

Entrevista al Dr. Eduardo Chandler*

por la *Dra. Valeria Matzkin*

* Médico Psiquiatra (UBA). Profesor Protitular de Métodos Terapéuticos en la Universidad Católica Argentina. Psicoanalista (AP de BA). Miembro del Programa de Trastornos en la Conducta Alimentaria del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Miembro Titular de la Academy for Eating Disorders

Dra. Valeria Matzkin: ¿Cómo explicaría la situación argentina en cuanto a la prevalencia de TCA (Bulimia, Anorexia y otros)?:

Dr. Eduardo Chandler: Mas allá de las cifras, pues no hay estadísticas oficiales que reflejen con certeza la realidad clínica del país en este tema (en la Sociedad Argentina de Nutrición estamos trabajando en estos momentos para lograr esa data estadística que la Nación no ofrece), en la muestra de aproximadamente 2000 pacientes que en mi equipo disponemos, predominan, desde hace unos años los diagnósticos de trastornos alimentarios no especificados (TANE), en detrimento de los diagnósticos puros de Bulimia y de Anorexia Nerviosas. Debo aclarar que en el equipo que integro, atendemos pacientes de 17 años en adelante, por lo cual los trastornos de comienzo precoz (las AN específicamente) no están incluidas en el punto de corte etario representado por la muestra poblacional que manejamos.

¿Cuales son las posibilidades terapéuticas para abordar los TCA? Cual es la mas efectiva?

“La reciente aparición en Occidente y con un carácter que podríamos considerar epidémico de los diversos trastornos en la conducta alimentaria, como expresiones de perturbaciones emocionales desplegadas en el escenario de la alimentación y en el ámbito del comer, planteó la necesidad de ofrecer una respuesta terapéutica eficaz, así como de crear procedimientos de carácter preventivo destinados a la población adolescente temprana, a sus familias y a la sociedad en su conjunto. En esta respuesta ocupa un epicentro privilegiado la psicoterapia, difícil arte en el cual el vínculo humano suele sellar, aún mediante pequeños detalles, el destino de un paciente y donde la relación cotidiana suele estar signada, ya desde el comienzo, por el doble estigma de la difícil comunicación y la fragilidad.

Es objetivo de esta presentación reflexionar acerca de la integración posible entre los distintos enfoques asistenciales los que, aplicados por separado, resultan insuficientes pero que, en una articulación complementaria y armónica, pueden llenar ese vacío inicial en la contención que estas pacientes y sus familias suelen sufrir cuando el tratamiento se encara solamente desde una disciplina aislada. Es contundente el hecho señalado por distintos

autores de que, con un tratamiento integral e integrado y lo más precoz posible, la mayoría de las enfermas se recupera.

En el comienzo del tratamiento -que es cuando los síntomas suelen estar fuera de control y el caos familiar arrecia- nos encontramos en una situación de riesgo en lo que respecta tanto a la continuidad de la terapia como al futuro mismo de la persona enferma.

Considerando a los TCA como síndromes que sufren ciertas personas centradas en un carrefour bio-psico-socio-familiar particularmente disfuncional son, por lo tanto, cuatro los pilares de apoyo en los que se fundamentan estos trastornos. El siguiente esquema intenta graficar lo antedicho, señalando además cuál es la respuesta terapéutica indicada para cada factor etiológico en juego:



Han sido diametralmente opuestos los enfoques utilizados hasta hace algunos años en nuestro medio para tratar a los TCA en su etapa inicial. Nos referimos a la terapia cognitivo-conductual en cierta versión "sado-conductista" (según la feliz expresión leída alguna vez) y al abordaje psicoanalítico clásico tal y como fue concebido para las neurosis transferenciales freudianas.

En cambio, la integración adecuada de diversas técnicas psicoterapéuticas, junto con los aportes procedentes de otras disciplinas convocadas por la naturaleza multideterminada de estos trastornos puede resultar beneficiosa desde un primer momento, sin dejar brechas de vacío en el apoyo que demandan las pacientes con descontroles y más allá de la

autosuficiencia de la que hacen alarde tantas veces las pacientes anoréxicas y en la que nunca debemos creer.

Proponemos entonces el siguiente esquema de abordaje terapéutico integrado para los trastornos en la conducta alimentaria, siendo tal vez el Hospital de Día el marco más adecuado para llevarlo a cabo, por lo menos en los cuadros más floridos y agudos. Este encuadre contribuye a crear un ambiente integrador tanto para el grupo de pacientes como para los terapeutas. La decisión de indicar Hospital de Día o intentar trabajar en forma estrictamente ambulatoria dependerá de diversos factores de la paciente, tanto de orden clínico como personal.

Apenas confirmado el diagnóstico, en un proceso de estudio nunca demasiado prolongado, dado que el reconocimiento y clasificación de estos trastornos es una tarea relativamente sencilla, deberán comenzar simultáneamente –y en este concierto radica la contundencia del tratamiento- los diversos componentes de esta modalidad terapéutica propuesta”.

(Fuente: Chandler, E.: *“El abordaje interdisciplinario de los trastornos en la conducta alimentaria: un modelo de tratamiento integral e integrado”.* Publicada su versión original en la Revista de la Asociación Médica Argentina. Vol. 114, N° 1 de 2001).

¿Como entiende el Psicoanálisis a los TCA?

El psicoanálisis no es el procedimiento idóneo para atender *lo urgente* que aqueja a quien presenta un TCA, sino que es tal vez la mejor herramienta para atender *lo importante* del trastorno emocional que subyace y que se ha expresado en el área de la conducta alimentaria. Transcribo a continuación un fragmento del libro, próximo a aparecer, titulado “Anorexia Nerviosa: *curioso no comer para vivir*”, en cuyo capítulo sobre tratamiento, presento algunas reflexiones teórico técnicas aplicables no solamente a la AN sino a los distintos TCA, en general:

“ V. Psicoterapia Individual. Técnica y artesanía

En el tratamiento de estas pacientes, ocupa un epicentro privilegiado la psicoterapia, difícil arte en el cual el vínculo humano suele sellar, aún mediante pequeños detalles, el destino de un paciente y donde la relación cotidiana suele estar signada, ya desde el comienzo, por el doble estigma de la difícil comunicación y la fragilidad.

En nuestra experiencia, la psicoterapia individual de base psicodinámica, realizada por un profesional entrenado es, en la casi generalidad de los casos, la mejor opción para comenzar el tratamiento de las dificultades psicológicas subyacentes al síndrome alimentario. La ulterior profundización será una posibilidad reservada a aquéllos pacientes que reúnan los criterios necesarios para la indicación de un psicoanálisis propiamente dicho.

Esta aproximación psicoterapéutica inicial no otorga un lugar de privilegio a los síntomas

alimentarios en sí mismos por dos razones:

- 1. Dichos síntomas están siendo atendidos por otros profesionales del equipo.*
- 2. Puede convenir no prestarles demasiada atención, por el eventual incremento del beneficio secundario que ellos generan.*

Lo que sí privilegiamos en este abordaje individual, es la comprensión de esos síntomas, es decir, centramos nuestra atención en sus raíces históricas y en sus causas actuales.

En estas pacientes, encontramos habitualmente una marcada ausencia de interés en comprometerse –al menos en el momento de la consulta- en un tratamiento ambicioso en lo que a auto-conocerse se refiere. Por este motivo, iniciamos la psicoterapia dándoles, en palabras sencillas, una explicación limitada al probable significado de su enfermedad, en el sentido de que sus preocupaciones acerca del comer y el peso sirven como cobertura para dificultades emocionales más profundas, aún desconocidas para ellas. Es importante, entonces, que la anoréxica pueda ver su resistencia a comer no solamente como el “tener” pasivamente una enfermedad llamada Anorexia Nerviosa, sino como un medio que le permite lograr algo, que no consiguió de otras formas. Una vez realizado este esclarecimiento, se nos abre un camino de tránsito menos duro en la búsqueda del esquivo insight. El objetivo a mediano plazo, será conocer los psicodinamismos causantes de los síntomas, lo que permitirá iniciar un proceso abierto a progresos ulteriores, hecho posible mediante el progresivo aumento de la capacidad de un Yo que se encuentra perturbado en su funcionamiento. Pero no puede forzarse esta tarea en una persona que aún colabora con marcada ambivalencia y cuya capacidad de introspección está sabotada por la expresión somática de sus conflictos en síntomas a la vez dramáticos y urgentes. Además, estos síntomas convocan la atención de quienes la rodean, tanto familiares como profesionales, generando un indudable beneficio secundario.

El profesional que realiza la psicoterapia individual no se ocupará de otros aspectos del tratamiento de sus pacientes, tales como el abordaje de las familias o los procedimientos psicoeducacionales, pero sí deberá estar, al igual que los demás miembros, en constante comunicación con el resto del equipo.

Al mismo tiempo, el estudio y asesoramiento nutricional brindará los elementos que permitirán conocer y tratar las variables bio-médicas alteradas. Las pacientes anoréxicas son llevadas a la consulta por presentar una grave alteración del patrón alimentario normal, al cual no quieren -ni pueden- recuperar por sí mismas.

Transferencia y contratransferencia:

La actitud activa, participativa, interesada y, sobre todo, comprensiva del terapeuta, ayuda a la paciente, una vez establecida la suficiente alianza de trabajo, a que intente detectar su acontecer mental interno, en especial sus fantasías (no tan ausentes

como se cree) y pueda, paulatinamente, verbalizarlo en sesión. Un logro importante es que pueda ver que sus conductas contradicen a su proclama, porque mientras ella rechaza cualquier clase de cuidado, sus actitudes alimentarias y su aspecto físico fuerzan la atención y la intervención de los demás. Esta misma “demanda paradójica”¹² se repetirá en su relación con el terapeuta y con el equipo todo.

En la intimidad de las sesiones, la actitud restrictiva de la anoréxica suele generar vivencias contrartransferenciales difíciles de soportar, pues las intervenciones del terapeuta suelen ser sistemáticamente rechazadas. Resulta así muy común que experimente desesperanza respecto de ser capaz de darle algo bueno a su paciente, en el sentido concreto de que algo de él -a modo de alimento- llegue a ser incorporado por ella. Es que la restrictividad anoréxica no se limita al ámbito alimentario, sino busca controlar el temido acercamiento personal con sus objetos y con su mundo emocional y ésto se repite, como es de esperar, en el vínculo terapéutico. Así, el síntoma anoréxico “protege” la integridad del self y cualquier experiencia de proximidad y compromiso que pueda darse en la vida cotidiana -hasta un simple abrazo- resulta, para estas jóvenes algo intolerable.

Con alguna frecuencia, estas pacientes, casi niñas y de aspecto frágil, despiertan el deseo de protegerlas, deseo que puede, erróneamente, expresarse en una menor “incisividad” terapéutica. Pero el trabajo comprometido del terapeuta es lo único que puede inspirar confianza a un paciente, permitiéndole comprender el significado de lo que está sucediendo dentro de sí y en el vínculo transferencial y, por extensión, en sus relaciones de objeto en general. El logro de una relación de esta calidad, suele iniciar una fase de trabajo nueva y esperanzada, en la cual tenga lugar la única protección verdadera que se puede ofrecer a un paciente: la de un tratamiento bien hecho”.

¿Existe relación entre los TCA y las características de la personalidad?

Sí. Aunque la edad de aparición es de importancia central, pues no podemos hablar de “personalidades” ya estructuradas hasta después de los 20 años, los rasgos se perfilan desde antes de ese momento. En las patologías de descontrol (Bulimia y trastornos asociados) se destacan rasgos de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, tendencia depresiva (o depresión en curso), avidez, vivencia de vacío patognomónica, etc. En la Anorexia Nerviosa, en cambio (como también decimos en nuestro libro), son: “*niñas que se han caracterizado por ser dóciles, sumisas y obedientes, con una llamativa autoexigencia y que, en ningún momento de su historia, han presentado problemas de conducta. Siempre se mostraron autosuficientes, prolijas y seguras de sí misma, nunca hubo que señalarles que cumplan con sus tareas, tanto escolares como personales, ya que lo habían hecho antes que sus mayores lo advirtieran.*

Ya adolescentes, presentan un nivel intelectual superior a la media, lo que les ha permitido ser exitosas estudiantes, en general abanderadas de su curso, y destacarse en cuanta tarea han emprendido. Nos relatan que, desde pequeñas, su autovaloración se ha encontrado ligada a su buen rendimiento, aclarando que más valiosas se sentían cuanto más alto era

el resultado de su esfuerzo.

Entre las características más destacadas de su personalidad, encontramos que han desarrollado un ideal de sí mismas, cada día más exigente, de perfección. Si pensamos a ese ideal del yo como un sitio en el psiquismo que nos señala un camino de aspiraciones, en ellas ese ideal se nos muestra como una búsqueda de perfección permanente, donde no existe lugar para los apetitos nacidos del cuerpo. Ese ideal del yo que, normalmente, nos marca un rumbo a seguir, en ellas actúa con rigidez y se convierte en una exigencia extrema con la que hay que cumplir.

La vanidad, ese sentimiento que lleva a que alguien se sienta más orgulloso de sí mismo al ver el orgullo que sus actos despiertan en los ojos de los demás, pasa a ocupar un importante lugar en su existencia. Con frecuencia, vemos que realizan con éxito distintas actividades: interpretar con virtuosismo un instrumento musical, por ejemplo, pero no son llevadas por el placer que les provoca interiormente lo que hacen, sino que lo realizan buscando sentir el orgullo que eso genera en sus mayores. Su autoestima se nos presenta, entonces, como dependiente del reflejo de sus actos en la mirada de los demás” (Bernardo Rovira, en: Rovira, B.; Chandler, E.: “Anorexia Nerviosa: Curioso no comer para vivir”).

¿Cómo influye la familia en la aparición y mantenimiento de un TCA?:

“Incidencia de la Familia en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Teniendo en cuenta los conceptos de familia presentados más arriba es menester considerarla como un factor esencial en la aparición de un trastorno en la conducta alimentaria. Sin embargo, si consideramos que todo tipo de problema familiar o interacción conflictiva pueden ser tanto la causa como la consecuencia del trastorno alimentario, se debe considerar al paciente al mismo tiempo como víctima y artífice de la situación. No se debe asumir que los padres son culpables sino conjuntamente responsables del desarrollo del trastorno¹.

Así consideramos a la familia como un factor esencial, pero no en sí mismo suficiente como para justificar la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria. “Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno de la alimentación es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo”².

Respecto a entender el T.C.A. dentro de una familia, es interesante tener en cuenta la clasificación familiar de acuerdo a la fijeza de la patología que realizan varios autores. Afirman que existen familias con un miembro enfermo, con mayor fijeza en uno de los miembros de esa familia y familias sin miembro enfermo, con menor fijeza del rol, es decir

¹ Vanderlinden Johan. “Trauma, Disociación y Descontrol en los Trastornos de la Alimentación” Pág. 197

² Crispo, Rosina. “Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber” Pág. 51

gradualmente menos graves. Estas características están relacionadas con el “insight” de cada una de las familias. “En el primer tipo de familias se da menor grado de insight sobre las perturbaciones familiares, y complementariamente mayor grado de patología depositada en uno de los miembros. Si bien el detonante emerge en uno de los miembros, la necesidad de resolver el problema a nivel familiar puede provenir de otro miembro no enfermo, y aquí entra el problema de los líderes”³.

El cuadro que se presenta a continuación ayuda a comprender los factores a los que hacemos referencia más arriba, diseñado por Garner y Garfinkel (1980) pioneros en el tratamiento y la investigación de los trastornos de la alimentación en el Hospital de Toronto (Canadá).

Factores Predisponentes	Factores Precipitantes	Factores Perpetuantes
Socioculturales	“stressors”	Atracones y purgas
Familiares	Actitudes anormales hacia el peso y la silueta	
Individuales	Dietas extremas y pérdidas de peso	Secuelas fisiológicas y psicológicas

Como factores familiares predisponentes para el surgimiento de un T.C.A., Bruch⁴ destaca: padres sobreprotectores, muy ambiciosos y con gran preocupación por el éxito y la apariencia externa, Selvini Palazzoli⁵ habla de alianzas encubiertas, falla en la resolución de conflictos y alternancia de la culpabilización, Minuchin agrega la expresión somática de los conflictos y los patrones de interacción de familias psicósomáticas e incluso presenta cuatro indicadores clínicos para este tipo de familias:

Aglutinamiento: los miembros del sistema están demasiado próximos, hay interdependencia de las relaciones, intrusiones en los pensamientos y sentimientos, pobre diferenciación entre los miembros de la familia y las fronteras entre los subsistemas son débiles y se transgreden.

Sobreprotección: los miembros del sistema son agudos en la detección de señales de estrés en otros miembros, hay intensa preocupación por el bienestar de todos, este mecanismo retarda el desarrollo y la autonomía, los miembros sienten gran responsabilidad por proteger a la familia.

Rigidez: tenaz compromiso en el sostén del statu quo, operan como un sistema cerrado, dificultad en modificar pautas interaccionales acordes con los cambios evolutivos del sistema, desarrollo de circuitos de evitación.

³ Picollo, Grynberg, Iraeta, Ruiz, Wheeler. *Psicoterapia de la familia* En: *Revista de Psicoanálisis*. -- Vol: 35, Nro: 3(1978). -- Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 1978 I S BN: 0034-8740. -- p. 579-624

⁴ Bruch H. “Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within” New York, Basic Books, 1973.

⁵ Selvini Palazzoli, Cirillo, S.; Sorrentino “.Muchachas anoréxicas y bulímicas”.Editorial Paidós Ibérica, 1998.

Falta de resolución del conflicto: la idiosincrasia de cada familia dictará la manera que se evitará el conflicto, no hay negociación explícita de las diferencias, negación de la existencia del conflicto, discusión permanente evitando el abordaje del conflicto⁶.

Para hacer una diferenciación, las familias de las pacientes bulímicas se caracterizan por un mayor grado de conflictiva familiar y mayor expresión de desajuste emocional. La paciente constituye un problema para la familia, es frecuente que los padres critiquen al hijo enfermo, hay mayor queja de la conducta desordenada del paciente y hay más antecedentes de obesidad, depresión y abuso de sustancias”.

(Chandler, E.; Rovira, B.: Publicado en los Abstracts del 14° CONGRESO INTERNACIONAL DE LA AAP, Buenos Aires, 24 al 27 de septiembre de 2007)

¿Se curan los TCA? :

A “mano alzada” y en base a mi experiencia, debo decirle que el concepto de “curación”, considerado en sentido estricto, es de incierta aplicación, tanto en el campo de la salud mental, como en otras áreas de la salud, en general. Excepto para los cuadros sintomáticos del Eje I del DSM, en los cuales podemos esperar una remisión –muchas veces transitoria– de los síntomas, el concepto de “curación” psíquica remite a la idea de un mejor funcionamiento mental en base a aquello que el paciente puede hacer con los elementos que la psicoterapia profunda le ofrece y su circunstancia le permite.

Nosotros hemos visto que las dos terceras partes de los cuadros sintomáticos sometidos a un abordaje terapéutico interdisciplinario, mejoran sustancialmente su sintomatología, con bajo riesgo de recidiva, al cabo de unos tres años de tratamiento sostenido. En este abordaje cumple un papel central la psicoterapia individual psicodinámica (que no es “psicoanálisis clásico”, sino una psicoterapia focalizada derivada de él). El tercio restante evoluciona más o menos tórpidamente, con tendencia a la cronificación, debido a la presencia de graves factores psicopatológicos individuales de base, a los que invariablemente se agregan interacciones patológicas con el grupo familiar original y con un entorno actual negativo.

¿Como se previenen?

Nuevamente me autocito (Cap 13 de mi libro).

“En nuestras actividades de prevención, realizadas a lo largo de los últimos años en distintos ámbitos, hemos observado, con preocupación, la existencia de una disociación, en las jóvenes a quienes estaba destinado nuestro trabajo. Ellas, por un lado, mostraban una franca aceptación del mensaje que recibían en relación con la alimentación sana, los distintos diseños naturales del cuerpo humano, etc., pero, por otro lado, la gran mayoría confesaba incurrir habitualmente en la utilización de dietas autoadministradas. Las

⁶ Onnis L (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos. 1ª Edición. Editorial Paidós. México: pp 72-83, 67,71.

jóvenes actuales no escuchan, ó bien escuchan y no aceptan lo que se les transmite, ó lo aceptan, pero no pueden sustraerse a ser reclutadas en los movimientos masivos en pos de la ilusoria silueta delgada.

Repitiendo nuestras propias palabras (ver cap. 2), insistimos en señalar que la alimentación actual, en nuestra sociedad, parece seguir los dictados del ideal estético imperante y no de las necesidades del organismo para conservar la salud.

Decíamos allí que muchas publicaciones de consumo masivo, cierta televisión y algunas campañas de prevención, ofrecen prolijas descripciones de los síntomas de los trastornos en la conducta alimentaria, como si se tratase de una galería de productos en venta y muestran a las personas que enfermaron y luego se recuperaron, como si fuesen heroínas o ejemplos a seguir. Concluíamos que, de esa manera, dichas enfermedades, más que ser presentadas como el peligro que realmente constituyen, lo son como tentadoras soluciones ofrecidas, o salidas enfermas ante el fracaso de la adolescencia, cuando cierta inconsistencia de identidad adquiere características patológicas.

Si bien es cierto que la condición imprescindible para que una joven enferme de un trastorno en la conducta alimentaria, es que sufra ciertas perturbaciones psicológicas personales (claramente descriptas en el capítulo sobre personalidad previa), estimular la autoestima del adolescente con base en el logro de una silueta y un peso estereotipado y antinatural, es inducir a una distorsión de esa naturaleza⁵, a la vez que significa injuriar su psiquismo. Los jóvenes, a esas edades, son particularmente sensibles al sentimiento de exclusión, que es precisamente la amenaza que subyace, más o menos disimuladamente, en el tipo de mensaje publicitario de: “si no usás tal cosa” ó “si no mostrás tal silueta, no existís”. Esto mismo sucede cada vez que las jóvenes –aún las de contextura normal- no encuentran talles ofrecidos para ellas en las tiendas que venden ropa... supuestamente fabricada para cuerpos normales. Entonces, la salida de adelgazar se presenta como una solución a su alcance, y también a su alcance son puestos los diversos medios para lograrla. En una encuesta que realizamos en el año 2000, investigamos la actitud de ochenta y cuatro adolescentes mujeres, de edades entre los 14 y los 19 años, quienes no sufrían de un trastorno en la conducta alimentaria, y verificamos que la mayoría de ellas (el 54%) optó por iniciar una dieta, luego de no encontrar ropa adecuada a su talle en las tiendas de sus marcas preferidas.

Debería asimismo haber un saneamiento en los medios de comunicación social, pidiéndoles que asuman por fin su verdadera responsabilidad, sin sucumbir incondicionalmente a intereses comerciales. Esto también se aplica a aquellas industrias que obtienen sombríos beneficios fabricando ropa de talles no basados en la realidad. Todos ellos deben entender que, si bien es cierto que la demanda masiva del mercado refleja la idealización que las propias adolescentes han hecho de la delgadez como pre-condición para lograr aceptación social, al establecimiento de ese ideal han contribuido y contribuyen, en la sociedad actual, quienes crean imagen y opinión, facilitando la aparición de este curioso no comer para vivir.

Desvelados tantas veces por nuestra impotencia en la acción eficaz de prevenir estas epidemias que la misma sociedad facilita y de las cuales después se lamenta -sin dejar de estimularlas- nos viene a la memoria una reflexión del célebre médico y etólogo austriaco Konrad Lorenz, quien, en oportunidad de recibir el premio Nobel de Medicina del año 1973, señaló lo siguiente:

“Los mensajes pueden ser dichos, pero no oídos; oídos, pero no comprendidos; comprendidos, pero no aceptados; aceptados, pero no puestos en práctica; puestos en práctica... pero ¿por cuánto tiempo...?”