

TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**Título: “Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa
y tipos de apegos. Posibles Intervenciones del Acompañante
Terapéutico”**

Autor:

Navarro, Lorenzo Ariel – N° DNI: 30.238.619

Tutor:

Psic. Ignacio Cárcamo

**Lugar:
Rosario**

**Fecha de presentación
31/07/2023**

Firma autor:



Índice.....	2
1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Desarrollo.....	8
3.1 . Familia.....	8
3.2 . Crianza.....	12
3.3 . Estilos de crianza.....	13
3.3.1. Estilo autoritario.....	16
3.3.2. Estilo democrático.....	16
3.3.3. Estilo permisivo.....	16
3.3.4. Estilo indiferente.....	16
3.4 . Los trastornos de conducta alimentaria y la Anorexia Nerviosa.....	17
3.5 . Los signos y síntomas físicos en anorexia nerviosa.....	18
3.6 . Los signos y síntomas emocionales y conductuales.....	18
3.7 . Otras complicaciones de la anorexia.....	18
3.8 . El apego de John Bowlby.....	19
3.8.1. Apego seguro.....	19
3.8.2. Apego ambivalente.....	20
3.8.3. Apego desorganizado.....	20
3.8.4. Apego inseguro evitativo.....	20
3.9. Imagen corporal.....	21
3.10. Estilos de crianza y trastornos de conducta alimentaria.....	23
3.11. El trabajo en equipo como estrategia de abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.....	24
3.12. Intervención del acompañante terapéutico en trastornos de la conducta alimentaria.....	25
4. Conclusión.....	29
5. Referencias bibliográficas.....	32

1. Resumen

Este pequeño trabajo tiene como finalidad dar cuenta de la diversidad y la complejidad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la interacción de estos, con factores socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares. Indagaré acerca de las posibles intervenciones familiares en el desarrollo de los trastornos de conductas alimentarias de acuerdo a las dinámicas internas que desarrollen como núcleo, considerando aspectos vinculares, afectivos, y en consecuencia, sus estilos de apego, de crianza y su relación con los alimentos.

En este contexto, daré cuenta de que el abordaje de dicho problema debe darse en el marco de un equipo transdisciplinario, entre varios, para atender dicha complejidad. En este entramado, propondremos al Acompañamiento Terapéutico como un dispositivo clínico situado, que intervendrá en el sistema familiar.

2. Introducción

Se entiende a los Trastornos de la Conducta Alimentaria como un fenómeno multicausal, atravesado por dimensiones socio-culturales, familiares, afectivas, vinculares y conductuales.

La metodología que decidí abordar para el siguiente trabajo es cualitativa, con énfasis en el análisis crítico, mediante identificación de los múltiples factores que influyen en el desarrollo de la Anorexia Nerviosa y las posibles intervenciones del acompañante terapéutico ante tal problemática.

Para comprender el problema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, como un problema de salud mental, atravesado por múltiples variables, se hace necesario avanzar hacia su definición, y tomar como punto de partida las dinámicas familiares, y considerar que existen diferentes estilos de crianza, vínculos y apegos. También diferentes tipos de familias con dinámicas particulares, con un sistema de creencias y de valores, que las constituyen y configuran.

Tomo como referencia conceptual a la perspectiva sistémica, y a la luz de sus aportes conceptuales, comprendo a la familia como una parte vital del mismo.

Así, me parece acertada la idea que sostiene Rodríguez Ceberio (2006) acerca de que “la familia se entiende como un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente interactúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas” (p. 6).

En este contexto interviene el acompañamiento terapéutico, como un dispositivo clínico que se enfoca en la relación entre el paciente y su familia, conociendo la dinámica familiar, las pautas de vinculación, las normas y lógicas del sistema.

Entre algunos de los objetivos del Acompañamiento Terapéutico, podemos destacar aquel de ayudar al paciente a encontrar maneras de lidiar con sus emociones y comportamientos negativos, y a establecer rutinas organizadoras, para manejar situaciones que impliquen altos niveles de ansiedad y que resultan difíciles de enfrentar solo, como lo son los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La función del AT debe estar siempre inscrita dentro de la estrategia del tratamiento, no funciona de forma independiente, y es un dispositivo construido con los pacientes, poniendo acento en sus capacidades. Puede considerarse entonces que el Acompañamiento Terapéutico forma parte del conjunto de instrumentos a disposición del equipo tratante, dentro de un marco estipulado por los acuerdos del contrato terapéutico (K. de Mauer y Resnizky, 2004, p.23).

Coincido con las mencionadas autoras acerca de la inscripción del Acompañamiento Terapéutico dentro de la estrategia de tratamiento ya que lo coloca a dicha intervención en un campo más amplio, dinamizador y lo sitúa como parte de una estrategia más abarcativa, en el marco del abordaje entre disciplinas.

Esto incluye entonces, desarrollar habilidades psicosociales, y a involucrarse en actividades de la vida cotidiana que le interesen y sean posibilitadoras de mejora en su salud, brindando un entorno seguro y comprensivo para que los pacientes puedan interactuar con su entorno y potenciar así su calidad de vida.

Acompañar terapéuticamente implica posicionarse en un entramado en el que se conjugan saberes, experiencias, situaciones y modalidades vinculares que, en sus diversas y singulares articulaciones, conforman un espacio-sostén para habilitar la emergencia del sujeto. Es decir que, más allá de adaptar y normalizar la conducta del paciente, nuestra labor debe contribuir a que él mismo encuentre espacios y modos de insertar su singularidad en lo social. (Tarí y Dozza, 1999, p. 39).

Por ello, sostengo que nuestra labor como acompañante terapéutico entonces, intentará generar condiciones clínicas necesarias para que el sujeto pueda emerger, desde su singularidad, para superar sus más hondas dificultades, y así funcionar como una herramienta de extensión de lo social, lo afectivo, lo emocional y lo singular, respetando la particularidad de cada sujeto.

Y a esas condiciones, los acompañantes terapéuticos las diseñamos en colaboración con otros profesionales de la salud, para desarrollar un plan de tratamiento integral, que aborde las necesidades únicas de cada paciente. En este marco, sostengo que el Acompañamiento Terapéutico es una herramienta terapéutica útil para acompañar y sostener a aquellas personas que experimentan problemas de salud mental, entre los cuales encontramos a los trastornos de conducta alimentaria.

Me pareció relevante tomar como referencia los aportes del manual CIE-10, ya que aporta una mirada general de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que los acompañantes terapéuticos debemos conocer y tener en cuenta en el abordaje de nuestros acompañados con estas características clínicas y porque a su vez, es un instrumento validado por la comunidad internacional en el cual se definen los criterios más comunes y clasifica en diferentes categorías los distintos tipos de trastornos agrupándolos de acuerdo a características que estos comparten.

En el manual CIE-10, los Trastornos de la Conducta Alimentaria se encuentran clasificados en la categoría de Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Todos ellos están relacionados a conductas anormales con relación al consumo de alimentos, comportamientos frecuentemente auto inducidos o provocados de manera consciente por el paciente que pueden desencadenar déficits nutricionales, desequilibrios hormonales o en general descompensación en el metabolismo de la persona; se asocia el desarrollo de estos trastornos a factores sociales, culturales o personales.

Además, para ampliar y enriquecer mi mirada sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tomé como referencia los aportes del Manual de Psiquiatría DSM-V, ya que realiza una descripción más precisa acerca de estos trastornos y propone unas categorías diagnósticas distintas que son necesarias conocer y diferenciar en nuestro ejercicio profesional como acompañantes terapéuticos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se comprenden como una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2014, p. 329)

El ya mencionado manual indica que hay distintos factores de riesgo asociados a estos desórdenes que pueden ser “genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos (APA, 2014, p. 329) de manera que allí se ponen en consideración, además, las condiciones biológicas propias del individuo que tienen una incidencia en el comportamiento.

En este contexto, considero que el Acompañamiento Terapéutico se vuelve una herramienta de intervención útil para el tratamiento de los trastornos alimentarios, al proporcionar un apoyo emocional adicional (mejorando su autoestima y autoimagen) y así ayudar a los pacientes a enfrentar los desafíos diarios que implican su vínculo con los procesos de alimentación e ingesta diaria.

Cobra sentido entonces manifestar que el Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo fundamental, dentro de un enfoque transdisciplinario que incluya terapia psicológica individual y familiar, asesoramiento nutricional y seguimiento médico, entre otros, a los fines de poder sostener y acompañar de manera efectiva sus intervenciones, en el marco de un abordaje terapéutico integral.

Teniendo en cuenta los aportes mencionados del manual CIE-10 y el de psiquiatría DSM-V respectivamente, acerca de la variación de los factores conductuales, ambientales en cada sujeto, sostengo que los estilos de crianza pueden tener un impacto significativo en la aparición y desarrollo de trastornos de la alimentación, como la anorexia nerviosa, ya que los mismos están emparentados con los procesos de identificación, los vínculos primarios que se desarrollan en la familia, los valores y las formas de concepción del mundo y de habitarlo, de vincularse con el entorno, y varían de acuerdo a cada sistema familiar, en el que se desarrollen los sujetos. También dependerá de las condiciones biológicas y específicas de cada organismo pre existentes en la dimensión corporal de las personas.

Así, un estilo de crianza autoritario, en el que los padres imponen reglas y restricciones estrictas, puede aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación.

Por otro lado, un estilo de crianza permisivo, en el que los padres no establecen límites claros, también puede ser un factor de riesgo.

En contraposición a lo expresado, un estilo de crianza equilibrado y afectuoso, en el que los padres establecen límites claros y fomentan la autoestima y la independencia, puede ayudar a prevenir los trastornos de la alimentación. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los trastornos de la alimentación son multifactoriales y no se deben exclusivamente a un estilo de crianza en particular ni a un contexto familiar universal.

Además, me parece importante considerar que el desarrollo del apego en los vínculos familiares iniciales entre el dualismo madre-hijo, se hace necesario revisarlo a la luz de esta problemática, ya que es una relación psicoemocional que puede influir en el desarrollo de trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa.

Entonces digo que, un estilo de crianza equilibrado y un apego afectuoso puede ayudar a prevenir la aparición de estos trastornos, mientras que una crianza negligente, sobreprotectora o problemática, puede aumentar el riesgo de su aparición.

Otro de los aspectos que justifican que revise los tipos de apegos que desarrollan los sujetos, radican en que estos, pueden ser un factor importante en la recuperación de los trastornos de la alimentación. Los pacientes con anorexia nerviosa a menudo tienen dificultades para establecer relaciones emocionales saludables, lo que puede dificultar su recuperación. En ese sentido, la labor del Acompañamiento Terapéutico tiene como finalidad encauzar esas imposibilidades y generar puentes sociales, recreativos, culturales, entre otros que conecte al sujeto con el afuera, restituyendo posibilidades y nuevas condiciones de mejora de su salud.

3. Desarrollo

3.1 . Familia

Puede entenderse a la familia como una matriz social, una estructura dinámica que moldea o desarrolla marcas identitarias y subjetivas en los integrantes que participan de ella, en el marco de relaciones productoras de sentidos, concepciones y valores que constituyen la base para habitar el sistema social.

Como sistema, cada familia establece pautas de vinculación, roles y una retroalimentación constante entre sus miembros.

La familia es algo autoconstitutivo, que funda los primeros estadios evolutivos de los que, en buena parte, dependerá el futuro de la trayectoria biográfica por la que se opte. Ello, en cierto modo, condicionará una accesibilidad mayor o menor al propio destino personal, a la autorrealización como persona, a la conquista de la felicidad. (Ruíz Martínez, 2010, p. 5).

Considero relevante esta idea de que la familia instaura o estructura los estadios evolutivos iniciales, en tanto son fundantes de posteriores configuraciones a nivel subjetivo. Allí, su importancia en el plano del sistema familiar para comprender problemáticas emergentes del sujeto con anorexia nerviosa.

Comprendo que las primeras bases normativas y sociales del ser humano se desarrollan en la familia, y es de suma importancia el estudio de la misma y el análisis del funcionamiento familiar, el conocimiento de sus entramados, desde un enfoque sistémico, ya que la familia es un grupo o sistema compuesto por miembros que son sus subsistemas, los que a su vez forman parte de un sistema mayor que es la sociedad. Entonces, sostengo que cualquier alteración que se presente en uno de los miembros de la familia repercute inevitablemente en los otros y en el funcionamiento total del grupo sistema.

La presencia de una enfermedad en un miembro requiere que toda la familia modifique su dinámica para cuidar del mismo, siendo así necesaria la intervención tanto a nivel individual como familiar durante el abordaje, en el marco de un tratamiento integral.

Esta idea es de vital importancia para el trabajo del acompañante terapéutico porque permite ir más allá del sujeto, considerando su entorno, su contexto inicial, el sistema donde está inmerso, y cómo éste contribuye o no, a su mejora, para que en virtud de ello, pueda posicionar sus intervenciones y trazar su acompañamiento.

En este contexto, comprendo a la familia como un sistema, donde cada uno de sus miembros están relacionados entre sí, como una unidad de sentido, con roles definidos,

con el fin de sostener el mismo. La conducta o acto de uno, tiene efecto directo en el sistema familiar. En este entramado, los problemas familiares deben ser vistos como disfunciones en la interacción familiar (in situ), es decir, que el miembro que expresa una enfermedad o patología es el representante de una falla en la dinámica familiar. Esta disfuncionalidad o alteración en el sistema familiar coloca un papel de importancia y protagonismo al acompañante terapéutico como elemento integrador, como dispositivo restitutivo de dichos los lazos y vínculos del sistema, en el marco de una estrategia global de intervención.

La familia, en tanto que es un ámbito de aprendizaje, puede actuar como factor etiológico, como factor mantenedor o factor protector de los síntomas de una enfermedad. Puede operar como factor etiológico dado que el funcionamiento disfuncional de la misma puede dar lugar a diferentes trastornos, y/o como factor mantenedor, en el sentido que las perturbaciones en las interacciones entre sus miembros hacen que los síntomas persistan en el tiempo. Como factor protector sería el caso donde la familia les brinda a sus miembros los recursos y herramientas necesarias para hacer frente a los factores de riesgo. (Ruiz Martínez, 2010, p. 4).

Así, el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico aparece como una herramienta clínica que promueve factores protectores de los sujetos con anorexia nerviosa, que intentará generar condiciones de ruptura de los procesos de alienación del sujeto, brindando recursos, herramientas y promoviendo el desarrollo de habilidades psicosociales, en el proceso de acompañamiento.

Pero también es de relevancia asignar un espacio para las familias, en la terapéutica, ya que si la entendemos como productoras de sentidos o como grupo que promueve prácticas de educación alimentaria y de fijación de pautas de vinculación social, se hace necesario su inclusión en el abordaje.

Una familia puede dar lugar al desarrollo de determinados síntomas, al desenlace de crisis o incluso puede agravar algún trastorno ya presente, haciendo que éste se consolide, volviéndose así crónico. Si aún durante el tratamiento, el funcionamiento familiar no mejora éste puede llegar a ser un obstáculo para la evolución del mismo (Ortíz Gómez, 1999, p. 4).

La cronicidad de la enfermedad aumenta en las familias con mayor disfuncionalidad, o problemáticas afectivas, aquellas donde predomina la falta de confianza y empatía, o cuando aparece bajo nivel de cohesión entre los miembros de la misma, o altos niveles de emocionalidad no expresada. Esta idea no debería ser una variable universal, extensiva a todo sistema familiar, sino que, deberá situarse en el contexto de cada familia, de cada caso, in situ, y la dinámica o características que adquiere en contexto, dado el carácter multicausal y multifactorial de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Por ello, aproximarme a la familia desde una perspectiva sistémica me indica innegablemente que las prácticas de crianza se sitúan en el campo de la interacción humana; en el marco de una relación interpersonal, muy particular, única, caracterizada por el poder y entrelaza por la influencia mutua de sus miembros.

En las familias con Trastornos de la Conducta Alimentaria se observa menor cohesión y flexibilidad, menor expresión emocional y comunicación intrafamiliar, mayor rechazo y sobreprotección paterna. En éstas familias se les da menor importancia a la autonomía, y a las actividades sociales y culturales; además, se puede percibir un ambiente más deteriorado, acompañado de sentimientos negativos hacia sus miembros. Muchos pacientes se sienten ignorados y no amados por sus madres. (Ruiz Martínez, 2010, p. 4).

Se observa entonces, que esta relación de poder no se manifiesta como un proceso de una sola vía, sino todo lo contrario; queda manifiesta una mutua influencia entre los dos participantes del vínculo (madre-hijo). Hay una vincularidad y relación entre estos subsistemas familiares que adquiere especificidades y particularidades que ameritan su conocimiento por parte del acompañante terapéutico y de todo el equipo de trabajo, para su posterior abordaje. Y este conocimiento se hace necesario porque es a partir de él, que el acompañante terapéutico va a diseñar y pensar su quehacer, su posicionamiento, su encuadre, la dinámica de vinculación, los tiempos, espacios, entre otros.

Sabemos que la familia interviene en el aprendizaje de la función alimentaria y en la integración de la imagen corporal. En este contexto, es importante resaltar que en el condicionamiento de la función alimentaria, cuando la madre responde a las señales que indican una necesidad nutricional en el niño ofreciéndole el alimento apropiado, el niño desarrolla el anagrama de hambre y aprende así a

reconocerlo y a distinguirlo de otras necesidades y tensiones. En cambio, si las respuestas de la madre resultan mal adaptadas, el niño caerá en una confusión, y será incapaz de hacer la discriminación entre hambre y saciedad. Estas dificultades entre la madre y el niño, no se reducen a este vínculo sino que son parte de una determinada configuración familiar. (Panzitta, 2009, p. 24).

Conocer esta diferenciación entre saciedad y hambre, me aporta una mirada más profunda de la complejidad vincular que se establece entre la madre y el hijo y arroja claridad conceptual sobre el vital papel de la progenitora como promotora de elementos de constitución subjetiva desde la primera infancia, mediante los procesos de alimentación, cuya configuración variará según cada sistema familiar del cual se trate, según los sujetos participantes de dicha trama o los contextos socio-culturales en los que se inserte dicho sistema familiar, de allí la necesidad de evitar la pretensión de universalización de los mencionados procesos.

En definitiva, sostengo que la familia es el principal vehículo de los condicionantes y valores culturales y además, es el espacio donde se generan y desarrollan los estímulos relacionales más influyentes sobre el desarrollo individual.

Por ello, las intervenciones como acompañantes terapéuticos deben focalizarse en el sistema familiar del sujeto, para también comprender aspectos concernientes a la problemática que involucran los sistemas familiares disfuncionales.

La familia no puede ser comprendida sin incluir su historia, mandatos, patrones de adaptación generacionales que constituyen a los mitos, creencias y expectativas y que a su vez influyen en la forma de percepción de una crisis y en la búsqueda de soluciones de esta. (Losada y Whittingslow, 2013, citado por Losada, 2018, p.42).

En esta instancia, el acompañante terapéutico puede ayudar a la familia a recuperar sus habilidades y competencias parentales; focalizarse en el control sintomático al inicio del tratamiento; movilizar a la familia como agente de cambio y co-partícipe de la promoción de salud intrafamiliar; estimular esperanza, confianza y empatía; problematizando la externalización de la enfermedad para reducir las acusaciones y críticas hacia el paciente; socorrer a la familia a los fines de sostener trayectorias funcionales en la transición adolescente en la dinámica familiar, entre otras formas de hacerse presente. En este entramado entonces, se inscribe la intervención del acompañante terapéutico en el sistema familiar, a los fines de optimizar los tiempos y recursos de los que dispone el sujeto como reserva psíquica para el cambio, la transformación y reducción de los

síntomas, promoviendo espacios con el afuera, con redes sociales de contención y ampliación de horizontes de cambio.

3.2 . Crianza

Los estilos parentales usados para la crianza se relacionan con dimensiones tales como; el tipo de disciplina, el tipo de la relación que configuran y dinamizan entre los sujetos, el mayor o menor nivel de comunicación que sostienen y las formas que adopta la expresión de la afectividad, estima y el reconocimiento mutuo de los integrantes del sistema familiar.

En esta dinámica se ponen en juego dos dimensiones básicas que definen el estilo: una relacionada con las formas de lo emocional de las relaciones y la otra con las conductas puestas en juego para controlar y encauzar la conducta de los hijos. La primera dimensión se sitúa en el nivel comunicación y la segunda en el tipo de disciplina. Estas dimensiones están vinculadas de forma que, para comprender los antecedentes o los factores que determinan los estilos de crianza hay que tener en cuenta la eficacia de los diversos tipos de disciplina, las características del niño y de los padres, así como la interacción entre ambos. (Ramírez, 2005; pp. 167-173, citado por Córdoba, 2014, p. 17).

En los procesos de crianza están involucrados tres procesos básicos: las prácticas propiamente dichas, las pautas sociales o normativas y las creencias o sistemas de representación socio-cultural que desarrollan los sistemas familiares. El desarrollo de dichas prácticas de crianza, se las reconoce como un proceso, dado que por un lado son un conjunto de acciones relacionadas y por otro, son reacciones estáticas, en tanto formas de comportamientos repetitivos, a modo de rutinas, de padres e hijos con un inicio y que se va desarrollando conforme pasa el tiempo.

En definitiva, el estudio de las prácticas de crianza constituye un constructo multidimensional y siempre se tiende a incluir dos dimensiones básicas relacionadas a ella: una vinculada con el tono emocional de las relaciones (nivel de comunicación referido al apoyo o afecto parental) y la otra, con las conductas puestas en juego para controlar y encauzar la conducta de los hijos (el tipo de

disciplina). La primera motiva la autonomía, autoafirmación y autorregulación, mientras que la segunda tiene el objetivo de lograr la adaptación social de los hijos (Córdoba, 2014, p. 22).

La crianza incluye aspectos como los valores de la sociedad, la visión y relación con el mundo, los límites y normas sociales, la apreciación de sí mismo y la relación afectiva entre los sujetos que constituyen el sistema familiar.

Por ello, hay particularidades propias de cada sujeto y el proceso constitutivo del sistema familiar del cual proviene.

Estos determinantes socioculturales, sistemas de creencias y valores, mitos, prejuicios; constituyen en sí, un entramado de conocimientos básicos del modo en cómo se debe criar a los niños y niñas, y tiene relación interdependiente con los contextos socio-históricos y económicos de existencia y de producción de subjetividades.

En definitiva, estas premisas y tradiciones socioculturales de los sistemas familiares, son una referencia ineludible en la vida de los sujetos e indican cómo comportarse en diferentes relaciones interpersonales, además de establecer conductas esperadas y valoradas socialmente por el sistema familiar de procedencia.

3.3 . Estilos de Crianza

Definí ya a la familia como un sistema, cuyas partes (subsistemas) van configurando diferentes modos de vinculación y formas de conservación del mismo, en el marco de formas específicas que lo definen y diferencian de otras familias: sistemas de valores, de creencias, afectividad, vinculación y de representaciones sociales situadas.

Puedo definir a ese conjunto particular sistema de creencias que opera en la lógica familiar, como las herramientas básicas sobre las cuales se diseñan y dinamizan las prácticas de crianza, mediante un estilo, único y situado, emparentado a aquellas condiciones mencionadas.

Los estilos de crianza se circunscriben al marco de la familia, se desarrollan dentro de la misma y son puestos en práctica por los padres con el fin de educar, influir y orientar a sus hijos para que puedan integrarse socialmente, por medio de estos estilos de control los padres intentan inculcar en sus hijos ciertos valores y normas (Ramírez, 2005, p. 92).

Entonces, las formas que adopten aquellas creencias en el contexto de la familia, darían como resultado los estilos de crianza, que adquieren a la vez, particularidades (estilos únicos y situados), pero también criterios universales, a otras familias que están en condiciones similares de producción debido a la condición humana y social que constituyen los sistemas familiares. Esto es, hay prácticas y estilos de crianza, que son particulares e irrepetibles, y otras, que se reproducen en otros sistemas familiares, con igualdad de condiciones, pero con similitudes vinculares, afectivas o sociales.

Estas prácticas educativas familiares son exclusivas y específicas de cada familia, pero al mismo tiempo son también similares a las que utilizan otras familias del mismo grupo social. Se los llama estilos ya que perduran en el tiempo y mantienen cierta estabilidad y a través de ellos los padres intentan guiar las conductas de sus hijos en determinada dirección, influenciando así en las respuestas que dan los mismos ante las situaciones cotidianas. (Coll, et. al., 1998, citado por Ramírez, 2005., p. 92)

En este sentido, los cambios que se dan dentro de una familia, en su estructura y dinámica, pueden tener un efecto sobre los estilos parentales de educación y sobre el desarrollo socio afectivo de sus hijos en la infancia.

Asimismo, como dije previamente, existen numerosos factores biopsicosociales que afectan los estilos de crianza y las interacciones con los hijos, por lo cual, se vuelve necesario identificar, por un lado los factores de riesgo, para trabajar sobre ellos y así erradicarlos y por otro, los factores protectores para la salud mental de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de promoverlos.

En realidad la capacidad de adaptación de una persona depende más, de la percepción que ésta tiene acerca del comportamiento de su madre o padre, que del comportamiento "real" de sus progenitores. De esta manera, se tornan esenciales las relaciones, tanto con el padre como con la madre, como la participación activa de ambos progenitores en la crianza, la disponibilidad y el grado de apoyo que percibe el hijo, y a su vez la primacía de una buena comunicación, que brinde apoyo instrumental y afectivo a la prole. Convirtiéndose así en pilares primordiales de la crianza, las dimensiones de control, afecto y grado de implicación en la educación de los hijos, siendo éstas

las variables que mejor predicen un buen estilo educativo y la calidad del vínculo paterno-filial. (Losada, 2018, p.93).

En este entramado, aparece el Acompañamiento Terapéutico como una estrategia que buscará promover en el sujeto con anorexia, aquellos factores protectores que desde los estilos de crianza ha asumido, aquellos que deban reforzarse y aquellos a los cuales intentará problematizar, tensionar y/o desnaturalizar, en el marco de un trabajo transdisciplinar, caracterizado por el diálogo, la escucha activa y empática y la apertura de espacios sociales y redes de contención social que alivianen el caminar del sujeto. No se trata de desterrar los estilos de crianza adquiridos por el sujeto (tarea imposible por cierto) sino más bien, de generar nuevas condiciones para volver a pensar, en el contexto de la familia productora de dichos estilos, el lugar del sujeto con anorexia, sus necesidades, deseos y anhelos personales.

De esta manera, es importante tener en cuenta que los estilos de crianza inapropiados de los padres durante la infancia se consideran factores de riesgo de problemas cognitivos o socio afectivos, por lo que las estrategias de prevención deben estar dirigidas a la familia y a su vez generar espacios para desarrollar habilidades sociales y actividades pro sociales en otros contextos. Es así que cada familia asume los estilos de crianza en función de sus características, dinámica, factores del contexto, recursos y apoyos con los que cuenta (Cuervo Martínez., 2010, citado por Losada et. al. 2018, p.93).

Aquellos estilos de crianza que promuevan los padres, sentarán entonces las bases psicológicas de la personalidad, de la creatividad, y de las formas de proceder y comportarse del sujeto.

Entonces el acompañante terapéutico velará por el apoyo social, el control y la confianza interpersonal del sujeto a los fines de fortalecer su inventiva, sus habilidades psicosociales y su resiliencia, ante situaciones cotidianas estresantes que activan o re instalan, aquellos estilos de crianza aprendidos, y que se encuentran obturando el proceso terapéutico.

Aquí, me parece importante rescatar la diferenciación conceptual que establece (Baumrind 1973, citado en Losada, 2018, p. 94), planteando diversos estilos de crianza. Considero valioso tomar los aportes teóricos de este autor ya que arroja claridad conceptual a los tipos de estilos de crianza que pueden establecerse, considerando la importancia de dichos aportes en el contexto del presente trabajo, a saber:

3.3.1. Estilo autoritario: estos padres ejercen un estricto control y exigen un elevado nivel de madurez a sus hijos, lo que va acompañado escasos mecanismos de comunicación y baja expresión emocional. Lo que caracteriza a este patrón de crianza son las excesivas normas y las exigencias estrictas, las cuales están basadas en patrones rígidos preestablecidos y les cuesta moverse de ellos. Prima la obediencia de las normas y en caso de no cumplirse, recurren al uso del castigo sin dar lugar al diálogo.

3.3.2. Estilo democrático: estos progenitores presentan altos niveles de comunicación, demostración de afecto, control y exigencias de acuerdo a la madurez del hijo. Si bien ejercen el control, tienen en cuenta las necesidades y sentimientos de sus hijos, siendo así más empáticos y flexibles. Dan explicaciones de sus comportamientos y exigencias, ponen límites claros, los cuales orientan a sus hijos, pero a su vez están dispuestos a escucharlos y llegar a un acuerdo mutuo. Este patrón es el que mejor promueve el desarrollo de la personalidad en los hijos, brindándole seguridad y confianza en ellos mismos, así como habilidades comunicacionales y de socialización.

3.3.3. Estilo permisivo: estos padres ejercen poco control y tienen bajas exigencias de madurez, pero a diferencia de los autoritarios estos progenitores se caracterizan por un alto nivel de comunicación y afecto. Prima el “dejar hacer”, aceptan la conducta de su hijo y no le ponen límites ni castigo, no hay normas que estructuren la vida del niño, sino que por el contrario consultan a sus hijos sobre decisiones, rechazando el ejercicio de poder y de control sobre el mismo.

3.3.4. Estilo indiferente: estos padres parecen ser indiferentes ante sus hijos, no son ni exigentes ni receptivos, no ejercen ningún tipo de control ni exigencias de madurez y los niveles de comunicación y afecto son muy bajos, dejando así a sus hijos a la deriva. Son padres negligentes, les dan a sus hijos tan poco como lo que les exigen. El estilo de crianza hace al funcionamiento familiar y la calidad del mismo juega un rol importante tanto en el desarrollo, como en el curso y resultado de los trastornos que puedan presentarse en la familia.

Es necesario decir aquí que el acompañante terapéutico tiene el desafío de conocer estos estilos de crianza, a los fines de dilucidar la estrategia terapéutica de intervención más conveniente para el proceso de acompañamiento, en función de las características que cada estilo adquiere y es desarrollada por los sujetos en su sistema familiar.

Por ello, esta mirada no pretende ser taxativa, ni prescriptiva, aunque tiene como finalidad ser un instrumento de acercamiento y a la vez de formación, para fortalecer

las herramientas y competencias profesionales, las cuales un acompañante terapéutico debe conocer, para posteriormente, intervenir y situar sus prácticas. Conocer estos estilos, brindaría mayor información y comprensión de las formas de vinculación que establecen las familias, los sistemas de valores que ponen en juego y dinamizan hacia el interior de las relaciones sociales que establecen, los roles y funciones asignados a los sujetos en dicho entramado, el lugar del síntoma y el lugar del sujeto que transita anorexia nerviosa.

En definitiva, cuando se habla de procesos de crianza me refiero a aquellas estrategias y mecanismos de control y validación social, que desarrollan los padres y que luego se apropian los hijos, con el fin de educarlos y encaminarlos hacia el mundo exterior.

El propósito este sistema de valores intrafamiliar entonces, es regular las conductas y marcar parámetros de los comportamientos y actitudes esperados en la vida de los sujetos.

3.4. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Anorexia Nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales graves que se relacionan con una conducta alterada respecto a los hábitos alimentarios, lo que se traduce en comportamientos que van desde comer de manera descontrolada hasta la falta de ingesta de comida.

La causa exacta de los trastornos de la alimentación no se comprende completamente, pero existe una multiplicidad de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar este tipo de trastorno.

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria ubicamos, entre otros, a la anorexia nerviosa, enfermedad sobre la que me detengo, a los fines del presente trabajo.

La anorexia nerviosa se caracteriza por la aparición de una tríada sintomática: el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal para la edad y talla del paciente; asociado al miedo a subir de peso; y alteraciones psicológicas tales como distorsiones en la imagen corporal y de peso (...). (Allegue, 2009, citado por Losada, 2018, p. 35).

Para las personas con anorexia, es muy importante controlar su peso y su figura corporal, y hacen todo tipo de sacrificios que suelen interferir en su vida de forma significativa.

Para evitar aumentar de peso o para seguir adelgazando, las personas anoréxicas suelen restringir demasiado la cantidad de comida que consumen. Para controlar el consumo de calorías, pueden vomitar después de comer o usar de modo indebido laxantes, suplementos dietéticos, diuréticos o enemas. Además, para intentar bajar de peso, pueden desarrollar prácticas de ejercitación física en exceso. Más allá de cuánto logre bajar de peso, la persona continúa sintiendo y experimentando el temor a aumentar de peso.

3.5. Los signos y síntomas físicos de la anorexia pueden ser los siguientes:

El paciente experimenta una pérdida de peso excesiva. También puede transitar etapas o momentos en los cuales no logra el aumento de peso previsto para el desarrollo, presentando un marcado aspecto delgado, síntomas de fatiga, insomnio, mareos o desmayos, una pigmentación azulada en los dedos de la mano, cabello fino o quebradizo o pérdida de cabello, además de vello suave como pelusa que cubre el cuerpo, ausencia de menstruación, estreñimiento y dolor abdominal, mantiene una piel seca o amarillenta, desarrolla intolerancia al frío, su ritmo cardíaco es irregular, presión arterial baja, deshidratación, hinchazón de los brazos o las piernas, erosión dental y callosidades en los nudillos por la provocación de vómitos.

3.6. Signos y síntomas emocionales y conductuales

La persona mantiene una marcada preocupación por los alimentos, que a veces incluye cocinar comidas elaboradas para los demás, pero no comerlas, saltar ingesta de comidas o rehusarse a comer con frecuencia, negando el hambre o poniendo excusas para no comer. Ingiero solo unos pocos alimentos “seguros”, por lo general, con bajo contenido de grasas y calorías. Suele adoptar o desarrollar rituales rígidos para las comidas o la alimentación, por ejemplo, escupir la comida después de masticarla, no querer comer en público, mentir sobre la cantidad de comida que se ingirió, sentir temor a aumentar de peso, lo que puede incluir pesarse o medirse el cuerpo repetidas veces. Además la persona suele mirarse con frecuencia al espejo para ver los defectos que percibe, quejarse por estar gordo o tener partes del cuerpo que son gordas, cubrirse con capas de ropa, desarrolla estados de ánimo indiferente (apatía), retraimiento social, irritabilidad y disminución del interés en las relaciones sexuales.

3.7. Otras complicaciones de la anorexia comprenden las siguientes:

El sujeto anoréxico, desarrolla anemia, problemas del corazón como prolapso de la válvula mitral, mantiene ritmos cardíacos anormales o desarrolla una insuficiencia cardíaca. Tiene disminución de la masa ósea (osteoporosis), lo que aumenta el riesgo de sufrir fracturas, la pérdida muscular. En el caso de las mujeres hay ausencia de la menstruación. Y en los hombres, hay una marcada disminución de los niveles de testosterona, problemas gastrointestinales, como estreñimiento, hinchazón o náuseas, anomalías electrolíticas, como bajo nivel de potasio, sodio y cloruro en la sangre y problemas renales.

Si una persona anoréxica está en estado de desnutrición grave, todos los órganos del cuerpo pueden sufrir daños, incluido el cerebro, el corazón y los riñones. Es posible que este daño sea irreversible, incluso cuando la anorexia está bajo control. Aunque como desarrollamos, hay múltiples factores que pueden desencadenar los trastornos de conducta alimentaria y el papel de apego, la familia, los lazos, costumbres, valores y sistemas de normas, se incluyen como piezas importantes.

3.8. El apego de Bowlby

El apego, según John Bowlby es un vínculo afectivo que se establece desde los primeros momentos de vida entre la madre y el recién nacido o la persona encargada de su cuidado. Su función es asegurar el cuidado, el desarrollo psicológico y la formación de la personalidad (Bowlby, J. 1977, en López, F. et. al. 2009)

Esta teoría apunta a que el estilo de apego desarrollado, acaba marcando la dinámica con la que nos relacionamos con los demás en la vida adulta. Es decir, la forma en la que nos vinculamos con nuestros referentes (familia, entorno inmediato, amistades) puede determinar nuestras relaciones en la etapa adulta.

3.8.1. Apego Seguro

El apego seguro permite al pequeño explorar, conocer el mundo y relacionarse con otros; bajo la tranquilidad de sentir que la persona con quien se ha vinculado va a estar allí para protegerlo. Cuando esto no ocurre, los miedos e inseguridades influyen en el modo de interpretar el mundo y de relacionarse. (Bowlby, J. 1977, en López, F. et. al. 2009)

3.8.2. Apego Ambivalente

El apego ambivalente, también conocido como apego ansioso evitativo, está caracterizado por actitudes que indican un miedo al rechazo, al abandono, así como depender constantemente de la validación por parte de los demás. Los padres se caracterizan por ser fríos y distantes, poco afectivos. Solo están disponibles a veces, y mantienen dificultad para leer las necesidades de sus hijos. Las personas con estos tipos de apego suelen mostrar las siguientes actitudes en sus relaciones:

- ✓ Dependencia emocional: estas personas suelen necesitar de sus relaciones para realizar ciertas tareas o para tomar decisiones. Es decir, existe una dependencia emocional con el otro/a.
- ✓ Sensibilidad a las críticas: estos estilos de apego suelen tener mucha sensibilidad a las críticas, a pesar de que estas sean percibidas y no reales.
- ✓ Necesidad de la aprobación de los demás: sentir que los demás les valoran y les aceptan puede ser una de las características de este estilo de apego.
- ✓ Celos: las personas con estos tipos de apego también suelen tener una actitud celosa hacia su pareja y amigos/as.
- ✓ Baja autoestima: la falta de autoestima también es una de las características de las personas con un estilo de apego ambivalente. Además, suelen sentir que no son dignos del amor por parte de los demás.
- ✓ Dificultad para confiar: la relación ambivalente con los padres puede hacer que las personas que hayan tenido estos tipos de apego acaban experimentando dificultades para confiar en los otros.
- ✓ Miedo al rechazo y al abandono: estas personas suelen tener mucho temor a la opinión negativa por parte de los demás.

3.8.3. Apego Desorganizado

El apego desorganizado implica que las personas tengan un comportamiento extremadamente inconsistente además de una constante dificultad para confiar en los demás. Normalmente, los adultos con estos estilos de apego suelen haber sufrido un trauma en su infancia o un abuso. Es decir, sentían miedo hacia sus padres e incluso se sentían inseguros/as con ellos/as.

3.8.4. Apego Inseguro Evitativo

El apego inseguro evitativo, es el que más predomina en la Anorexia. El temor al rechazo y al abandono, característico del apego inseguro, está relacionado con las preocupaciones por el peso, dietas y miedo a engordar y la insatisfacción corporal. Así, la negativa a comer puede surgir como una forma de protesta contra una familia que limita el desarrollo e independencia del sujeto, siendo una forma de autoafirmarse y definirse como independiente del ambiente familiar y convirtiéndose el hecho de estar delgado como base para la autoafirmación.

Considerar que las personas con trastornos de la conducta alimentaria tienden a desactivar el sistema de apego, enfatizando la autonomía y minimizando sus necesidades afectivas (apego evitativo) o a hiperactivar las conductas de apego, buscando excesiva cercanía con una alta carga emocional (apego preocupado), tiene implicancias para su tratamiento en dos niveles íntimamente relacionados.

Por un lado, como un relevante objetivo o foco terapéutico, orientado a promover el desarrollo de representaciones más consistentes de los otros y a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y, por el otro, como un factor a considerar para lograr la adherencia al tratamiento mismo, debido a que todo tratamiento psicoterapéutico se construye sobre la base de un vínculo terapéutico seguro. Y en esa adhesión al tratamiento se juega con gran importancia la intervención del acompañante terapéutico, a los fines de que el paciente pueda sostener sus terapias y desarrollar rutinas organizadoras, para afianzar el interés personal del acompañado e implicarlo cada vez más.

Por ello, a mi criterio, se debe incluir y hablar de la preocupación por la imagen corporal como un estresor y desencadenante de un trastorno de la conducta alimentaria para determinado perfil psicológico, considerando los aspectos socio-culturales y su impacto en la subjetividad de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

3.9. Imagen corporal

Como sujetos sociales, aprendemos a auto percibirnos en función del espacio social, las condiciones históricas, los lenguajes, de la influencia de los medios de comunicación en nuestra vida cotidiana, la valoración que se haga de los cuerpos, entre otros aspectos. Y esa práctica de mirarnos a nosotros mismos está teñida de aquellas formas de crianza aprehendidas en la trayectoria vital y del sistema familiar originario y de aquellos valores promovidos en la sociedad de la que formamos parte, que fueron imprimiéndose en los cuerpos y las representaciones que de él hacemos.

La imagen corporal es la integración de las experiencias perceptivas, subjetivas y actitudes sobre el propio cuerpo y la apariencia. Es un constructo multidimensional e interactivo, siendo parte de una identidad global propia de cada uno, que depende del desarrollo de nuestra autoconciencia. Su ingrediente principal es la valoración social que la persona tiene interiorizada, dando lugar al auto-concepto, que engloba componentes físicos, cognitivos, subjetivos, emocionales, ideales, autoestima corporal y conductas. (Rodríguez Testal, 2013, citado por García Arillo et. al., 2019, p. 707)

En la sociedad contemporánea que habitamos, hay marcadas aspiraciones sociales vinculadas a lo corporal, que van configurando ideas y formas de relación con nosotros mismos, en torno a lo que la sociedad instala y valora como sistema.

Aparecen entonces ideales físicos a los que aspirar, que comienzan a sucumbir a los sujetos para que los logren, dinamizándose en dietas, determinadas actividades deportivas o físicas, estableciendo estándares a seguir, siguiendo la ilusión por un buen cuerpo. Y esas aspiraciones no siempre se llevan a cabo de manera positiva o a favor de todas las personas.

En algunos casos, hay quienes sufren de manera mínima el impacto, pero hay otros que lo viven de manera muy drástica, al punto de poner en jaque sus propias posibilidades de cambio, su propio sistema de creencias, vivenciando estrés, malestares, angustias, disconformidad y rechazo a su propio cuerpo y a los estilos de vinculación que establecen con los alimentos.

Son las mismas condiciones de producción de ideales corporales las que segregan a unos o a otros, según la materialización física de aquel ideal de belleza corpórea.

Hay ciertos perfiles considerados perfectos que han ido cambiando, y que determinan que las personas se centren en unos aspectos u otros. Esta idea de perfección idealizada e inexistente da lugar a la insatisfacción con la imagen corporal, y a una preocupación excesiva por el físico. Esto genera una frustración en la persona que busca esa perfección controlando o ocultar lo imperfecto y dando lugar a alteraciones de la imagen corporal. (Martínez, E et. al. 1993, citado por García Arillo et. al., 2019, p. 707)

3.10. Estilos de Crianza y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Como ya he definido, la familia desarrolla formas de organización, pautas sociales, valoraciones, creencias y comportamientos en torno al consumo de los alimentos, configurando así condiciones que alientan o desalientan formas de vinculación problemática o no, con la ingesta. Esta problemática podría pensarse como un elemento disfuncional dentro del sistema familiar.

Son prácticas sociales, cuyos estilos de crianza han establecido formas de vinculación que el sujeto ha aprendido y asimilado desde la temprana infancia.

Por eso, es importante que el equipo transdisciplinar, logre integrar a la familia como eje de abordaje en las propuestas terapéuticas. Porque es a partir de su abordaje y su inclusión, que van a pensarse de manera más amplia las problemáticas que atraviesan al sujeto con anorexia nerviosa, situándolo en las tramas de su sistema familiar.

Los padres de las pacientes que padecen un trastorno de la conducta alimentaria suelen negar tanto las frustraciones como los déficits que sufrieron en sus propias familias de origen, idealizando así a sus padres como a ellos mismos, no reconociendo sus fragilidades. A su vez estos padres tienden a evitar la comunicación con sus esposas, a sobrevalorar su trabajo y tiempo libre y a mantener distancia emocional y física respecto de sus hijos, todo esto estaría fomentado por la cultura machista prevalente. A esto se le suma que en sus propias infancias, estos padres recibieron escasa atención emocional, favoreciendo así la responsabilidad precoz en ellos (Espina Eizaguirre, et. al. 2005, citado por Losada, 2018, p. 96).

Hay una imposibilidad de las familias de reconocer sus intervenciones desde aquellas instancias iniciales de formación del sujeto, mediante los valores y creencias que imprimieron e instalaron en lo cotidiano, en los estilos de crianza promovidos.

El estilo de control sin afecto maternal, el cual incluye la sobreprotección, inhibición de la individualidad, la intrusividad, la infantilización y la falta de calidez emocional, tiene mayor vinculación con el desarrollo de los trastornos de alimentación, que el paternal. (Rhodes y Kroger, 1992, citados por Losada, 2018, p. 96)

Por eso, sostengo que un estilo de crianza conflictivo, inadecuado, autoritario y con escasos procesos de afecto, va en detrimento de la subjetividad del niño y puede actuar como un factor que predisponga a los trastornos de la conducta alimentaria.

3.11. El trabajo en equipo como estrategia de abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

Trabajar en equipo, supone un abordaje entre varios. Varios profesionales o terapias, cuyas intervenciones se van configurando en función de las demandas y/o necesidades del sujeto abordado.

No se trata de una mirada disciplinar, aislada, descontextualizada o desarticulada. Sino que por el contrario, es un esfuerzo y compromiso mancomunado, en el cual todos los sujetos y todas las áreas, terapias y profesionales, comparten una misma preocupación superior y un objetivo común: la persona (o paciente).

Asumir la tarea entre varios, entre profesionales y sus egos, nos coloca en el desafío de dejar de lado aquellas instancias personales, de cada uno, para trascender e ir más allá. Esto es, la construcción de un horizonte que nos convoca a todos, para un fin común.

Y pensar el dispositivo clínico de intervención en el campo de la salud humana nos debe siempre interpelar a todos. En soledad, nadie puede hacer mucho. Y en la muchedumbre, a veces tampoco, porque se pierde esa unidad o comunidad de abordaje.

En este sentido, y en vistas de una mirada superadora de tales aislamientos o superposición de egos o intervenciones, se juega la necesidad de una construcción colectiva que tenga como centro a la persona. Una (s) terapia (s) centrada en el sujeto y en su contexto, trascendiendo toda individualidad o especialidad.

Esta mirada nos coloca por delante la enorme tarea de considerar al sujeto como primera preocupación de todos los que formamos parte del equipo de intervención.

La superación de los estancos, islas o dogmas disciplinarios estarían garantizados si logramos desarrollar una propuesta de intervención transdisciplinar.

Y la mirada transdisciplinar podría pensarse como una herramienta metodológica de intervención y trabajo conjunto, donde sus miembros se comunican fluidamente, intervienen de manera articulada, colaborativa, democratizando y construyendo saberes compartidos, desde reflexiones e intervenciones colectivas, en red, situadas. Establecer un equipo de trabajo es un proceso complejo y requiere de un compromiso y esfuerzo mutuo de las partes involucradas.

El abordaje de los Trastornos de Conducta Alimentaria requiere de un abordaje complejo, llevado a cabo por equipos interdisciplinarios en los cuales participan psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, entre otros. Esta modalidad de abordaje implica que, si bien el equipo se constituye por diversos profesionales, los mismos conforman un todo, debiéndose establecer conjuntamente objetivos desde el inicio del proceso, y trabajar e intervenir en pos de su cumplimiento. (Tolosa & Ferraris Mukdise, 2014, p. 12).

Entonces, de común acuerdo, es esperable que los profesionales dialoguen y reflexionen sobre los problemas, necesidades, la familia, el paciente, los abordajes, los avances y retrocesos, los cambios, lo que permanece. Revisan entre todos, sus intervenciones y establecen criterios comunes, acuerdos, consensos de cómo continuar, qué cambiar y sobre qué aspectos hacer foco: siempre en virtud de las necesidades reales del paciente. Y en este proceso, está involucrado también el acompañante terapéutico, como parte del equipo, con sus recorridos, experiencias y conocimientos. Poder reconocerse como otros distintos, permite la aceptación y conocimiento de las habilidades y áreas de intervención de cada uno de los miembros de un equipo, lo que posibilita una visión integral del paciente, propiciando también un modo singular de tratamiento y abordaje.

Hay un entramado que se teje y se hace entre todos. Un tejido colectivo que convoca y resuelve desde una mirada integral, amplia, colaborativa, participativa y abierta.

Es preferible construir relaciones más sólidas, a través de reflexiones periódicas y programadas, en donde se compartan expectativas, esperanzas y objetivos, obstáculos, intereses, posibilidades de éxito y de fracaso. La interacción suministra informaciones y perspectivas imposibles de ser obtenidas individualmente, destacando las reinterpretaciones sobre hechos, que los esquemas profesionales de los miembros dejan pasar inadvertidos o juzgan con otra relevancia. Para fortalecer el espíritu de equipo, la reflexión, el debate, el enfrentamiento de experiencias y de expectativas, debe siempre recurrir a propuestas de cooperación y de ayuda mutua. (Motta, 2001, p. 46).

3.12. Intervención del acompañante terapéutico en Anorexia Nerviosa.

El acompañante terapéutico es quien se va a insertar en la cotidianidad del sujeto que tiene anorexia nerviosa. Y lo hará también, considerando aspectos del sistema familiar del sujeto, es decir, su contexto inmediato.

Será quien se encargue de que el paciente ponga en práctica los principios y herramientas adquiridas en las terapias que asisten al sujeto, de manera que logre la habituación y aprendizaje en su contexto cotidiano.

Para favorecer la aceptación del Acompañamiento Terapéutico por parte del paciente, es importante que el acompañante, tenga una actitud de escucha abierta y receptiva que favorezca el vínculo. Las estrategias y recursos terapéuticos irán variando de acuerdo a las etapas del vínculo terapéutico y del tratamiento. El acompañante terapéutico podrá ayudar a reordenar el organigrama vital de los pacientes. Trabajar sobre prioridades, disminuir en cantidad sus obligaciones y exigencias, intentando operar como espejos que cotejen “proyectos” con “reales posibilidades”.

Una vez aceptada su inclusión en el Equipo transdisciplinario, el acompañante terapéutico se convierte en un facilitador del proceso que interviene en espacios más próximos al paciente, operando como un alojador de las dolencias y ayudando a la detección de dificultades, posibilitando el sostenimiento del tratamiento con mayor facilidad y adherencia, de parte del acompañado.

Hará un seguimiento y monitoreo regular y constante de las conductas, emociones y pensamientos de los pacientes que luego compartirá con el resto del equipo, como parte del proceso de comunicación que establece con la red de profesionales que mancomunan esfuerzos y estrategias colectivas, en virtud del paciente y sus necesidades.

Asimismo, hará énfasis en el desarrollo y la generación de habilidades para la resolución de problemas y foco en el entrenamiento de habilidades psicosociales y de comunicación, mediante propuestas innovadoras que consideren intereses del paciente, posibilidades reales, pero enmarcadas en las sugerencias, indicaciones u orientaciones del Equipo, reforzando aquella idea transdisciplinar de los abordajes y propuestas terapéuticas, con el valor agregado de que sean integrales.

Gradualmente, el acompañante terapéutico, irá brindando al paciente un espacio de contención, diálogo y acompañamiento con el fin de evitar recaídas, sostener emocionalmente ante ellas, además de reforzar conductas saludables que estimulen la ingesta correcta de alimentos que mejoren la salud del paciente y evitar así internaciones.

En este marco, favorecerá y monitoreará la adhesión a las otras modalidades de tratamiento, fundamentalmente a la medicación, la asistencia a los controles médicos,

el acompañamiento en los momentos de ingesta (para asegurarse de que se alimente correctamente, según las indicaciones médico nutricionales).

Suministrará (en conjunto con el equipo terapéutico), diferentes/ estrategias de afrontamiento a la familia para transitar diferentes contextos que desborden su capacidad de respuesta, lo cual permitirá atenuar la carga familiar en el cuidado y contención del paciente.

Fundamentalmente, el trabajo del acompañante terapéutico se centrará en registrar información para la comprensión global del paciente, operando en el modelado de límites y actitudes funcionales tanto para el paciente como para la familia, reorganizando las rutinas cotidianas de ingesta, actividades recreativas, sociales, culturales (favorecedoras de encuentros con personas, amistades o instituciones) y favoreciendo el sostén de las actividades y obligaciones cotidianas, en el marco de la terapéutica y que además, cumplen un papel vital e importancia, para fomentar el sentido de valoración personal del paciente respecto a su autopercepción, sus deseos, sus emociones y sus potencialidades.

Es decir, que el acompañante terapéutico trabajará para propiciar el modelado desde rutinas y pautas sociales organizativas que apunten a la mayor autonomía del sujeto y la propuesta de rutinas productivas pero que también que resulten placenteras, estimulando a que el paciente tenga un compromiso activo con el entramado social y afectivo.

En este marco, el acompañante terapéutico procurará facilitar la integración social, laboral y familiar según los límites y posibilidades de cada paciente, como así también será el guía ante este sujeto para que conecte con su emocionalidad, que la emoción tome palabras, diálogos, sentimientos, metas. Por lo que la tarea primordial del acompañante terapéutico, es poder habilitar un espacio de vinculación que posibilite la expresión de deseos.

En este contexto, deberá brindar un apego seguro, que refuerce las posibilidades, la inventiva y la creatividad del sujeto, en pos de la mejora de su salud y su bienestar integral.

Desde un enfoque sistémico, sus intervenciones harán foco en la observación, registro, monitoreo e inserción en los sistemas familiares de sus acompañados y en otros grupos sociales significativos para identificar el origen de los conflictos y buscar cambios en las dinámicas de estas relaciones en conjunto con los demás profesionales del equipo.

Es importante que el acompañante terapéutico, pueda tener una actitud firme para poder comprender al paciente sin confundirse con él. Además, que pueda propiciar la ampliación de los focos de atención a otros aspectos de la personalidad que han quedado relegados.

El acompañante terapéutico trabajará también en las dificultades que las pacientes tienen en relación a su propio esquema corporal, favoreciendo su reconocimiento. En el transcurso del acompañamiento, el vínculo se irá constituyendo como un lugar de mayor confianza y seguridad para el paciente. Esto redundará en una mayor proximidad emocional con su acompañante, facilitándose progresivamente su posibilidad de dejarse acompañar.

Así, en la dinámica del tratamiento se abordará al sujeto como parte de un sistema familiar, en lugar de hacerlo de forma aislada, para comprender los aprendizajes sociales que ha obtenido y la manera en que interactúa con las personas que lo rodean.

Conclusión

El medio natural y social, por el cual se genera, organiza y mantiene la vida del humano es la trama familiar. Y en ese entramado es que deberá inmiscuirse el equipo terapéutico en una actitud colectiva de búsqueda de respuestas a los interrogantes y desafíos que le provocará el paciente con trastornos de la conducta alimentaria.

El acompañante terapéutico y el Equipo todo, tiene el desafío por delante de comprender a la familia como un sistema complejo, que desarrolla sistemas de creencias, de normas, de valores, de afectos, y diversos modos de vinculación y subjetivación, únicos, situados, los cuales son dinámicos e históricos. Estas prácticas se inscriben en un mundo más amplio: la sociedad.

Al situar a la problemática como una realidad atravesada por múltiples elementos de la sociedad, corremos al sujeto con trastornos de la conducta alimentaria de toda culpa, externamos lo patológico del sujeto y lo dotamos de cierto espacio de inventiva y recreación en su sistema familiar y social (amplio) abriendo el abanico, para pensar en otros factores que intervienen o contribuyen, para re-pensar las intervenciones terapéuticas en anorexia nerviosa, desde una perspectiva más amplia, superadora de los síntomas o la biología.

Así, fui comprendiendo que las miradas profesionales como acompañantes terapéuticos, debe contemplar dicha complejidad, asumiendo variables sociales, culturales, históricas, biológicas, psicológicas, entre otras, como un entramado, como un constructo, que se instala en los sistemas familiares y que impactan en la realidad del sujeto y su contexto, desarrollando estilos de crianzas, que constituyen la base del desarrollo de los mismos.

Construir esta mirada y amplitud desde una perspectiva plural y sistémica, como acompañantes terapéuticos, me parece vital al momento de trabajar con sujetos que atraviesan trastornos de la conducta alimentaria, ya que conduce a incorporar otros escenarios de intervención terapéutica que van más allá del sujeto, asumiendo la tarea de intervenir en el entramado socio-familiar y sus dinámicas.

En este contexto, como acompañante terapéutico, debo posicionar la mirada en aquella multiplicidad de factores descritos precedentemente, para situar las intervenciones en un marco social amplio y entender que las familias, están constituidas y atravesadas por aquellas variables. Y que las mismas, desarrollan, dinámicas en los sistemas familiares que son particulares, y están en relación directa con quienes forman parte de dicho sistema. Por ende, debemos considerar a todos sus miembros en cualquier abordaje que se pretenda terapéutico.

Comprendo que existen diferentes dinámicas familiares como familias existentes, las cuales en muchas ocasiones, pueden afectar directa o indirectamente en la vinculación

con la alimentación de manera problemática y llegar a desencadenar trastornos de la conducta alimentaria.

La familia tiene una gran influencia en las creencias, en las prácticas y en la elección y consumo de los alimentos, es la creadora de las pautas de comportamiento en la alimentación, es por eso que los trastornos alimentarios podrían entenderse como un síntoma de la disfunción familiar.

En este contexto, sostengo que la especificidad del acompañante terapéutico radica en la narrativa, como un espacio de escucha activa y acompañamiento desde la empatía, el respeto y la promoción de espacios de confianza, de expresión, que habilita la circularidad y el uso de la palabra como expresión de deseos y que potencie la mejora de la salud del sujeto acompañado.

Comprendo así, que una herramienta posible de abordaje de la problemática de la anorexia nerviosa, debe necesariamente involucrar a la familia, sus inscripciones, dinámicas y entramados.

El sistema familiar sufre transformaciones, cambios, dinámicas y rupturas, a veces anticipada y otras impredecibles. Y con estas transformaciones, debe asumir el reto de desarrollar mecanismos de resolución que brinden estabilidad al sistema familiar, en virtud de su inclusión y permanencia social. Esto es, dinamizarse en virtud de las demandas sociales, los mandatos y nuevas formas de resolución, en un contexto de flexibilidad y actualización constante.

Esto exige a los equipos terapéuticos, desarrollar recursos y herramientas de intervención que sean creativas, dinámicas y que se ajusten a la realidad de cada caso o sujeto y su sistema familiar.

En este contexto, considero que el estilo de crianza democrático es el que mejor promueve el desarrollo de la personalidad en los hijos, brindándole seguridad y confianza en ellos mismos, en sus posibilidades, desarrolla la seguridad de sí, el autoconocimiento, la promoción de la salud integral en el sujeto, así como el desarrollo de habilidades comunicacionales y de socialización.

Entonces, la intervención del acompañante terapéutico debe poder ordenarse a partir del trabajo en Equipo, de la lectura y problematización de la realidad en la que se inserta y desde la especificidad y disponibilidad de su estar clínico, y efectuarse como un valioso aporte al trabajo transdisciplinario en el abordaje de la anorexia nerviosa, desarrollando intervenciones terapéuticas que alojen y sostengan al sujeto, en el marco de la promoción y del desarrollo de recursos emocionales y sociales propios, para el desarrollo de una vida cotidiana saludable, tendientes al fortalecimiento de la autoestima y la confianza en sus posibilidades y mejora.

Conocer la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria, permitió identificar los múltiples factores que atraviesan a las familias, la importancia del apego, los estilos

de crianza que desarrollan, entre otros aspectos, lo cual contribuye claramente a la construcción de una mirada más amplia que alienta a mejorar las intervenciones del acompañante terapéutico en una red de abordajes, colectiva y plural.

Así, conviene decir que el acompañante terapéutico será el sostén frente a la ansiedad, miedos, angustias, y propiciará el despliegue de las significaciones que se van produciendo entre el paciente y sus vínculos con los alimentos y con la familia.

Para comprender todo lo expuesto, se hace necesario que el acompañante terapéutico pueda tener una formación sólida, la cual contribuirá a que sus intervenciones se sitúen en la realidad del paciente y su inserción vincular, en el contexto de su sistema familiar.

Finalmente, agregar que otra herramienta necesaria, es la transdisciplina, el trabajo entre varios, en equipo, como una condición necesaria y suficiente para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias bibliográficas

Allegue, E. O. (2009). Clínica de los trastornos de la conducta alimentaria: crisis, urgencias y emergencias. En M. T. Panzitta (Ed.), Trastornos de la conducta alimentaria (pp. 37-54). Buenos Aires: RV-Kristal.

American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Attia, Evelyn., (2022) Anorexia nerviosa.

<https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa>

Bowlby, J. (1973). Apego y pérdida: separación, ansiedad e ira. Instituto de psicoanálisis. Londres.

Córdoba, Julia (2014). Estilos de crianza vinculados a comportamientos problemáticos de niños, niñas y adolescentes. Tesis para optar por el título de Maestría en Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba.

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba_julia.pdf

Cuervo Martínez A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología, 6, 111-121.

Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarios de la comuna de Concepción, Chile. Psykhe.

Cruzat C. y otros (2010): Significados y vivencias subjetivas asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. Psykhe.

Espina Eizaguirre (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria.

Ferraris G. (2017). La función de acompañante terapéutico en el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria. <https://www.psyciencia.com/la-funcion-de-acompanante-terapeutico-en-los-trastornos-de-conducta-alimentaria/>

García Arillo, D. Herrero Martín, G. Jáuregui Lobera, I. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria, tipo de apego y preocupación por la imagen corporal. Volumen 4. Numero 7. pp 704-719. Sevilla, España.

Heno G., Ramírez C. y Ramírez L. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo del niño y niña. El Ágora, 7, 233- 240.

Kuras de Mauer, S. Resnizky. S. (2004) Acompañantes terapéuticos. Actualización teórico clínica. Letra Viva: 2a. ed. Buenos Aires.

Kuras de Mauer, S.; Resnizky, S. (2012). Territorios del acompañamiento terapéutico. Letra Viva. Buenos. Aires.

López, F. (2009). Amores y desamores: procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos. Madrid: Biblioteca Nueva.

Losada, A.V. y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psicología, 16, 30-49.

Losada, A. Charro, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales. Revista Perspectivas Metodológicas /21/Vol. I.

Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J., y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20, 51-65

Motta, P. (2001). Desempeño en equipos de Salud. OPS - Editora FGV, Brasil.

Navarro Morejón, Lorena y otros. (2020). Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Relevancia del apego en los trastornos de conducta alimentaria.

<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2019-44PON6.pdf>

Ortíz Gómez M. T. (1999). La Salud Familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral, 15, 439-445.

Osorio-Murillo O. & Amaya-Rey M. C. P. (2011). La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan*, 11, 199-216.

Osorio Hernández, J. E. (2009). Trastornos de alimentación desde el punto de vista nutricional.

Panzitta, M. T. (Ed.). (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. Buenos Aires: RV-Kristal

Ramírez M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31, 167-177.

Rodríguez Ceberio, M. (2006). Viejas y nuevas familias: la transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*.

Rodríguez testal, J.F. (2013). Alteraciones de la imagen corporal. Madrid: Síntesis, S.A

Ruiz Martínez, A. & otros (2010): "Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario". *Universitas Psychologica*. Págs. 447-456.

Selvini Palazzoli M., Cirillo C., Selvini M. y Sorrentino A. M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Paidós: Barcelona.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1998). Los juegos psicóticos en la familia. Paidós Terapia Familiar: Barcelona.

Tarí García, Antonio y Dozza de Mendonca, Leonel. (1999). Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización. En *Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales*.

Tolosa, D. Ferraris Mukdise, G. (2014). Guía prácticas de los trastornos de la conducta alimentaria para acompañantes terapéuticos. Akadia Editorial. España.

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.