

Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de trastorno de la conducta alimentaria

SANDRA SILVIA BORRO RULOFF^{1A}, ALFONS ICART I PUJOL^{2A} E ISRAEL ANTONIO BOBADILLA GONZÁLEZ^{3A}

RESUMEN

Abordaje psicoterapéutico familiar sobre las funciones parentales en un caso de trastorno de la conducta alimentaria. En este trabajo queremos exponer un modelo terapéutico para tratar a aquellos adolescentes que se resisten a cambiar con los abordajes terapéuticos normales. Son adolescentes que no tienen resuelta su autonomía personal, su diferenciación self-objeto. Para ayudar al adolescente primero tenemos que resolver su indiferenciación, su dependencia con los padres. Cuando se haya diferenciado de ellos, podrá hacerse cargo de sus problemas personales. **Palabras clave:** primeras relaciones, bloqueo emocional, indiferenciación, identidad, organizaciones familiares narcisistas, intervención terapéutica familia, funciones parentales.

ABSTRACT

Family psychotherapeutic approach on parental functions in a case of eating disorder. In this paper we want to expose a therapeutic model to treat those adolescents who resist to change with the normal therapeutic approaches. They are adolescents who have not resolved their personal autonomy, their self-object differentiation. To help the adolescent we must first resolve their indifferenciation, their dependence on their parents. When they have differentiated themselves from their parents, they will be able to take charge of their personal problems. **Key words:** first relationships, emotional blockage, indifferenciation, identity, narcissistic family organizations, family therapeutic intervention, parental functions.

RESUM

Abordatge psicoterapèutic familiar sobre les funcions parentals en un cas de trastorn de la conducta alimentària. En aquest treball volem presentar un model terapèutic per tractar aquells adolescents que es resisteixen a canviar amb els abordatges terapèutics normals. Són adolescents que no tenen resolta la seva autonomia personal, la seva diferenciació self-objecte. Per ajudar l'adolescent, primer hem de resoldre la indiferenciació i la dependència amb els pares. Quan se n'hagi diferenciat, es podrà fer càrrec dels seus problemes personals. **Paraules clau:** primeres relacions, bloqueig emocional, indiferenciació, identitat, organitzacions familiars narcisistes, intervenció terapèutica família, funcions parentals.

Introducción

Durante los últimos años, han aumentado significativamente en los adolescentes los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), las autolesiones, las depresiones y las crisis de ansiedad que han requerido atención en los centros de

salud mental. Sobre todo, se ha observado un incremento de las consultas desde el inicio de la pandemia por COVID 19. Los datos apuntan a que la demanda de este tipo de servicios se ha incrementado más de un 130 % desde marzo 2020 (Icart y Freixas, 2021; Portolés Costa et al., 2021).

¹Psicóloga clínica. Psicoterapeuta de orientación psicoanalítica (ACPP, FEAP). ²Psicólogo y psicoanalista (SEP, IPA). Director de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Profesor y supervisor acreditado en Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP). ³Psiquiatra infantil y juvenil. Psicoterapeuta Sistémico y Terapia basada en la mentalización. ⁴Fundació Orienta (Barcelona).

Contacto: sborro@fundacioorienta.com

Recibido: 23/1/23 - Aceptado: 14/2/23

En cuanto a los TCA, si bien se les clasifica inicialmente como trastornos del comportamiento, hemos podido comprobar que nunca se dan aislados. Normalmente van relacionados con el proceso de separación-diferenciación de las principales figuras de apego. Cuando se llega a la adolescencia, es necesario resolver ese proceso de indiferenciación *self-objeto* para poder dejar atrás la dependencia con respecto a los padres y entrar en esa nueva etapa que es la adolescencia.

Si no se logra la diferenciación, el adolescente tiene más posibilidades de sufrir trastornos alimentarios, crisis de ansiedad, dificultades emocionales y relacionales. En ocasiones, pueden “confundirse” con los problemas que sufren sus propios padres, tal y como podremos observar en el caso que presentaremos a continuación.

Sabemos que los trastornos que aparecen en el inicio de la adolescencia son modificables con cierta facilidad, ya que la personalidad todavía no está cristalizada. El adolescente se encuentra en un momento evolutivo en el que debe estructurar su personalidad y por eso tiene más posibilidades de modificar las bases estructurantes de forma más flexible y hay mayor probabilidad de producir cambios.

En cambio, en el adulto, estas estructuras de la personalidad o las formas de vincularse con la familia son más difíciles de resolver, ya que forman parte de la identidad de la persona y son difícilmente reversibles. Los síntomas que existían durante la adolescencia pueden instaurarse y pasan a integrarse como parte de la personalidad del individuo.

Pero, como ya hemos comentado anteriormente, para el adolescente esto es distinto. Se encuentra en un momento de su evolución en el que su personalidad todavía no se ha estructurado. Está en un estado de fragilidad, de grandes contradicciones, en el que se ve como un adolescente y se siente como un niño. Y todo esto hace que evidencie más su malestar interno y que lo exprese a través de los síntomas. En estos casos, según nuestra experiencia, no sólo la persona sufre, sino que todo el grupo familiar se siente atrapado hasta que, de una forma u otra, ayudados por la intervención familiar, el adolescente se independiza en más o menos grado y adquiere cierta autonomía personal.

Cuando esto se consigue, los síntomas disminuyen y el adolescente toma más conciencia de sus problemas. Es entonces cuando el conflicto en la familia se reduce ostensiblemente.

Por este motivo, para poder resolver esta indiferenciación *self-objeto* (Icart y Freixas, 2021) que sufren algunos adolescentes, se debe trabajar sobre el bloqueo de su desarrollo psíquico, que está presente en ellos desde la etapa infantil. Una vez resuelto este bloqueo, el adolescente adquirirá conciencia de qué es lo que le ocurre y normalmente será él quien sea capaz de pedir ayuda.

He aquí un caso que ilustra estas afirmaciones y la forma de entender a estos adolescentes. En el caso que explicaremos a continuación, se observa cómo los problemas alimentarios eran consecuencia de los vínculos y las relaciones familiares patológicas. En la familia, la chica mantenía una relación indiferenciada con la madre, y el padre no funcionaba como un tercero, sino que, por el contrario, con su actitud paternalista estimulaba esta regresión y dependencia mutuas. Las conductas indiferenciadas en la familia no permitían que la adolescente pudiera ir estructurando su autonomía ni su propia identidad, diferenciándose del objeto.

Después de ocho meses de trabajo en el Hospital de Día (HD) para adolescentes se vio que no se conseguían los resultados esperados, por lo que se decidió hacer una consulta al Departamento de Familia de la misma Institución con el fin de conocer su parecer sobre este caso. Fue en esta consulta donde se evidenciaron los aspectos indiferenciados madre-hija. La chica había hecho pequeñas mejoras, pero continuaba sin alcanzar su autonomía, y se encontraba confundida con la depresión que sufría la madre a la vez que sumisa a ella.

Por eso vimos claro que, para ayudar a esta chica a alcanzar su autonomía, era necesario realizar una intervención familiar centrada en ayudar a resolver el bloqueo emocional que sufría ella y, al mismo tiempo, ayudar a la madre a resolver su depresión, y las manifestaciones psicósomáticas de esta.

Así pues, después de observar que la evolución de la paciente en el HD no era la esperable, propusimos a la familia una atención terapéutica familiar sobre las funciones parentales,

dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloqueaban el proceso de desarrollo de la adolescente. También nos dimos cuenta de que debíamos prestar una atención especial a la depresión de la madre, la cual, a su vez, afectaba a la chica. Asimismo, se seguiría tratando a la chica en el HD, donde recibiría una atención individualizada.

Presentación de caso

Laia es una paciente de 16 años que había sido derivada al HD con un diagnóstico de anorexia nerviosa. A pesar del seguimiento por el centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) referente, había estado perdiendo peso de forma constante durante los últimos seis meses, estaba triste y apática y se autolesionaba (se hacía cortes en los antebrazos). Apparentemente, había comenzado con un cuadro depresivo, el cual durante la pandemia y el confinamiento se transformó en anorexia nerviosa. En una ocasión se dirigieron a urgencias por presentar bradicardia.

Laia estudiaba enseñanza secundaria y hacía ballet en una academia cinco días por semana y competía. Estaba muy unida a sus compañeras hasta el inicio del estado de alarma y el confinamiento. Siempre había hecho mucho deporte y su padre dice que estaba “fuerte”.

Al volver a incorporarse al instituto y a las clases de baile, Laia ya no disfrutaba de estas ni pasaba tiempo con las amigas. Se había ido alejando de ellas durante el confinamiento por COVID19.

Durante el confinamiento, se fue aficionando a la cocina, especialmente a la cocina saludable: preparaba platos con pocos carbohidratos y muchas verduras. Al principio, sus padres lo valoraban positivamente, pero pronto empezó a haber discusiones a la hora de las comidas, ya que Laia estaba cada vez más preocupada por su peso y las calorías que consumía. Los padres reconocen que no se dieron cuenta de la aparición del trastorno alimentario y que la situación se les fue de las manos.

Debido a las dificultades del manejo ambulatorio, el empeoramiento sintomatológico y la pérdida de su funcionalidad, se decide su ingreso en HD para ofrecer una mayor intensidad y

especificidad para el cuadro que presentaba.

En el HD, se realiza una evaluación global e interdisciplinar y se decide en equipo su incorporación dentro del *Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria* en horario completo, con diagnóstico de anorexia nerviosa y trastorno depresivo mayor según criterios de DSM-V (APA, 2014).

Programa para los Trastornos de la Conducta Alimentaria del HD de Gavà

Esta intervención incluía intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas individuales, familiares y grupales por psicología, soporte médico-farmacológico por psiquiatría, talleres psicoeducativos y ocupacionales junto a otros pacientes con otras patologías, intervenciones por trabajadora social, coordinación directa con centro educativo y, especialmente, un seguimiento de peso y gestión del cuidado alimentario por parte de enfermería.

Sin embargo, por la gravedad y dificultades en el manejo del caso, se decide incluir en el protocolo de TCA, de cara a estructurar y aumentar la supervisión de los aspectos alimentarios. Dicha intervención se caracteriza por una alta vigilancia de las conductas disruptivas alimentarias, debiendo permanecer en horario completo dentro de las instalaciones del HD, realizando tres comidas completas y supervisadas por enfermería (desayuno, almuerzo y comida), cuantificándose las ingestas y, si no son suficientes, se sustituyen por batidos (suplemento alimenticio líquido de alto nivel calórico), realizar reposo tras alimentación, supervisión en aseo, evitar actividades de alto gasto energético dentro del servicio y proscribir lo mismo fuera de casa, y no inclusión en aula escolar hasta incremento de peso.

En el caso de Laia, pese a llevarse a cabo todas las intervenciones descritas previamente (talleres psicoeducativos [salud, ocupacionales, relacionales, gestión emocional, habilidades sociales], tutorías individualizadas y motivacionales con el educador y enfermera, sesiones de seguimiento familiar por parte de la psicóloga y también sesiones grupales de padres de hijos con TCA), no conseguía mejorar su estado físico ni su motivación al cambio. Así también, si bien su ingreso en HD dentro

del dicho protocolo permitía una mejor supervisión de su estado nutricional, al prolongarse en el tiempo, pudo haber influido en la pérdida del contacto con su mundo adolescente previo (compañeros de clase o de baile).

El tratamiento psicoterapéutico en HD

En las primeras entrevistas con la familia, observamos que la madre también es muy delgada y se la ve frágil, triste y angustiada. Refiere estar muy preocupada por su hija, pero en seguida se pone a hablar de ella misma. Explica que todo empezó en el 2017: estaba muy estresada, comenzó a tener “ataques de tos” (asma y bronquitis crónicas) y tuvo que dejar el trabajo por problemas con su jefe, que era muy exigente y controlador. Al mismo tiempo, su padre, al que estaba muy unida, enfermó de una enfermedad terminal y murió al año siguiente. Ella no podía ir a verle al hospital a causa de la tos, pero los hermanos no lo entendían y la hacían sentir muy culpable. Durante el confinamiento (2020), la abuela y bisabuela maternas fueron ingresadas en el hospital por COVID. La abuela salió bien, pero la bisabuela murió. Esto fue un golpe muy fuerte, y a la vez tuvo problemas con sus hermanos por la herencia de la bisabuela. Coincidiendo con estos hechos, comienzan los problemas de Laia: no quiere salir, se queda encerrada en casa, se autolesiona y comienza a perder peso. No quería hablar con la familia ni amigos, ni terapeutas.

En una sesión familiar, recuerdan unas vacaciones con las abuelas antes de la pandemia. La madre y Laia tienen un recuerdo muy bueno de aquellos días, de compartir, sobre todo con la bisabuela, en esos momentos. A la madre de Laia le sabe mal no haber tenido más relación con su abuela, haberla conocido más antes: “su muerte nos afectó mucho, tanto a mí como a Laia”. Todos estos hechos también afectaron a las relaciones de pareja (Pérez Testor, 2006): “nos encerramos mucho”.

Todo este cúmulo de circunstancias y conflictos desencadenaron en una severa depresión de la madre de Laia. Justifica su delgadez por el asma y las bronquitis “me consumen el peso”. Siente vergüenza porque tose de una manera muy sonora y, por eso, lleva más de un año evitando los contactos sociales. También explica que, desde

pequeña, ella tuvo muchas enfermedades, que era una niña muy frágil, tímida, como Laia.

La madre muestra bastante confusión e indiferenciación entre ella, su hija y su familia. Se le propone una derivación al centro de salud mental de adultos (CSMA) y la acepta. Inicia un tratamiento con antidepresivos y sesiones con la enfermera. Los episodios de tos disminuyen un poco, pero persiste la fragilidad y el aislamiento social tanto de la madre como de la hija.

El padre trabaja todo el día y, cuando está en casa, las protege. El hermano hace su vida universitaria y está muy en contra de esa sobreprotección que el padre hace tanto de su madre como de su hermana.

Evolución del caso en HD

Cuatro meses después del ingreso en el HD, Laia continúa perdiendo peso y el equipo sospecha que realiza conductas compensatorias. Se decide la derivación a un servicio de hospitalización total, donde realiza una buena evolución en poco tiempo. Laia reconoce haber estado haciendo ejercicio compensatorio y los padres reconocen que le daban cosas *light*. Se lo ponían fácil para que comiera y, así, evitar el conflicto.

Al volver al HD, se observa una mejoría en su estado de ánimo, por lo que se propone un nuevo plan con objetivos terapéuticos concretos como volver al instituto y quedar con amigas. Se les propone que Laia vaya al *Casal de Joves* a mirar actividades para el verano o que haga algún voluntariado para relacionarse con gente de su edad. Pero pasa el tiempo y Laia no queda con nadie, se pasa el día encerrada en casa, leyendo o colaborando en las tareas del hogar. Desde el colegio, nos informan que allí no se relaciona con sus compañeros y que, a pesar de tener una mente brillante, no quiere estudiar bachillerato.

En las visitas familiares, permiten comprender la dinámica familiar: la madre se identifica con Laia y dice: “es como yo” y adopta el papel que hacía su abuela de protegerla, sin darse cuenta de que perpetúa la dependencia e impide la diferenciación y el desarrollo emocional de su hija. El padre se mantiene pasivo porque no quiere contradecir y hacer enfadar a su mujer. El hermano de Laia es quien señala que ella no come

como todos: se separa la comida del plato y deja la mitad. Sin embargo, los padres se ponen del lado de Laia y el hermano opta por desentenderse de la situación y a participar poco en las entrevistas, lo que ya les va bien a la familia.

Cuando los terapeutas les muestran esta dinámica de encerramiento familiar, el padre parece estar de acuerdo y, sin embargo, lo banaliza diciendo: “somos así”. No cambia nada.

A pesar de los señalamientos de los terapeutas, podemos observar que la familia se mantiene muy bloqueada y sus miembros indiferenciados entre ellos. El padre y el hermano de Laia señalan que esta y la madre no quieren salir de casa y les cuesta mucho hacer planes en familia.

A pesar de las múltiples intervenciones terapéuticas, se mantenía este encerramiento en casa y, sobre todo, la indiferenciación madre-hija.

Con el fin de desbloquear la situación, el equipo decide realizar sesiones conjuntas mediante la técnica del espejo invertido (Ceberio, 2011). Estas sesiones conjuntas se hacen con todo el equipo del HD (educador referente, enfermera, jefe de servicio, terapeuta referente del caso) y la familia (Laia, madre y hermano), donde esta presencia la discusión del equipo sobre el caso.

En la primera sesión, el equipo habla de cómo observa los deseos de mejorar y recibir el alta, pero tiene dudas porque la alimentación de Laia ha empeorado y esto es un riesgo para su salud física.

Laia se niega rotundamente a aumentar la cantidad de comida como condición para poder ir a bailar. Prefiere dejar de ir a baile que comer un poco más. El hermano señala que la madre sigue poniéndole poca comida a Laia en el plato y que este es realmente el problema. La madre responde identificándose con la chica y se enfada diciendo que ellas dos “no se pueden alimentar como todos en casa (...) Laia es como yo, cuando más nos obligan, menos hacemos”. En esta sesión podemos observar la fusión e indiferenciación madre-hija, en la que no dejan entrar a nadie más.

En la siguiente sesión, la madre trae un audio con la voz del padre (que hoy no ha venido) en el que agradece el trabajo realizado por el HD y, sobre todo, valora los esfuerzos de Laia y de

su mujer, a las que da todo el apoyo. Queda claro que en la sesión anterior la madre se sintió cuestionada y acusada por su hijo ante el equipo del HD y pidió a su marido que se pusiera de su parte. De este modo, el padre desacreditó al hermano y evitó el conflicto con su mujer y se mantiene el statu-quo.

Durante estas sesiones, resulta evidente el enganchamiento madre-hija y que la madre no deja entrar a nadie que pueda desestabilizar el statu-quo.

Ante esta situación de inmovilidad (resistencia al cambio), el HD pidió una interconsulta con el equipo de Familia de la Fundació Orienta.

Reflexión y revisión del caso

Durante los ocho meses en el HD, se le han aplicado distintos programas terapéuticos. Estos programas están bien pensados y estructurados, como lo demuestra el hecho de que ayudan a otros adolescentes a resolver sus problemas.

Pero hay adolescentes, como en este caso Laia, que con estos programas no acaban de resolver sus problemas, pese a las mejoras que hacen. Estos adolescentes son los que no han resuelto la indiferenciación *self-objeto* y que llegan a la adolescencia sin poder alcanzar una autonomía emocional. El *self* de la paciente sigue indiferenciado del objeto; por tanto, el proceso evolutivo de la chica está bloqueado y tiene dificultades para entrar en la adolescencia y adquirir su autonomía. En este caso, la indiferenciación *self-objeto*, o en otras palabras, la simbiosis madre-chica (Mahler et al., 1975) la mantiene en una relación de dependencia infantil con la madre (Winnicott, 1951).

En estos casos vemos necesario resolver esta indiferenciación o bloqueo con una intervención terapéutica familiar sobre las funciones parentales dirigida a resolver las distorsiones patológicas que bloquean el proceso evolutivo del adolescente (Trias e Icart, 2022).

El padre se siente responsable del bienestar de su familia, pero no ha podido desarrollar su función parental de resolver la indiferenciación entre la madre y la hija por temor a generar un conflicto.

También debemos tener en cuenta la depresión que sufre la madre y que repercute en la

hija; una depresión desencadenada por la pérdida del padre y el conflicto familiar sobre las herencias. Este conflicto emocional en la madre se manifiesta también en forma de somatización.

Una vez discutido el caso en una sesión clínica, con las informaciones dadas por los profesionales del HD, vimos que era necesario un trabajo terapéutico enfocado a resolver el bloqueo emocional de la chica y, a la vez, intentar resolver la depresión de la madre. Desde el departamento de familia de Fundació Orienta, se propone una intervención terapéutica familiar sobre las funciones parentales (Icart y Freixas, 2013). Esta técnica se inspira en la técnica de la psicoterapia focalizada en la transferencia (Yeomans et al. 2015).

Se acuerda que el tratamiento se llevaría a cabo en el propio HD. Por eso, el terapeuta familiar se desplazaría hasta allí, para que la paciente continuara con sus programas y que, al mismo tiempo, la terapeuta de la chica pudiera asistir a las sesiones con la familia.

Intervención terapéutica familiar sobre las funciones parentales

En las primeras sesiones el padre muestra mucho agradecimiento por el interés que les estamos demostrando por ayudar a toda la familia. En cambio, Laia no muestra ningún interés y está en silencio todo el rato. El terapeuta hace notar ese pensamiento familiar como disociado: el padre representa el deseo de cambio y la chica, las resistencias. Pero todos miran a Laia, como si fuera la única que no quiere cambiar y esta se mantiene en silencio. Esta actitud de la chica, de oposición y de no querer participar, se mantendrá durante bastantes sesiones hasta que se vaya integrando el yo familiar y todos representen a la vez la parte colaboradora y la parte resistente al cambio. Como ya hemos indicado en algún que otro trabajo (Icart y Freixas, 2021; Trias e Icart, 2022), al principio de estos tratamientos los adolescentes son los que más se oponen, porque ven peligrar la seguridad de ellos puesta en los padres. Resolver la indiferenciación comporta desarrollar confianza en ellos y esto no es fácil, requiere tiempo.

Una parte de la familia parece ilusionada, ve que el equipo se interesa por ellos. Al mismo tiempo, elogia al terapeuta y el tratamiento,

como una forma de intentar apaciguarles. Ven el cambio en el tratamiento; es diferente, se señalan más las intromisiones de unos en otros, las indiferenciaciones y, si bien el cambio les da esperanza, seguramente también lo ven como potencialmente peligroso. Empiezan a ver el problema que tienen en su familia. El silencio de Laia contradice lo que dice la familia, expresa más el miedo y la angustia ante el cambio. La madre hace un buen vínculo con el terapeuta de familia, se siente entendida por él, a diferencia de cómo se sentía en el HD.

Ahora aparece claramente el yo familiar disociado: unos representan el deseo de cambio y otros, la resistencia. En la medida en que cada uno se haga cargo simultáneamente de los aspectos colaboradores y de las resistencias, el yo familiar se irá integrando y se irán clarificando las distintas identidades de cada uno.

La madre teme decir según qué cosas para no ofender. El yo familiar es frágil, está poco integrado y no tolera las diferencias, el desacuerdo. La madre, de pequeña, era introvertida, callada, seria, enfadada... dice que como Laia. Constantemente nos va mostrando la indiferenciación que existe entre ella y su hija. Tiene miedo de hacer daño, de hacerlo mal, no quiere molestar. Y habla de cómo se entendían muy bien con su abuela, que murió durante la pandemia.

El terapeuta señala que la madre todavía está de luto por su abuela y su padre, que el dolor de su pérdida todavía no le permite recordar los momentos buenos con su abuela (cosía, hablaba, cocinaba, era muy cariñosa con ella y con Laia), no pudo despedirse... Todavía están atrapados en el duelo por las pérdidas de la abuela y el padre, sobre todo la madre.

La madre presenta la identificación de Laia con ella como una forma de “no ofender” (al terapeuta, que es vivido como peligroso). Sin embargo, puede presentar el duelo que comparten Laia y ella. Y esto le permite al terapeuta interpretar el duelo como una forma de retener al objeto perdido.

En sesiones posteriores, la madre empieza diciendo que todo ha ido muy bien esta semana, pero el hijo dice que nada ha cambiado. La madre, entonces, se queja de que él no hace nada en casa, que pasa de todo, a diferencia de Laia. El hermano, entonces, se defiende señalando

que no es normal que Laia esté siempre en casa haciendo tareas y explica que él estudia, trabaja, tiene amigos, se va de viaje con ellos. En ese momento, Laia expresa que a ella también le gustaría ir de viaje, pero que no tiene con quién. La madre se ofrece a ir con ella pero Laia dice que con mamá, no, que le gustaría poder ir con amigas.

La madre sigue queriendo apaciguar a los terapeutas diciendo que “todo ha ido muy bien”. El hijo denuncia la ausencia de cambios. Entonces la madre trata de invalidar al hijo como “pasota”. El hijo reclama que él es el más sano e independiente. Laia expresa que ella también querría ser independiente y la madre le propone que se pegue más a ellos como forma de ser aparentemente “independiente”, pero Laia denuncia que esto no es una verdadera independencia.

Ahora Laia participa más, pero desde el desacuerdo, y dice: “yo no quiero me que protejan y me traten como una niña pequeña”. Son pequeños pasos que da para diferenciarse de la madre.

Luego, el padre explica que estuvieron hablando después de la sesión y que son conscientes de que están demasiado “atados” a las necesidades de Laia y que toda la familia gira a su alrededor. La madre explica que hablaron de irse fuera un fin de semana, pero a Laia no le apetece y el padre no quiere ir. Laia les dice que se vayan. El padre expresa que se siente culpable cuando piensa en hacer cosas para él o con la madre y dejar a Laia sola en casa. Cuando se les dice que les es muy difícil hacer cambios, que a los tres les va bien así, estables, pero sin avanzar y sin correr riesgos, lo reconocen.

En cambio, la madre dice que se está planteando volver a trabajar. Hay días que se arregla y se siente bien, se encuentra mejor de salud y con ganas de hacer cosas. Y dice muy contenta, sonriendo: “Ya no tengo esos ataques de tos, han disminuido mucho”.

La culpa del padre es una manifestación de cómo a la familia le viene bien estar así, en una “balsa de aceite”. El temor de que alguien haga olas es más fuerte que la idea de que cualquier cambio pueda ser beneficioso.

Asimismo, los padres se han convertido en más conscientes de cómo están atrapados en una dinámica de estar enganchados. Sin embargo, la

madre piensa en una forma de modificar esta situación: volviendo a trabajar. Se siente mejor, menos deprimida y esa mejora también se refleja en Laia. Quiere sacarse el carné de conducir moto.

En la siguiente sesión, están preocupados por la salud de la madre, que vuelve a tener algún episodio de asma y problemas bronquiales. El terapeuta le invita a recordar cuándo empezaron los problemas respiratorios, cuándo empezó a encontrarse mal. Aquí, al recordar, llora y se emociona y dice: “es tan doloroso que cuesta respirar”. El terapeuta señala que la madre no puede desprenderse de su padre, de su abuela, que el dolor y el sufrimiento les mantienen vivos y que, a su vez, a Laia parece que también le afecta. La madre llega ella misma a la conclusión de que tiene que tomar las riendas de su vida. El padre y el hijo le animan a volver a trabajar. Ahora, la madre, más relajada, sonríe y dice: “son demasiadas cosas y nos ha afectado sobre todo a mí y a Laia”.

Tras la sesión en la que han tomado conciencia de que están enganchadas y la madre ha pensado en una iniciativa para cambiarlo, se ha producido una regresión y la madre ha vuelto a tener síntomas somáticos que hacen imposible el cambio. El terapeuta lo interpreta como una forma de mantener vivo el duelo: como una forma de mantener vivo el objeto perdido para la madre y para Laia. Toda la familia vuelve a querer “tomar las riendas de su vida”.

Poco a poco la sesión se transforma en un espacio de recuerdo y de conexión emocional con el dolor intenso que provocó la muerte de la bisabuela y el abuelo. La madre se siente culpable por no haber visitado lo bastante a su padre mientras se estaba muriendo. Laia también pasaba mucho tiempo con el abuelo, solos (recuerdan un dibujo de ella y su abuelo bañándose en el río...); su muerte también fue muy dolorosa para Laia.

En esta sesión, intentan conectarse con el objeto perdido de una forma distinta del duelo patológico, mediante el recuerdo del buen objeto y la relación que tuvieron con él. Cuando se puede hacer el duelo, se puede reencontrar el buen objeto perdido.

Poco a poco, la madre se va encontrando mejor y Laia mejora en cuanto a su masa corporal y

en los estudios. Ya no hay autolesiones. La madre está pendiente de que le confirmen si empieza a trabajar. El hermano habla de lo cansado que está de tener que acudir a las sesiones y de que los cambios en casa son muy lentos, que Laia come lo que le da la gana (sobre todo verdura) y que los padres, todavía la siguen protegiendo y evitando que se enfade o se ponga triste. La madre llora, se siente culpable (Klein, 1935). Es consciente de que ella y el padre perpetúan el problema, pero no pueden hacer cambios, necesitan tiempo. El padre se presenta más optimista y se fija más en las mejoras que se van manifestando.

El terapeuta señala cómo el hermano puede expresar lo que siente. Seguramente, hay más capacidad en la familia de tolerar formas distintas de pensar, lo cual confirma al padre. Laia permanece callada, sin decir nada y la madre es la que parece que sufre por ella. Pero también hay pequeños cambios en Laia. Ha mejorado su masa corporal, los estudios van bien, ahora quiere sacarse el carné de conducir, siente *ganas de conducirse*, de tener una identidad propia, de diferenciarse de la madre. Cuando se habla de esto, a Laia se la ve más expresiva y atenta, y confirma las palabras del terapeuta.

La madre ha hecho un intento de lograr una mayor autonomía, se ha presentado a una propuesta de trabajo. El hermano está más expresivo y denuncia los pocos cambios que existen en la familia. Los padres verbalizan su dificultad en cambiar y hacen notar los pequeños cambios de su hija. El terapeuta recoge los cambios que se están produciendo y muestra las resistencias a seguir cambiando, sobre todo por parte de los padres. Laia ha verbalizado cómo quisiera alcanzar más autonomía y que a veces los padres no la dejan. Esto provoca unos momentos de tensión entre ellos y la chica.

Reflexiones finales

La intervención familiar fue llevada a cabo por dos terapeutas, semanalmente, durante tres meses. El objetivo era intervenir directamente en las relaciones intrafamiliares que perpetuaban el síntoma alimentario y el aislamiento de la adolescente. Este tipo de abordaje permitió que la madre superara su depresión y los síntomas

somáticos que la acompañaban y que se resolviera simultáneamente la confusión madre-hija.

Creemos que la depresión que sufrió la madre fue el detonante de los trastornos alimentarios de Laia, reactivando la indiferenciación madre-hija al compartir un duelo y hacerle frente de forma patológica. El hecho de que la madre dejara de trabajar y se quedara en casa, sumado al advenimiento de la pandemia y el confinamiento, funcionaron como un caldo de cultivo para la relación simbiótica.

El duelo se manifestó en la madre con la aparición de la depresión y los síntomas somáticos y la hija reaccionó enganchándose aún más a su madre.

El tratamiento ha sido, pues, un trabajo de elaboración simultáneo de la depresión de la madre y de la confusión madre-hija.

Los aspectos más sanos de la familia aparecen encarnados primero en el hermano, que denuncia la ausencia de cambios; después, en la propia Laia, que denuncia un intento de la madre de cultivar la simbiosis disfrazada de falsa “independencia”; en la madre, con la iniciativa de diferenciarse volviendo a trabajar; en el padre, antes autoexcluido, que toma conciencia de su incapacidad de salir del círculo vicioso del enganche padres-hija. En la medida en que la madre fue resolviendo sus síntomas respiratorios y habló de la pérdida de su padre y de la abuela, y de los enfrentamientos con sus hermanos, hubo un cambio en la familia y la madre se sintió preparada para volver a buscar trabajo. Laia mostro cierta mejoría anímica, empezó a salir con las amigas, dejó de autolesionarse, y mejoró en su relación con la comida. Los padres apoyaron este funcionamiento, expresando que tenían ganas de que la hija tuviera vida social y se comportara como una adolescente normal.

Hasta entonces, los padres nunca habían salido sin Laia. Ahora, los padres piensan en empezar a salir solos con otros matrimonios amigos. Hijo y padre pudieron volver a hacer deporte juntos: en la medida en que había disminuido la relación simbiótica madre-hija, el hijo no debía denunciarla tanto y el padre podía acercarse más a su hijo.

La madre también fue capaz de hablar con sus hermanos y de reivindicar sus derechos como hija y hermana. Recuperó una buena relación con sus hermanos.

En la entrevista familiar post-alta, pasados unos meses, perduran las mejoras familiares. Ahora bien, al dejar las sesiones familiares, a la madre le pareció que Laia estaba deprimida y le dijo que se tomara media pastilla de las que tomaba ella.

Al administrarle esta medicación, la madre quiere ocupar el lugar de los médicos, al igual que quería ocupar el lugar de los amigos acompañando a su hija en un viaje. Propone perpetuar el enganche madre-hija y evitar que alguien remueva las cosas. El enganche no está del todo resuelto por parte de la madre, en cambio la hija está intentado diferenciarse. Aunque la madre tiene claro que debe renunciar a este enganche, todavía tiene tendencia a hacer de psiquiatra, de amigo, etc. A menudo, como en este caso, los adolescentes pueden cambiar más deprisa que los adultos, pero al aceptar tomar pastillas, acepta también el rol de enferma que necesita cuidados y atención.

Por otro lado, la madre está mejor, han desaparecido sus problemas somáticos y los padres han recuperado su relación como pareja. Al hijo le van bien los estudios, Laia se ha sacado el carné de conducir y empezará a trabajar en verano. Laia está estudiando cocina, lo cual podría interpretarse como una manera de querer aprender a alimentarse adecuadamente y cuidar de los demás. Continúa su seguimiento en el CSMIJ, donde una enfermera controla su peso.

Según la madre, Laia es como ella cuando era joven, inhibida, callada y reservada, pero el hecho de que ella se haya buscado el trabajo y se haya sacado el carné de conducir y trabaje es una garantía de salud. Creemos que Laia ha resuelto el proceso de diferenciación y ahora se comporta como una adolescente. Estos cambios en Laia nos hacen confiar en que la situación tiene buen pronóstico.

Se le ofreció tratamiento individual y se le asignó un terapeuta en el CSMIJ. Dijo que en ese momento no lo creía necesario, pero que, si veía la necesidad, lo pediría. De común acuerdo, se la da de alta del HD.

Conclusiones

En el caso de los adolescentes problemáticos como el que presentamos en este texto es

importante hacer un buen diagnóstico de las relaciones familiares y de la manera en cómo los padres tratan al hijo. Un buen diagnóstico permitirá proponer una terapia adecuada para estos casos en los que el problema radica en el bloqueo emocional del adolescente.

El caso que presentamos es un ejemplo de este tipo de situaciones: en vista de que el adolescente no mejoraba suficientemente con los programas que se le aplicaron en el HD, se consultó al departamento de familia para revisar el caso.

En este departamento, se analizó la relación madre-hija, *self-objeto*, y pudimos observar el bloqueo emocional del adolescente y la existencia de una indiferenciación madre-hija, que impedía el su desarrollo.

La intervención familiar sobre las funciones parentales permitió abordar la indiferenciación madre-hija, y ayudar al adolescente a conseguir su autonomía personal.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana.
- Ceberio, M. R. (2011). El equipo invisible. Uso del espejo unidireccional en terapia sistémica. *Revista Asisco*, 2(6), 55-76.
- Icart Pujol, A. y Freixas Dargallo, J. (2021). *A mí no me pasa nada*. Ediciones Octaedro.
- Icart Pujol, A. y Freixas Dargallo, J. (2013). *La familia: Comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Herder Editorial.
- Klein, M. (1935). A Contribution to the Psycho-genesis of Manic-Depressive States. *The international journal of psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Mahler, M., Pine, S. y Bergman, F. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant, Symbiosis and Individuation*. Routledge.
- Pérez Testor, C. (2006). *Parejas en Conflicto*. Paidós Ibérica.
- Portolés Costa, L., Aledo – Serrano, A., Trejo de la Rosa, A., Dougherty de Miguel, L., d'Errico, F. y Marí Cardona, N. (2021). Evaluación del impacto del confinamiento en jóvenes atendidos en centros comunitarios de salud mental. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 38.
- Trias, T. e Icart Pujol, A. (2022). "¡No me taladres

la cabeza!" Cómo tratar al adolescente que rechaza ser tratado. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 39.

Winnicott, D. W. (1951). Transitional Objects and Transitional Phenomena. *The international*

journal of psychoanalysis, 34.

Yeomans, F., Clarkin, J. y Kernberg, O. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Publ.