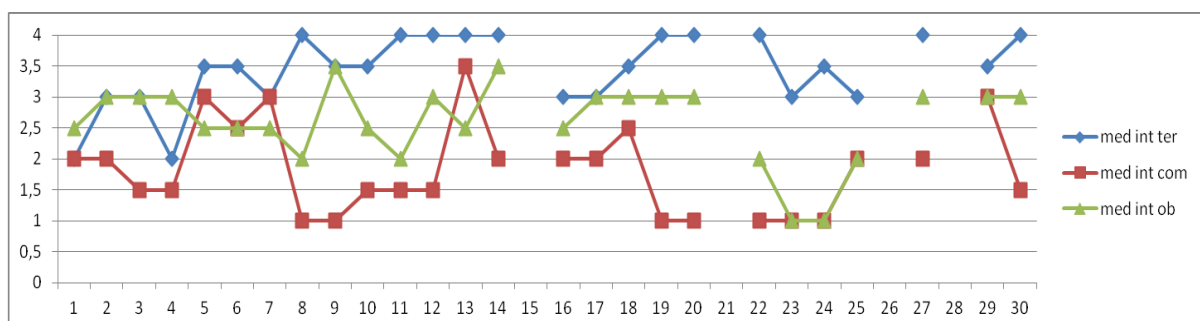
- Lo significativo y beneficioso del vínculo: lamentar la pérdida de la arteterapeuta (su marcha) más allá de lo que representa como profesional.

- La percepción de cierta inadecuación en él, como si se tratara de algo que no está bien (“no censures...”), que le lleva a tener que adecuarlo expresamente: no creas que hablo de amor, parece decir, sólo es agradecimiento.

Ambos aspectos informan de una forma vincular que se focaliza en la dupla arteterapeuta-paciente, y en la movilización emocional que supone (que podría ser expresada en términos de amor-gratitud). Una dupla que incluye la creación, pero en un plano diferente. Valora los dibujos casi como extensiones-revelaciones de sí. La relación que describe con ellos parece fundamentalmente especular “Aquel papel en blanco, tan solo me devolvía mi propio reflejo”. Una hipótesis que se fue desarrollando a lo largo del tiempo del taller y que parecía contener un elemento transferencial por el cual las producciones artísticas (los dibujos) podían ser tomadas como “el alimento” del taller; alimento que, como la comida, constituía aquello sobre lo que giraba todo, lo que proporcionaba cohesión al vínculo (el aglutinante), pero que, como con la comida, lo hacía desde lo negativo: no se dibujaba. Elena no conseguía crear: hacía y rompía, constatando “Mi rigidez y perfección; mi incapacidad para expresar y verbalizar mis sentimientos, afectos....”

Sólo a partir de la sesión 19, después del episodio descrito como de Ambivalencia, y tras el cual la arteterapeuta decide tomar distancia (separarse), Elena es capaz de terminar sus obras. El vínculo de dependencia sigue, pero ahora una parte de él, la que corresponde a la arteterapeuta, ha cambiado de posición dando lugar con ello a un movimiento fundamental, observable también en otros aspectos que veremos a continuación.

INTERACCIÓN



Se han puesto en relación los valores correspondientes a la interacción con: la arteterapeuta, las compañeras y la obra, en sus dos dimensiones (verbal y no verbal), observándose algunos aspectos interesantes:

En general se mantiene cierta homogeneidad: interacción con arteterapeuta en valores altos; con compañeras en valores bajos; y con la obra en valores intermedios.

A partir de la sesión 4 (se inicia el vínculo de confianza) se produce un incremento de la interacción con la terapeuta, primero acompañado de un incremento en la relación con las compañeras y posteriormente en solitario.

El vínculo con la arteterapeuta se mantiene a partir de la sesión 4 en valores entre 3 y 4 (muy altos).

A partir de la sesión 8, y si excluimos el pico que aparece en la sesión 13, el vínculo con las compañeras se sitúa en niveles que no alcanzan siquiera lo considerado como punto medio. Se observa además, que a partir de la sesión 18 (desplazamiento hacia el vínculo a dependencia) se incrementa la separación entre interacción compañeras-interacción arteterapeuta, y que a partir de la sesión 25 (ambivalencia y cambio de posición de la arteterapeuta) experimenta un acercamiento: el grado de interacción con las compañeras se incrementa.

Respecto a la interacción con la obra, se observa una gráfica en valores intermedios altos (2,5-3,5) hasta que se instaura el vínculo de dependencia (sesiones 18-20). A partir de ahí vemos dos periodos: uno primero en el que cae por debajo de la media (hasta la sesión de Ambivalencia) y otro segundo en el que recupera su posición en torno al valor 3.

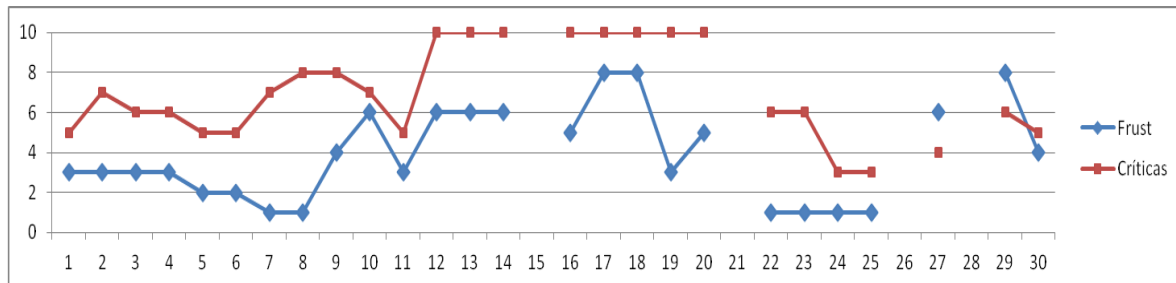
Se interpretan estos datos de forma congruente con los de la categoría anterior:

Una interacción general focalizada en la dupla paciente-arteterapeuta, dentro de la cual el papel del resto (contexto: compañeras + obra), se expresa en términos autorreferenciales: "Saber cómo manejas la frustración; cómo te relacionas en grupo; si finalmente llega la aceptación del propio trabajo, que no es más que la aceptación de una parte de ti. Si valoramos lo que hemos hecho...." Y luego "Lo más importante para mí, fue como el dolor, la amargura, las carencias, ausencias....de nuestra propia historia personal se revelan en cada dibujo".

Un incremento en la relación con la obra cuando la arteterapeuta inicia la "separación" después del episodio de ambivalencia. Este dato se revela como significativo si lo analizamos dentro de la dinámica transferencial de la que hablábamos en el apartado anterior: se intensifica la relación con las producciones artísticas (como con la comida) cuando se produce la separación; como si de esta

forma la paciente hiciera un movimiento dirigido a reactivar-estrechar la relación con la arteterapeuta.

-CONTROL/REACCIÓN ANTE LA FRUSTRACIÓN Y CRÍTICAS



Se han puesto en relación los valores relativos al control-reacción a frustración y críticas, entendiendo que los primeros se refieren a un plano más cognitivo (racionalización-control cognitivo) y los segundos a un plano más emocional.

En general se observan en toda la gráfica valores más altos para lo cognitivo que para lo emocional, pero se producen algunas inflexiones interesantes.

En las sesiones 11 y 12 (correspondientes a la secuencia recelo-dependencia observada dentro del periodo de confianza) se producen dos movimientos sucesivos especialmente significativos en el control cognitivo: bajada hasta alcanzar el valor más bajo hasta el momento (sesión 11-recelo) y subida hasta el más alto (sesión 12). A partir de ahí se instala en valores máximos hasta la sesión 20. A partir de ahí (coincidente con la entrada en el periodo de dependencia) se produce un descenso progresivo que se mantiene hasta la sesión 25 (ambivalencia), y a partir del cual se recupera, pero sin alcanzar valores tan altos como antes.

Respecto al control emocional (frustración), en las sesiones 11-12 se produce también un punto de inflexión, aunque mucho más atenuado. Sin embargo llama la atención lo que se observa a partir de la sesión 20: el control emocional decrece significativamente instalándose en valores mínimos (1) a la vez que lo hace el cognitivo, hasta llegar a la sesión 25 (ambivalencia). A partir de ahí, y como sucediera con el cognitivo, crece de nuevo hasta alcanzar valores máximos (8) y, lo más llamativo, colocarse por encima del cognitivo por primera vez.

El análisis de estos movimientos es congruente con los anteriores, especialmente en lo relativo a las sesiones 25-30.

Se constata que el control cognitivo que hace Elena es más eficaz que el emocional; podría decirse tal vez que el primero inhibe la necesidad de segundo: como si al racionalizar (ser crítica consigo misma y tomar conciencia de) la emoción se produjera también control:

“El dolor de no saber, aún sintiendo, expresarme. Quizá porque, lo único que llevaba y llevo dentro, es un inmenso vacío.

Frustración, miedo. Miedo a elegir, de existir. A vivir. A no saber vivir.

Mi rigidez y perfección; mi incapacidad para expresar y verbalizar mis sentimientos, afectos....

Lo profundamente irrealizable e insatisfecha que me siento y, ahora, la confirmación de mi gran capacidad de herir y destruir que tanto poseo.”

(Autoinforme: Anexo V)

A partir de la sesión 25, cuando la arteterapeuta se “separa”, se produce un mayor incremento de lo emocional que apareja un monto mayor de frustración, lo que hace inevitable la puesta en marcha de un mayor control en este sentido, no siendo suficiente el cognitivo.

En el anexo VIII aparecen reproducidas las obras de Elena.

3-Reflexiones derivadas de la Intervención

Finalizado la intervención en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real, y tras el análisis de los resultados obtenidos, se han puesto de manifiesto algunos argumentos importantes que justifican el abordaje desde el arte con este colectivo:

- Son personas que por lo general han sido tratadas con muchos tipos de terapias, las conocen perfectamente y tienen cierto dominio de sus estrategias, lo que hace que se coloquen en una posición eficazmente defendida. Introducir otras formas de abordaje como el arteterapia, que desconocen y por lo tanto no dominan, resulta positivo, ya que no son previsibles, no presentan formas correctas o incorrectas de hacer y no permite anticipar vías de acción que impliquen hacer lo que los demás esperan, por lo tanto les permite **trabajar desde cierta relajación** defensiva que ayuda a escucharse un poco más a sí mismas y no tanto a los imperativos del medio.

- La mayoría de las pacientes manifiestan cierto cansancio ante el hecho de pasar de médico en médico escuchando lo que tienen que hacer para curarse, sin que, según ellas, los resultados siempre demuestren esa cura. El arteterapia les otorga un **espacio donde no serán juzgadas**, ni se les dirá lo que tienen que hacer. Un espacio de libertad que les resulta especialmente beneficioso, ya que en el entorno hospitalario donde se encuentran, todo son normas, deberes y rutinas; los talleres de arteterapia otorgan un pequeño paréntesis en tiempo y espacio donde la paciente, si se lo quiere y puede permitir, puede ser ella misma. M. de la UTCA del HGUCR decía “por primera vez en mucho tiempo hay alguien que no se preocupa de analizarme” (Taller N° 25- Mural colectivo tema libre, 25 de Enero de 2012).
- Prácticamente todas las terapias que han recibido estas pacientes han sido verbales, un lenguaje que dominan y que les permite construir discursos muy elaborados acerca de sí mismas, de cómo son o de cómo quieren que las vean. Esto hace que cualquier terapia que se introduce en el tratamiento, especialmente si ya es conocida, implique una anticipación de lo que se tiene que decir. En el arteterapia el lenguaje verbal es también utilizado, pero es el **lenguaje no verbal el verdaderamente importante**; este lenguaje, si bien les desconcierta, les permite expresarse de forma diferente a la que hasta ahora estaban acostumbradas. M. de la UTCA del HGUCR decía “con estos dibujos surgen cosas y se me despiertan cosas que creía que no estaban, pero que en realidad están en algún lugar escondidas, y dibujar me está ayudando a encontrarlas” (Taller N° 25- Mural colectivo tema libre, 25 de Enero de 2012).
- Con los talleres de arteterapia se otorga un lugar y tiempo diferente al que propone el hospital; de esta manera pude constatar que para algunas era una vía de escape, para otras un entretenimiento, pero lo que si estaba claro es que el hecho de participar en un taller artístico era en sí mismo **beneficioso y placentero**.
- La variedad de subjetividades que se encontraban en el taller hizo que **todas aprendiéramos unas de otras**. Resulta especialmente llamativo, el hecho de que excepto en aquellas actividades programadas como las terapias de grupo, la terapia ocupacional o los talleres de arteterapia, las pacientes no se reúnen para hablar de forma espontánea. Por esta razón generar espacios para el encuentro de las distintas subjetividades, les permitió conocerse unas a otras y a la vez un

poco más a sí mismas. El papel de la arteterapeuta era aquí fundamental. Se intentaba que la comunicación y el trabajo en equipo fluyeran lo mejor posible.

- La frustración, el perfeccionismo, el no premiarse y siempre castigarse, enfrentarse a miedos, emociones o pensamientos negativos, están muy presentes en el día a día de estas pacientes. Con el arteterapia se pueden permitir **modelar esos aspectos** llevándolos al material artístico. El hecho de saber que ese modelaje les pertenece, hace que lo miren desde un punto de vista diferente.
- En el arteterapia se da un **valor importante al proceso de creación**, y en menor medida al resultado obtenido de ese proceso. Este aspecto es importante resaltarlo; las personas afectadas de un TCA son muy exigentes con los resultados que deben obtener en cualquier aspecto de su vida; son conscientes de que para que haya un buen resultado, el proceso para conseguirlo debe estar cuidado, de forma que suelen caracterizarse generalmente por la meticulosidad con la que hacen cualquier tarea. Por ello, si bien le prestaban mucha atención al resultado, se implicaban en el proceso todo lo que podían, lo cual les ayudó enormemente a disfrutar del “durante” en mayor medida que de la consecuencia: el producto artístico terminado.
- Una de las bases del arteterapia es la **creación del vínculo** triangular entre la obra, la paciente y la terapeuta. Es necesario crear ese vínculo para que la actividad pueda llevarse a cabo, y los tres ejes tienen la misma importancia. En este sentido E. de la UTCA del HGUCR decía: “podemos seguir haciendo nosotras los talleres, pero no va a ser lo mismo” (Taller N° 32-Mandala, 2 de Febrero de 2012).

Del conjunto de las observaciones anteriores deriva **la siguiente hipótesis:**

Para que pueda producirse un cambio en estas pacientes es necesario dar lugar a un espacio que lo permita, y en este sentido la calidad del vínculo que se establece con la terapeuta resulta un aspecto fundamental.

4-Conclusiones

Atendiendo al objetivo de esta investigación (estudiar la modalidad de vínculo arteterapéutico) se puede concluir que para que haya una evolución terapéutica es fundamental que se cree un vínculo consolidado y de calidad.

A partir del estudio realizado se puede afirmar que establecer la triada del vínculo arteterapéutico con pacientes diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria es una tarea que conlleva la dificultad del reconocimiento de la enfermedad por parte de las pacientes, ya que como se apuntaba en la fundamentación teórica, ésta es una de las características de este tipo de trastornos.

Según los estudios de caso realizados para esta investigación, deducimos que aunque no se complete la triada vincular arteterapéutica, los tres polos sobre los que se sostiene el arteterapia (paciente-obra-arteterapeuta) son fundamentales, ya que el acceso a uno de los tres polos viene otorgado por los dos polos restantes.

Aunque han quedado registrados diferentes aspectos de la intervención arteterapéutica en relación con el comportamiento de las pacientes, cabe señalar que no todas las categorías de la Hoja de Registro han resultado esclarecedoras, utilizándose finalmente para el análisis del objeto de estudio aquellas categorías que proporcionaban la información suficiente para entender la modalidad del vínculo, como han sido la interacción con las compañeras de taller, la interacción con la propia obra, la interacción con la arteterapeuta, y el estado cognitivo y emocional en lo referente a la aceptación de críticas y el manejo de la frustración.

En relación al papel del arteterapia en esta investigación, aparte de ser el medio por el cual se ha podido acceder a las pacientes de la UTCA del HGUCR, ha sido la principal fuente de datos para conocer la realidad y estado de estas pacientes en su entorno natural.

El arteterapia ha proporcionado el recurso para la observación de los cambios vinculares y por tanto terapéuticos de los casos analizados.

La expresión y la creación plástica han permitido reflexionar y elaborar aspectos intrapsíquicos con el fin de favorecer una evolución hacia la mejora de las pacientes, en el sentido de otorgar un insight que permita a dichas pacientes un reconocimiento de sí mismas.

Podemos concluir que la intervención arteterapéutica ha permitido a las pacientes poder hablar de sí mismas y consigo mismas sin necesidad de hablar de sí mismas, es decir, a través de la obra artística, siendo ésta una prolongación del “ser”.

En cuanto a las dificultades, se puede afirmar que la más importante ha sido precisamente poder establecer el vínculo, debido a los cambios permanentes de humor de las pacientes, a la no socialización, al miedo al cambio o al sostenimiento de situaciones por parte de la arteterapeuta que en ocasiones pueden resultar desbordantes; no obstante, estos aspectos siempre han sido recogidos como características de los TCA, y por tanto participantes muy activos en esa formación del vínculo.

Como conclusión principal podemos afirmar que los principales factores que se han encontrado moduladores del proceso arteterapéutico (capaz de introducir elementos de análisis que inviten a la elaboración y al cambio) han sido: dar lugar a un espacio adecuado, claramente desmarcado de otras vías de abordaje; permitir el desarrollo de dinámicas no dirigidas, que pongan en juego aspectos relacionados con el control y el ajuste a lo que se espera (adecuación a las expectativas de la arteterapeuta); y sobre todo, atender a la calidad del vínculo que se establece con la arteterapeuta y a toda la dinámica relacional que de él deriva.

En relación con posibilidades y el alcance de la intervención arteterapéutica, desde un punto de vista diferencial, nos remitimos a las entrevistas realizadas con el equipo médico, en las cuales se recoge que la intervención arteterapéutica cuenta con ciertas ventajas terapéuticas en cuanto a lo relacional, por lo que el acercamiento a las pacientes, al hacerse desde otra posición no tradicional, permite acceder a ellas de una forma no intrusiva, resultando esto beneficioso para la paciente, al otorgarle espacio y sostenimiento suficientes para que se sienta cómoda y segura. Añadir también, que después de la intervención realizada para esta investigación, el equipo médico ha considerado el arteterapia como una vía de abordaje más, pudiendo llegar a formar parte, en un futuro, del equipo multidisciplinar que actualmente aborda los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

5-Aspectos éticos

Principios de la bioética

El método de trabajo se ha llevado a cabo de acuerdo con los principios fundamentales de la Bioética Moderna, que la prestigiosa Encyclopedia of Bioethics (1971), coordinada por Warren Reich, la define como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”.

Beneficencia: actuar siempre en beneficio del paciente, ayudándole más allá de sus legítimos intereses, evitando o eliminando posibles daños. Se trata de la obligación de hacer el bien, respetando la autonomía, los valores y deseos del paciente. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

No maleficencia: proteger al paciente de cualquier daño y/o abuso que derive de la actuación terapéutica, y aceptar sus propias limitaciones. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos, y en ayudar a quienes se encuentran menos favorecidos o más vulnerables, respetando los derechos de terceros.

Autonomía: se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección, el derecho a la autodeterminación y privacidad.

Consentimiento informado

Atendiendo a los criterios de buena práctica clínica, los sujetos han sido debidamente informados de todos aquellos detalles concernientes a su participación en el estudio, dando libremente su consentimiento por escrito.

Seguridad y confidencialidad

La información obtenida en el presente estudio es confidencial, aceptando las participantes por escrito que la investigadora y las Autoridades Sanitarias tengan

acceso a su historia clínica para verificar los datos o los procedimientos del estudio, sin que ello viole la confidencialidad de los datos. Asimismo, se respetará la confidencialidad de la identidad de las participantes si los datos obtenidos en este estudio fueran publicados.

Los datos de los sujetos incluidos en él serán tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Bibliografía

- BASSOLS, Mireia (2006): "El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación" en *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1 pp. 19-25.
- BELL, Lorraine/RUSHFORTH, Jenny (2010): *Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimentarios*. Madrid, Alianza Editorial.
- BERNAL Z., Hernando Alberto: "Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichón Riviere. Una sistematización del texto *Teoría del vínculo de Pichón* (2000, 21ª Edición)
- BETANCOURT, Liliana/RODRIGUEZ, Maritza/GEMPELER, Juanita (2007): "Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario" en *Universitas Médica*. Vol. 48 N° 3 pp. 261-276.
- BRODY, Nathan/EHRLICHMAN, Howard (2000): *Psicología de la personalidad*. Madrid, Prentice Hall.
- BRUNCH, Hilde (2002): *La jaula dorada*. Barcelona, Ed. Paidós.
- CALVO SAGARDOY, Rosa (2002): *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona, Ed. Planeta.
- COLL ESPINOSA, Francisco J. (coordinador), (2006): *Arteterapia. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia, Universidad de Murcia Publicaciones.
- CORBELLA, Sergi/BOTELLA Luis (2003): "La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación" en *Anales de Psicología* Vol. 19, N° 2, pp. 205-221.
- CRUZAT MANDICH, Claudia V. /HAEMMERLI DELUCCHI, Constance V. (2009): "Escuchando a las pacientes con Trastornos Alimentarios en relación a su tratamiento" en *Revista Argentina de Clínica Psicológica* Vol. 18, pp. 135-141.
- DAIBER VUILLEMIN, Francisca (2007): "Relación madre-hija en Anorexia Nerviosa desde una comprensión psicodinámica" en *Ciencia Psicológica* Vol.1 N° 1 pp.1-14
- DE LA CUESTA BENJUMEA, Carmen (2006): "Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud" en *Nure Investigación* Vol. 25
- DEL RÍO DIÉGUEZ, María (2006): "*Creación artística y enfermedad mental*", Memoria para optar al grado de Doctor. Madrid.
- DICCIONARIO de la Real Academia de la Lengua Española (2001), versión 22ª. Ed. Espasa-Calpe. España.

- DSM-IV en Castellano. (1994)
- FRIEDMAN, Lawrence J. (1974): Usos y abusos del Psicoanálisis. Barcelona, Plaza & Janes S.A.
- GARCÍA RODRIGUEZ, Fernando (1993): *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*. Madrid, Ed. Díaz de Santos.
- GUTIÉRREZ GARCÍA, Emilio (2011): "Anorexia Nerviosa: ¿la rata o el diván?" en *Acción Psicológica* Vol. 8 Nº 1 pp. 57-71
- HEATON, Jeanne A. /STRAUSS, Claudia J. (2008) *Ayudar a las personas con trastornos de alimentación*. Bilbao, Mensajero.
- IBÁÑEZ, N. y cols. (2006): "Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y el trastorno límite de la personalidad asociado" en *Trastornos de la Conducta Alimentaria* Vol. 4, pp. 386-422.
- KLEIN, Jean-Pierre (2006): "La creación como proceso de transformación" en *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1, pp. 11-18.
- LAPLANCHE, Jean/PONTALIS, Jean-Bertrand (1996): *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, Paidós.
- LÓPEZ COUTIÑO, Benerice/TORRES LÓPEZ, Teresa M. (2009): "La investigación cuantitativa y cualitativa sobre anorexia" en *Respyn* Vol. 10, Nº 2
- LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO, Marián/MARTÍNEZ DÍEZ, Noemí (2006): *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid, Tutor.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO, Marián/MARTÍNEZ DÍEZ, Noemí (2009): *Reinventar la vida. El arte como terapia*. Madrid, Editorial Eneida.
- LUDEWIG, K. (2011): *Terapia sistémica. Bases de teoría y práctica clínica*. Barcelona, Herder.
- MARÍN CORTÉS, Andrés Felipe/ BEYODA HERNÁNDEZ, Mauricio Hernando (2009): "Cuerpo vivido en la experiencia de mujeres con diagnóstico de anorexia o bulimia" en *Iatreia* Vol. 22, Nº 3 pp.219-226
- MARTÍNEZ AZUMEDI, Oscar (2008): "Arte y Psiquiatría" en: *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1.
- MARTÍNEZ CARAZO, Piedad Cristina (2006). "El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica" en *Pensamiento y gestión* Vol. 20, pp. 165-193.

-MARTÍNEZ M., Miguel (2006): “La investigación cualitativa (síntesis conceptual)” en *Revista IIPSI* Vol. 9 Nº 1 pp. 123-146.

-SALAMANCA CASTRO, Ana Belén/MARTÍN-CRESPO BLANCO, Cristina (2007): “El diseño de la investigación cualitativa” en *Nure Investigación* Vol. 26

-SALGADO LÉVANO, Ana Cecilia (2007): “Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos” en *Liberabit* Vol.13, pp. 71-78

-RAUSCH HERSCOVICI, Cecile/BAY, Luisa (2000): *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Barcelona, Paidós.

-ROMO, Manuela (1997): *Psicología de la creatividad*. Barcelona, Paidós.

-VANDERLINDEN, Johan/VANDEREYCKEN, Walter (1999): *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia*. Barcelona, Granica.

-VASILACHIS DE GIALDINO, Irene (2006): *La investigación cualitativa*. Barcelona, Gedisa Editorial.

Webgrafía:

-Hospital General Universitario de Ciudad Real, www.hguocr.es

Anexos

Anexo I

Sesiones Arteterapéuticas

Soy Ana María Cabrera Manso, estudiante del segundo año académico del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social, impartido por la Universidad Autónoma de Madrid, por la Universidad Complutense de Madrid y por la Universidad de Valladolid.

Actualmente estoy haciendo prácticas en la Unidad de Hospitalización Pediátrica, en la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil y en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Las sesiones de Arteterapia serán documentadas por medio de imágenes fotográficas de las obras artísticas que en ellas se realicen; esas imágenes fotográficas serán usadas para la documentación y publicación de la Memoria de Prácticas y Proyecto de Investigación de Fin de Máster; en cualquier caso, en las imágenes no aparecerá el rostro de ninguna persona ni ninguna otra parte del cuerpo que la identifique; así mismo, en cuanto a los datos del/la participante no serán publicados ni usados en ningún caso, y serán sustituidos por pseudónimos, y la información obtenida a partir de las sesiones será tratada con absoluta confidencialidad.

El Arteterapia

Es un tipo de terapia basada en el arte y el proceso creativo que puede acompañar a la persona en su proyecto de vida. Está destinada tanto a niñ@s como a adultos. Se trabaja desde la salud, desde las capacidades y las fortalezas de la persona.

El arte de por sí conlleva un beneficio para quien lo practica, y dentro del marco arteterapéutico se establecen una seguridad y una libertad de expresión que favorecen la conexión entre el interior y el exterior de una persona por medio de una obra artística.

El arteterapia es un medio para conseguir objetivos que sirvan para el crecimiento personal. Sirve para favorecer el autoconocimiento, la creatividad y la escucha interna. Está basada en el respeto hacia la persona y en la ausencia de juicios e interpretaciones y su finalidad es ayudar a la mejora y bienestar de la persona que participe en esta terapia.

Consentimiento informado

Yo, D/D^a _____
con D.N.I. nº _____ como participante, o padre, madre o tutor/a legal del/la participante de las sesiones de Arteterapia en las instalaciones del Hospital General Universitario de Ciudad Real he sido informado/a de las bases y principios del Arteterapia, del desarrollo de las sesiones y estoy conforme con el uso de las imágenes que en ellas se realicen y el uso de la información facilitada y obtenida en las mismas.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: (participante, padre, madre o tutor/a legal)

Anexo II

Hoja de registro por sesión

Nombre _____ Edad _____

Pseudónimo _____

Fecha de inicio en el taller _____ Nº de sesión _____ Fecha de la sesión _____

			1 Nada	2 Poco	3 Medio	4 Alto					
Interacción	Verbal	Con las compañeras									
		Con la obra									
		Con la terapeuta									
	No verbal	Con las compañeras									
		Con la obra									
		Con la terapeuta									
Expresión	Emociones		Positivas 1		Negativas 2						
	Ideas		Ninguna 1	Propia 2	Copiada 3						
	Deseos		Ninguno 1	Tangencial 2	Secundario 3	Central 4					
			1-	3	4	5	6	7	8	9	10

		Na da	2																				- To do	
Vínculo con la AT	Obediencia																							
	Dependencia																							
	Confianza																							
	Recelo																							
	Temor																							
	Evitación																							
	Ambivalencia (dependencia a más agresividad)																							
	Agresividad																							
Control/ Reacción	Ante frustración																							
	Impulsos																							
	Ante las críticas																							
Título de la obra												Fotografía de la obra												
Técnica												Materiales												
												Propuestos						Usados						

Anexo III

Guión Entrevista Semiestructurada con profesionales de la UTCA del HGUCR

Datos sobre la paciente:

Nombre _____ Edad _____

Sexo _____

Diagnóstico _____

I.M.C. _____

Tratamiento terapéutico _____

Estado patológico actual _____

Pronóstico _____

¿Qué vías de abordaje/tipo de tratamientos terapéuticos se realizan en la unidad? (Terapias de grupo, terapias individuales, terapias familiares; si se trabaja desde una perspectiva conductual, sistémica, constructivista...)

¿Qué causas más comunes pueden originar un TCA?

¿Qué importancia le otorgaría a la imagen corporal? ¿Qué opina sobre lo que la sociedad transmite acerca de este tema?

¿Cuál suele ser el alcance del tratamiento de un TCA?

¿Qué conflictos crees q se generan a nivel intrapsíquico e interpersonal en un TCA?

¿Cómo se trabajan éstos en la Unidad?

¿Qué opinión tenía sobre el arteterapia?

¿Ha cambiado su opinión tras la realización de los talleres de arteterapia?

¿Considera que el arteterapia hace algún aporte terapéutico al tratamiento de los TCA?

¿Qué tipo de vínculo cree que se establece entre paciente y facultativo? obediencia, dependencia, confianza, recelo, temor, evitación, distancia emocional o ambivalencia (dependencia más agresividad), agresividad.

Anexo III a

Entrevista con Flor (Enfermera) y Evangelina (Auxiliar de Enfermería) de la UTCA

P_ ¿Creéis que se le otorga mucha importancia a la imagen corporal?

A_ Aquí en la unidad a lo mejor no.

E_ A veces sale alguna pincelada en la entrevista, pero no hay refuerzos en ello.

A_ Yo me di cuenta de que no se hacía referencia a la imagen, ni a la moda o las modelos, nunca dicen nada sobre las revistas “hay que ver qué cuerpo”, yo nunca lo he oído, y mira que tienen revistas de esas, pero no hacen comentarios al respecto, es curioso.

P_ ¿No consideráis que lo que la sociedad nos ha querido transmitir acerca de esta enfermedad y la imagen corporal sea tan relevante?.

E_ Si que hay un porcentaje, pero es muy bajo, por lo menos en lo veo yo aquí, en las pacientes ingresadas.

P_ ¿Cuál suele ser el alcance del tratamiento de un TCA?

E_ Hombre, los estudios dicen que hay un porcentaje de pacientes que se curan; otro porcentaje importante, quizás mayor, dice que no se cura pero aprenden a vivir con la enfermedad y pueden realizar una vida normal; de hecho hay mucha gente anoréxica pero que nunca ha recibido un tratamiento, al llevar una vida normal; y luego hay otro porcentaje, también amplio que no se cura, vamos con esto quiero decir que la enfermedad pasa a ser crónica y a la paciente la incapacita para llevar una vida normal. Las que lo asumen como normalidad pueden tener un trabajo, hijos, casarse, es decir llevan una vida normalizada, estandarizada.

A_ Como puede ser R que actualmente está totalmente incapacitada para llevar una vida normal; o E y C a las que le han dado un ultimátum y si no mejoran, el siguiente ingreso será en un psiquiátrico, pero esto es ya como última opción, después de haber agotado las posibilidades de tratamiento, o lleven mucho tiempo ingresadas aquí, o hayan tenido repetidos ingresos en un periodo relativamente corto de tiempo.

E_ Claro pero, es que un TCA es más complicado de lo que parece; a lo mejor digo alguna barbaridad, pero yo creo que en muchas ocasiones esta enfermedad es un síntoma de algún trastorno, quiero decir, que un TCA puede estar en segundo plano, y la verdadera causa del malestar sea otro trastorno mental, lo que pasa que lo que antes da la cara es el tema de la alimentación.

P_ Cambiando un poquito de tema ¿Qué opinión teníais sobre el arteterapia?

E_ Pues la verdad es que no podía tener opinión porque no lo conocía; antes si que venía una chica a hacer manualidades con las pacientes, pero era muy distinto a lo que tú has hecho, porque hacían solo, pues, monederos, muñecos o cosas así, y además luego no hablaban sobre lo que hacían, era un entretenimiento.

A_ Yo tampoco lo conocía.

P_ ¿Consideráis que el arteterapia hace algún aporte terapéutico al tratamiento de los TCA?

E_ Hombre yo he visto cambios en algunas de ellas que sinceramente no me esperaba, y el trato que han tenido contigo tampoco me lo esperaba de ciertas pacientes. Hablaban luego entre ellas de lo que habían hecho, cuando tú te ibas, es decir que despertaba en ellas algún tipo de interés, y los trabajos que hacían los ponían por las paredes y todo. Antes de que tu vinieras la unidad estaba que daba miedo, todas las paredes pintadas, con pintadas feas, palabras no muy agradables, y se decidió que cuando se pintaran las paredes no iba a estar permitido pintar, había que tener todo limpio, no se podrían poner chinchetas, ni pegar nada. Sin embargo hablaron con la supervisora para poder poner los trabajos que hacían contigo, y consiguieron las chinchetas, y pusieron algunos de los murales, de hecho aún hay uno puesto, en la sala, de ese se sienten muy orgullosas. Eso será por

algo. Y en las habitaciones también han puesto algunos.

A_ A mi me interesaba mucho cuando hablabais después de pintar, como explicaban ellas sus trabajos y todo lo que decían, que luego yo lo comentaba con las compañeras, y había veces que las chicas contaban cosas que no pensábamos que fueran a contar; y como hablan, las palabras que usan. Aunque también había veces que se agobiaban. Y M por ejemplo, llevaba algunos trabajos a la consulta de psiquiatría, pero no llevaba todos. Yo creo que si les sirve, y también les hace las tarde más amenas.

P_ ¿Qué tipo de vínculo cree que se establece entre paciente y vosotras? Obediencia, dependencia, confianza, recelo, temor, evitación, distancia emocional o ambivalencia (dependencia más agresividad), agresividad.

E_ Yo creo que las chicas aquí pasan por todas esas fases, aunque sí que es cierto que con enfermería tienen un cierto recelo nada más ingresar, ten en cuenta que de alguna manera somos las que les imponemos las normas, que eso no es así, porque las normas ya están puestas, pero nosotras hacemos un poco de vigilantes para que las cumplan. Si llevan mucho tiempo y ya nos conocen, van sintiéndose bien con nosotras, de hecho hay muchas de ellas por no decir la mayoría, que están a gusto aquí, mejor que en sus casas, aunque parezca una barbaridad lo que estoy diciendo, pero aquí están equilibradas de algún modo. Casi todas han pasado ya por muchos hospitales, donde no se trabaja de la misma forma que aquí, no digo ni mejor ni peor, pero las chicas cuando llegan se esperan de esto una cárcel, porque cuando ya han pasado por tantos sitios sin tener mejoría, las mandan aquí, y se esperan lo peor; cuando se dan cuenta de que aquí gozan de una libertad que otros lugares no han tenido, no se quieren ir, y creo que ahí está la cuestión del éxito de la unidad, y de que tenga un porcentaje amplio de mejorías. Desde que entran con esa desconfianza o temor, hasta que llegan a vernos de otro modo, pasan por todas las fases del vínculo que puedan tener con nosotras, pero quizás la más común y la que dura más tiempo es la ambivalencia.

A_ Es cierto todo eso, y además yo creo que es comprensible, aunque tengo que reconocer que son difíciles de llevar, más que nada porque como te relajes un poco o te descuides, intentan hacerse contigo, manipularte, no sé, por mi forma de ser, que yo estoy siempre bromeando, me cuesta entenderlas muchas veces, y a ellas les cuesta entenderme a mí, que siempre les tengo que decir: “que es una broma, no te enfades”, porque no entienden una broma, están a la defensiva, es como que se cierran, como que no te dejan entrar a su espacio, no sé cómo decirlo. También depende de la persona ¿no?, quiero decir, que no todas son iguales, porque tengan la misma enfermedad, pero sí que las caracteriza un poco ese mal humor constante. De todas formas mi relación con ellas no suele ser mala, al contrario, pero claro yo me tomo las cosas con filosofía, cuando me atacan o algo así, es que si no te amargan. Por lo general la relación comienza siendo distante, pero luego como dice la enfermera suele cambiar a mejor.

P_ Pues muchas gracias a las dos por prestarme este ratito de vuestro tiempo

E_ De nada, yo espero haberte ayudado y no haberte liado mucho.

A_ De nada Ana, para eso estamos (risas), a ver si te sirve lo que te hemos contado.

Anexo III b

Entrevista con **Luis Beato Fernández**, Jefe de Psiquiatría del HGUCR

Pregunta: Buenos días Luis. Me gustaría hacerte algunas preguntas que aporten información al trabajo que estoy realizando.

Respuesta: Buenos días. Cuando tú quieras.

P: Me gustaría saber la forma de trabajar que tenéis en la Unidad, ¿qué abordajes terapéuticos manejáis diariamente?

R: Hay tratamiento nutricional y de control farmacológico de algunos síntomas asociados a un trastorno alimentario; terapias o entrevistas familiares, abordaje cognitivo, cognitivo conductual, y la terapia que hacemos es motivacional, ya lo has visto. Eso como más o menos estrategias. Consejos nutricionales, pero fundamentalmente ese es el tratamiento.

P: Supongo que esta pregunta la habrá escuchado en muchas ocasiones, sobre ¿cuáles son las causas o causa más común que puede originar un Trastornos de la Conducta Alimentaria?

R: Generalmente es una forma de manejar conflictos de relaciones interpersonales, conflictos con los padres o con la pareja; en mi opinión es una forma de negociación, es una forma de intentar modificar tu entorno, a veces intentando conseguir una serie de ganancias en el afecto, otras veces de venganza, a lo mejor, de una sensación que ellas perciben como deficiente en el cuidado. Pero la causa, en mi opinión, bueno, es multicausal. Nosotros hablamos de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores o factores protectores. Entonces los factores predisponentes, ya los sabes ¿no? Hay aspectos genéticos, ambientales, culturales... Entonces puede ser que en un momento dado una situación de conflicto, que generalmente es cualquier amenaza a la autoestima, que es un denominador común de cualquier trastorno alimentario, puede hacer que intentes perder peso, intentar perder peso como una forma de mejorar la autoestima o de asumir el control de tu vida. O a veces también como una forma de reclamar una atención. Hemos estado hablando de que sea esa, a lo mejor, la motivación primaria. Es una forma de sentirse bien con ellas mismas o de llenar el vacío, o una sensación de pérdida. Y luego tiene una serie de beneficios secundarios, que son los que originan la pérdida de peso, que pueden ser esa sensación de control, de hacer mejorar la autoestima o de que la pérdida de peso le dé una condición de más atractivo. O un beneficio secundario es la atención que consiguen de sus padres. A veces piensan que por su enfermedad los padres van a seguir unidos, o por su enfermedad pasan a tener un papel que antes no tenían.

P: Hay un tema que aquí en la unidad no está muy verbalizado, pero que socialmente si nos lo han presentado, y es la importancia de la imagen corporal.

R: Bueno, el síntoma de la distorsión de la imagen corporal es el síntoma más resistente que existe y a veces cuando una persona mejora, no mejora la percepción que tiene de ella misma. Luego entonces es difícil de abordar porque la exposición es complicada. A veces se usan estrategias, por ejemplo, antes, la psicóloga que había las usaba, y hacía que dibujaran su silueta. A lo primero les decía que dibujaran su silueta, la imaginada y luego se ponía el paciente sobre el papel y se dibujaba para que vieran la distorsión. En personas "normales" hasta un 20% de la distorsión es normal, en un trastorno alimentario está entre el 40 y el 50% de distorsión. Hay cosas que influyen en la distorsión, puede ser el ver gente más delgada o el ver gente más gorda, o verse ellas mismas reflejadas en una fotografía o un video, o en el espejo. ¿Por qué no lo abordamos? Pues porque es muy resistente al tratamiento, no suele ser muy eficaz. Se aborda indirectamente cuando trabajamos la autoestima, el que piensen bien de ellas mismas, el que se sientan bien con ellas

mismas, que también de alguna manera se gusten físicamente. Lo hacemos indirectamente a través de la autoestima, pero no hacemos confrontación directa porque no es eficaz.

P: ¿Qué opinión tiene sobre lo que la sociedad ha transmitido acerca de la influencia de los medios de comunicación como generador de un trastorno alimentario?

R: El porcentaje de influencia nos es tan alto como nos dicen. Hay un aspecto que es el cultural, que es el valor a la delgadez, pero a veces se lo digo a las pacientes: “no es anoréxica quien quiere sino quien puede”. Hay que tener una serie de factores biológicos previos, como son la baja autoestima, el perfeccionismo, el sexo femenino; hay una predisposición genética, una predisposición de aspectos psicológicos, y luego hay un aspecto que es el precipitante, que es la dieta. No hay ningún trastorno alimentario que se desarrolle si no se hace dieta; la dieta es un factor necesario, no suficiente, pero si necesario. Entonces al haber más gente haciendo dieta, puede ser que gente que no hubiera desarrollado el trastorno alimentario lo desarrolle. A veces dices: “bueno la dieta es el primer síntoma” pero yo no creo que sea el primer síntoma, porque hay gente que hace dieta y no tienen la enfermedad. Pero para desarrollar la enfermedad hay que hacer dieta. Entonces, ¿en qué influyen los aspectos sociales? En valorar la delgadez como un aspecto importante en las relaciones sociales o estéticas; eso obliga a más chicas a hacer dieta, y algunas que no hubieran desarrollado el trastorno si no hacen dieta, lo desarrollen. Eso explica los aspectos culturales de los trastornos alimentarios.

P: Sobre el tema de género, me llama la atención que es un tanto por ciento muy elevado el del género femenino sobre el total de los afectados de trastornos de alimentación, y que del tanto por ciento masculino, hay un número elevado de afectados homosexuales. ¿Hay un componente femenino alto e importante no?

R: Para el hombre los valores estéticos son diferentes que para la mujer; para la mujer es la delgadez, para el hombre es el desarrollo muscular. El desarrollo muscular te obliga a una actividad física pero también a una ingesta. Yo, a los pacientes que he tenido masculinos, homosexuales, si nos preguntamos por qué empezaron con el trastorno alimentario, hay algunos que comentan que el modelo estético del homosexual, es un modelo estético sin nada de grasa. Yo recuerdo un paciente que me decía: “yo empecé a ver los contactos de hombres en los periódicos y me hablaba de fulanita de tal, fibroso, sin nada de grasa... Entonces puedes empezar un trastorno alimentario como una forma de eliminar la grasa de tu cuerpo, porque es un modelo estético más atractivo para los homosexuales. Socialmente, en el hombre tiene casi menos importancia el aspecto físico que en la mujer, el buscar el atractivo físico ha adoptado una actitud como más activa hasta ahora, y no es tanto de imposición de su cuerpo; en los homosexuales sí.

P: ¿Qué alcance suele tener el tratamiento?

R: Hay algunos síntomas de los trastornos alimentarios que a lo mejor se desarrollan más cuando aparece el trastorno alimentario, como pueden ser la perfección, ser intransigente, esa dependencia de la aprobación del entorno... Hay síntomas que son un poco dependientes del trastorno de alimentación, y hay otros síntomas que son aspectos caracteriales de las personas, temperamentales de las personas. Hay personas que son más temerosas, o más ansiosas, que le temen más a los cambios... Entonces cuando un síntoma es temperamental, es decir, se ha nacido así, pues esos síntomas aunque mejore el trastorno alimentario, puede disminuir la intensidad pero está ahí latente; pero cuando el síntoma es secundario, ese síntoma si puede desaparecer. Hay síntomas que no desaparecen, como por ejemplo en personas que son muy sensibles, con emotividad. Los síntomas que pueden desaparecer, pues son la actitud ante la vida, uno puede ser más positivo o puede resultarle menos importante el gustarle a los demás a partir de ciertas edades. Los síntomas que son estado-dependientes, que dependen de la enfermedad, si pueden

modificarse. Los que son caracteriales-temperamentales pueden disminuir la intensidad pero van a estar ahí latentes.

P: En cuanto a los conflictos que surgen en un trastorno alimentario, ¿toman más protagonismo los conflictos intrapsíquicos o los interpersonales?

R: Yo tengo la opinión que el trastorno alimentario es una forma de comunicación, y una forma de comunicación eficaz. O sea que cumple las expectativas no solo de quien lo genera, sino también de quien lo recibe o percibe, sino no se mantendría. Una persona puede tener conflictos, puede tener problemas y puede actuar: puede deprimirse, puede tener ansiedad, puede somatizar, puede consumir drogas, puede desarrollar una psicosis, o puede manifestar sus problemas a través de generar problemas a las personas que tienen cerca en la unión al trastorno alimentario, que normalmente son los padres. Si esa forma de comunicación es eficaz, se mantiene en el tiempo; si no es eficaz generalmente se extingue. Realmente existen unos problemas personales de la persona que sufre, pero es lo que se llama la patoplastia, la forma de comunicar el sufrimiento. Tú puedes no comunicarlo o comunicarlo en el sentido de la alimentación o el vómito. Aunque nosotros lo identifiquemos como un problema en la comunicación o en la familia, es la persona que lo sufre quien lo vive más. Puede haber padres muy cuestionables, o situaciones muy negativas, muchos conflictos, pero hay personas que lo sostienen y otras no; depende de cómo la persona viva ese conflicto. Por ejemplo los padres separados ¿tienen más prevalencia en trastornos alimentarios? No. Es un conjunto, pero generalmente es cómo la hija vive esos conflictos, esa relación con los padres.

P: Cambiando un poco el tema, me gustaría hablar sobre el arteterapia. ¿Lo conocías anteriormente?

R: No; bueno sí, perdona. Cuando estuve en Inglaterra, había un arteterapeuta en la Unidad de Trastornos Alimentarios y trabajaba con la expresión artística de los pacientes, sólo lo conocía de allí. No sé si te lo he comentado alguna vez. Había un planteamiento de que el trastorno alimentario era una fobia la alimentación, entonces hacía trabajitos con la comida, actividades con legumbres, pintaban lentejitas y cosas así (risas).

P: ¿Crees que tiene algún aporte terapéutico?

R: Después de haberte visto trabajar pienso que es un aspecto terapéutico más, que no tenemos resuelto y que sería muy beneficioso; sobre todo a mí, lo que me interesa es cómo el paciente es capaz de expresar mejor los conflictos a través de lo que en mi opinión son algunas técnicas proyectivas y habilidades que el paciente puede desarrollar y pueden ayudarle a salir de la enfermedad, a potenciar algo de su vida que estaba oculto y no sabíamos que estaba. Yo lo veo tanto con utilidad diagnóstica como con utilidad terapéutica. Ya lo sabes, me ha parecido muy interesante, creo que el paciente puede aprender a conocerse mucho mejor y también puede tener la capacidad de desarrollar habilidades que pensaba que no sabía que estuvieran y puede ayudar a salir del trastorno.

P: Yo considero el vínculo entre personas algo importante, y me interesa el tipo de vínculo que las pacientes crean contigo y tú con ellas. Tengo aquí algunos aspectos de las relaciones que se pueden desarrollar entre dos personas, y me gustaría saber si te identificas con alguno de ellos, o hay algún otro. Obediencia, dependencia, confianza, recelo, temor, evitación, distancia emocional, ambivalencia (dependencia más agresividad) y agresividad.

R: De alguna manera está todo presente. Si comparamos lo que es la relación mía o de un psicólogo, con la que tendrían contigo, creo que hay una diferencia fundamental en los pacientes. Con el

psiquiatra o psicólogo, o enfermería, tienen una relación un poco de abajo-arriba, de tener que cumplir unas expectativas, de tener que someterse a unas exigencias y eso les confluenta con el fracaso, con la sensación de incapacidad o con una limitación a su propia independencia. Eso, es un lastre y una dificultad importante en el tratamiento. De alguna manera nosotros queremos que el paciente encuentre su propio espacio, encuentre su propio camino y desarrolle su propia individualidad. Bueno pues con el arteterapeuta eso se resuelve porque tu no les vas exigiendo, ni vas condicionándoles, ni les vas poniendo retos. Con tu trabajo facilitas que la paciente se movilece y se conozca, entonces creo que para este tipo de pacientes eso es fundamental. El arteterapia aporta una ventaja terapéutica que los métodos tradicionales no te aportan. Lo veo como una ventaja importantísima que no se explota y debería ser utilizada. Hay pacientes que responden mejor a cuando no se les exige y se les deja desarrollar su potencial. Nosotros no nos podemos salir del guión de poner límites, de poner exigencias, de un poco estar evaluando y exigiendo, pero ahí tu tienes una postura mucho más cómoda y en eso yo creo que se basa parte de tu efectividad con las pacientes. Ellas se sienten muy cómodas.

P: Para acabar, la última pregunta es ¿cómo crees que les afecta la hospitalización?

R: Generalmente ingresa un tanto por ciento pequeñito de lo que conforman los trastornos alimentarios, suele rondar alrededor del 10% de las personas que lo padecen. Ingresan pacientes generalmente que tienen un deterioro importante, tanto físico como psicológico. Aquí, a la paciente, aunque le pueden costar los cambios, y le cuesta recuperar peso, el control de los vómitos y los atracones, desde la experiencia que yo tengo, la paciente se alivia, porque de alguna manera ya no tiene que llevar el control, el control se lo llevamos, no tiene la responsabilidad de tener que perder peso o de vomitar. La mayoría son voluntarias, lo que suele pasar es que muchas de ellas están aquí más cómodas que en sus casas, aquí tienen más beneficios, es uno de los problemas que tenemos. Eso podría ser criticable, porque puedes decir: "bueno, es que están en una sociedad artificial y un mundo artificial ¿no? Pero nosotros entendemos que para poder rehabilitar a una paciente, y sobre todo rehabilitarla emocionalmente, necesita estar sin problemas para identificar cuáles son sus problemas. Si tú le generas más problemas a la paciente, su principal problema no lo va a trabajar, y no identifica su conflicto, y para que una persona pueda confiarse y hablar de lo que le ocurre necesita tener un ambiente agradable, no un ambiente hostil. Nuestro trabajo no es tanto la incrementación de peso, sino la rehabilitación emocional, y para eso es necesario establecer relaciones con las pacientes, para que ellas puedan analizar, puedan comprender, y puedan entender.

P: Pues Luis, muchísimas gracias por prestarme este tiempo.

R: De nada Ana.

Anexo III c

Entrevista con Ana Belén Jurado, Terapeuta Ocupacional

P:-¿Qué importancia le otorgarías a la imagen corporal? ¿Qué opinas sobre lo que la sociedad transmite acerca de este tema?

R:-Creo que la sociedad sí le da bastante importancia a la imagen corporal, cuando vas a una entrevista de trabajo, en un puesto de cara al público,... se mira mucho el aspecto y la imagen que da la persona, aunque eso no mida lo eficaz o responsable que sea dicha persona. En muchas ocasiones entramos mas por la vista que por la personalidad o virtudes que tengamos, aunque sí que es verdad que como dice el refrán "la primera impresión es la que cuenta". El problema es que la sociedad cada vez mas está dando importancia a unos cánones y "medidas" de belleza un poco surrealistas, un poco inadecuadas, de ahí que las personas se preocupen por su imagen corporal, a veces en exceso.

P:-¿Qué opinión tenías sobre el arteterapia?

R:-Bueno tampoco es que tuviese una opinión muy definida sobre ello, tenía un pequeño conocimiento sobre cómo era, en qué consistía, que se podía trabajar mediante ello,... pero tampoco había profundizado nunca en este tema. Era algo que tenía pendiente.

P:-¿Ha cambiado tu opinión tras la realización de los talleres de arteterapia?

R:-Mi opinión sigue siendo buena sobre ello. Lo que si me he dado cuenta es la importancia de ésta para el trabajo en algunas patologías, y la importancia dentro de un equipo multidisciplinar, ya que puedes llegar a observar diferentes conductas y maneras de relacionarse la persona,... gracias a los talleres de arteterapia.

P:-¿Consideras que el arteterapia hace algún aporte terapéutico al tratamiento de

los TCA?

R:-Creo que si, como he aportado en la pregunta anterior, dentro de un equipo de profesionales el arteterapia también tiene su importancia ya que muchas veces los pacientes llegan a expresar mejor sus sentimientos, emociones e incluso problemas en una sesión de arteterapia que hablando en una consulta, se sienten más relajados y no lo ven tan "serio" como en una consulta. Se pueden sacar muchas conclusiones positivas para el tratamiento global del paciente en un taller de arteterapia.

P:-¿Qué tipo de vínculo crees que se establece entre la paciente y tú? obediencia, dependencia, confianza, recelo, temor, evitación, distancia emocional, ambivalencia (dependencia más agresividad), agresividad.

R:-Esto puede depender de muchas variables, según el tipo de paciente, la fase en la que está,... Se establecen relaciones de todo tipo.

Anexo IV

Autoinforme de la paciente del Caso 1. ¿Qué ha supuesto para ti el taller de arteterapia?

Hola Ana!!...aquí te escribo el informe:

La Arteterapia

Personalmente, todas las actividades que he hecho en los días de sesiones contigo me han servido bastante.

Aspectos positivos:

- Me han ayudado a sacar dentro de mí, de forma inconsciente, sensaciones, sentimientos, pensamientos, aspiraciones, etc., que pensaba que nunca podría llegar a expresar.
- Me han hecho retomar las artes plásticas, las cuales hacía años que no practicaba, y que además me han gustado siempre mucho.
- He podido plasmar a través del papel cosas que de otra manera no habría podido hacer.
- He pasado buenos ratos y momentos.
- He pasado tardes amenas y agradables.
- Me han ayudado a ejercitar la imaginación.
- Me han hecho sentirme útil.
- Han hecho fomentar el trabajo en equipo y la relación con los demás.
- Me han hecho ejercitar la improvisación, y con ello, dejar a un lado el perfeccionismo.

Aspectos negativos:

- La falta de espacio (en algunas actividades).
 - La falta de tiempo (para algunas actividades).
 - El hecho de que, en la mayoría de las actividades, no había mucha intimidad por la observación del personal del hospital (algunas veces eso te cohibía y no te dejaba expresarte con total indiferencia).
- Pero el balance total, para mí, ha sido claramente positivo.

Gracias por todo Ana, y un abrazo y besazo enorme!!

pd: espero que esto te sirva. Si es otra cosa lo que querías me lo dices.

Anexo V

Autoinforme de la paciente del Caso 3. ¿Qué ha supuesto para ti el taller de arteterapia?

Aquel papel en blanco, tan solo me devolvía mi propio reflejo. El dolor de no saber, aún sintiendo, expresarme. Quizá porque, lo único que llevaba y llevo dentro, es un inmenso vacío. Frustración, miedo. Miedo a elegir, de existir. A vivir. A no saber vivir. Mi rigidez y perfección; mi incapacidad para expresar y verbalizar mis sentimientos, afectos.... Lo profundamente irrealizable e insatisfecha que me siento y, ahora, la confirmación de mi gran capacidad de herir y destruir que tanto poseo.

Todos ellos, todos aquellos dibujos, contienen en mayor o menor medida, una parte de mi desesperanza.

La arte terapia me permitió conocerme.

Para mí, formó parte de mi tratamiento durante mi ingreso en la UTCA.

Saber cómo manejas la frustración; cómo te relacionas en grupo; si finalmente llega la aceptación del propio trabajo, que no es más que la aceptación de una parte de ti. Si valoramos lo que hemos hecho....

Lo más importante para mí, fue como el dolor, la amargura, las carencias, ausencias....de nuestra propia historia personal se revelan en cada dibujo.

Cuando Ana se fue, perdimos algo más que la posibilidad de expresarnos de una forma diferente.

Por favor, no censures esta pequeña parte. Tan solo es mi agradecimiento por tu gran respeto, comprensión y apoyo. Por regalarnos siempre una sonrisa.

Gracias por todo el tiempo que nos dedicaste y compartiste con nosotras.

Anexo VI

Obras Marina



Anexo VII

Obras de Paula



Anexo VIII

Obras de Elena



