

UNA APROXIMACIÓN A LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE MUJERES CON ANOREXIA Y BULIMIA



Berenice López Coutiño
Bertha Lidia Nuño Gutiérrez
Alba Gloria Arias Ibañez

Prólogo de:
Claudia Unikel Santoncini



Una aproximación
a la estructura familiar de mujeres
con anorexia y bulimia

Una aproximación a la estructura familiar de mujeres con anorexia y bulimia

Autores:

Berenice López Coutiño

Bertha Lidia Nuño
Gutiérrez

Alba Gloria Arias Ibáñez

Prólogo:

Claudia Unikel Santoncini



AUTORES:

Berenice López Coutiño

Licenciada en Psicología por el Centro de Estudios Superiores de Tapachula, Chiapas; Maestra en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Becaria de Investigación de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. psique43@hotmail.com

Bertha Lidia Nuño Gutiérrez

Licenciada en Ciencias de la Familia por el Instituto Superior de Estudios para la Familia, Maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac y Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora Asociada C de tiempo completo en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. bertha.nuno@imss.gob.mx

Alba Gloria Arias Ibáñez

Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac. Profesora de Posgrado en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente. Entrenamiento en familias rígidas. Directora del Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica de Guadalajara, Jalisco. ibatesson@hotmail.com

Ilustración de portada

L.D.G. Ana Carolina Berzunza Larios

Diseño de portada

L.D.G. Ana Carolina Berzunza Larios

Diseño Electrónico

Joel Fonseca León

Técnico Estadística e Informática Médica



Dedicado a:

Isa, Azul, Annet, Mariana,
Frida, Ana, Fa y Valeria

AGRADECIMIENTOS

Nuestro mayor agradecimiento a nuestras familias quienes guían y motivan nuestra formación profesional. Con gran respeto agradecemos al Dr. Alfredo Hidalgo San Martín, coordinador de la orientación en salud de adolescentes y jóvenes, de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y ex -Jefe de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud de Adolescentes (UIESSA), por su confianza y entusiasmo.

A quienes son las protagonistas Azul, Isa, Annet, Frida, Mariana, Ana, Fa y Valeria dedicamos este trabajo en representación de todas aquellas jóvenes que se encuentran atrapadas en estos padecimientos.

Asimismo, a las autoridades del Instituto Jalisciense de Salud Mental Jalisco que a través del comité de ética e investigación del Centro de Atención Integral de Salud Mental (CAISAME) por su apoyo en la realización de este estudio.

Agradecemos al Fondo de Fomento a la Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por el financiamiento otorgado para la realización de este estudio y su publicación.

A todas aquellas personas que se permitieron el tiempo de colaborar indirectamente y se contagiaron del tema, para aportar sus conocimientos, reitero mi agradecimiento.



INDICE

Prólogo	-----	17
Presentación	-----	21
Introducción	-----	23
Objetivos	-----	28
CAPITULO I MARCO TEÓRICO		29
Panorama epidemiológico de los Trastornos de Conducta Alimentaria		29
Teoría general de los sistemas y su aplicación al estudio de las familias		32
Orígenes de la teoría general de los sistemas		32
Postulados básicos de la teoría general de los sistemas en el estudio de la familia como sistema		35
Hacia una conceptualización de la familia como sistema		35
Indicadores del funcionamiento familiar		39
El sistema de creencias familiares		40
La estructura familiar		42
Hacia una conceptualización de la estructura familiar		42
Elementos diagnósticos de la estructura familiar		43
Anorexia y bulimia		47
Hacia una definición		47
Antecedentes históricos		48
Descripción clínica		50
Criterios diagnósticos		52
Criterios diagnósticos de anorexia nervosa		53
Tipos de anorexia nervosa		54
Criterios diagnósticos de bulimia nervosa		54
Tipos de bulimia		55
Estudios etiológicos de los trastornos de conducta alimentaria.		55
Los trastornos de conducta alimentaria y su relación con la Familia		57
Antecedentes familiares		57
El enfoque estructural en las familias		57
Los trastornos de conducta alimentaria y su relación con los rasgos de personalidad		63

Los trastornos de conducta alimentaria y su relación con la adolescencia	64
Los trastornos de conducta alimentaria y su relación con rasgos genéticos y biológicos	65
Los trastornos de conducta alimentaria y su relación con aspectos socioculturales	67
Factores socioambientales	67
Concepto de modernidad	68
Los trastornos de conducta alimentaria e identidad de género	69
El método cualitativo como marco teórico y metodológico para el estudio de los trastornos de conducta alimentaria	70
CAPITULO II ACERCAMIENTO METODOLÓGICO	73
Diseño y método del estudio	73
Población a estudiar	73
Muestreo	73
Población en estudio	75
Categorías en estudio	78
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	79
Procedimiento de recolección de datos	82
Análisis de datos	86
Consideraciones éticas	88
CAPITULO III RESULTADOS	90
Composición y estructura familiar	90
Características de las pautas de interacción familiar en la estructura Familiar	97
CAPITULO IV DISCUSIÓN	126
Conclusiones	135
Implicaciones preventivas, de tratamiento e investigación	138
Referencias bibliográficas	141
Anexos	148
GENOGRAMA I. Descripción de la estructura de la familia de Frida	148
GENOGRAMA II. Pautas de interacción de la familia de Annet antes del trastorno de conducta alimentaria	149
GENOGRAMA III. Pautas de interacción de la familia de Fa durante el trastorno de conducta alimentaria	150

GENOGRAMA IV. Pautas de interacción de la familia de Isa en la disolución del trastorno de conducta alimentaria	151
FIGURA III. Matriz de pautas de interacción familiar durante los TCA	152
FIGURA IV. Matriz de pautas de interacción familiar en el inicio, mantenimiento y disolución de los TCA	153

PRÓLOGO

Hace 20 años tener un trastorno de la conducta alimentaria en México era prácticamente algo desconocido. Podía tratarse de algún desequilibrio de la adolescencia, alguna deficiencia hormonal o un deseo normal por estar delgada. Era un tema del cual no se hablaba en los medios de comunicación, centros escolares o entre profesionales de la salud. Actualmente, prácticamente todos estamos informados acerca de la naturaleza de estas enfermedades y no es raro encontrarse con referencias personales de conocidos o amigos que han tenido alguna experiencia cercana relacionada con ellas. En México la investigación sistémica sobre los trastornos de la conducta alimentaria tiene escasos diez años. A lo largo de este periodo se ha visto cada vez un interés más marcado en diferentes instancias que ha originado iniciativas de difusión, investigación, prevención y tratamiento.

En México, como en muchos otros países, se sabe que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud mental pública, que afecta principalmente a mujeres jóvenes de todos socioeconómicos, por lo que resulta indispensable desarrollar investigación que permita entender su etiología y el desarrollo de estrategias de prevención, detección y tratamiento. La prevalencia de bulimia nerviosa a nivel nacional en México, es similar a la reportada en otros países, y respecto a la prevalencia nula, los registros hospitalarios muestran que el número de casos han ido en aumento en los últimos, no sólo de los trastornos clínicamente diagnosticados, sino también de conductas alimentarias de riesgo que pueden fluctuar desde la preocupación por bajar de peso, a un síndrome subclínico.

Según estadísticas de los Estados Unidos de Norteamérica, el riesgo de muerte en la anorexia nerviosa es 12 veces mayor que el muestran poblaciones de mujeres en la comunidad entre 15 y 24 años de edad, 200 veces mayor a la tasa de suicidios en la población general y dos veces mayor al de mujeres con otros trastornos psiquiátricos. En cerca de la mitad de los casos de anorexia o bulimia nerviosas, los pacientes logran una recuperación total; pero aproximadamente 30 por ciento sólo tiene una recuperación parcial y el 20 por ciento restante nunca llega a recuperarse.

Los datos antes mencionados son antecedentes que señalan la importancia del desarrollo de investigación orientada al conocimiento de la etiología de estas enfermedades. Existe un gran cúmulo de investigación que apoya la idea que los factores socioculturales juegan un papel importante en el desarrollo de problemas relacionados con la imagen corporal y entre ellos se encuentra la influencia de los medios de comunicación, la familia y los compañeros de escuela y amigos. La asociación entre el funcionamiento familiar, la patología familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, ha recibido mucha atención a lo largo del tiempo y se ha considerado que juega un papel en su desarrollo y mantenimiento. En general los resultados de investigación señalan la naturaleza recíproca de la disfunción familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. La disfunción familiar y los problemas de comunicación en la familia pueden exacerbar el trastorno, así como el tratamiento individual de este puede disminuir la disfunción familiar.

El presente libro es un intento por adentrarse en esta tarea desde una perspectiva sistémica en la que se analiza la estructura familiar de mujeres que han padecido un trastorno de la conducta alimentaria. El trabajo realizado muestra una serie de bondades que es importante resaltar. La mayor parte de las investigaciones realizadas en nuestro país han utilizado metodologías de corte cuantitativo, por lo que este trabajo contribuye con un abordaje diferente, a conocer en profundidad el fenómeno, y que se ve claramente reflejado en los testimonios presentados. Por otro lado, se trata de un estudio realizado con personas que han padecido la enfermedad, y ya que en la mayoría de los casos la investigación se realiza en poblaciones comunitarias, esto es una aportación de muy alto valor que contribuye con el



conocimiento de estas enfermedades desde la propia experiencia de quien ha padecido. Asimismo, aporta información proveniente de una zona geográfica (la ciudad de Guadalajara) con peculiaridades socioculturales que pueden ser una fuente de información importante para el conocimiento. Finalmente, el estudio confirma resultados previos de investigación en relación con los estilos de comunicación y la dinámica familiar hallados en familias con un miembro con un trastorno alimentario, y representa un esfuerzo que puede estimular el desarrollo de investigación innovadora en este campo todavía insuficiente explorado.

Dra. Claudia Unikel Santoncini
Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente

PRESENTACIÓN

Este estudio parte de la inquietud de estudiar los trastornos de conducta alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, desde una epistemología sistémica y concretamente desde una aproximación estructural para profundizar en la estructura de la familia de un grupo de mujeres jóvenes de la Ciudad de Guadalajara Jalisco, México que cursaban con anorexia y bulimia.

El lector podrá encontrar que esta obra se integra por dos apartados: el planteamiento del problema, los objetivos, el marco teórico y el acercamiento metodológico del estudio y una segunda parte que comprende los resultados, la discusión, las conclusiones, algunas implicaciones y anexos.

En el primer apartado se describe un panorama general que da cuenta del problema en estudio. Se justifica el abordaje de la teoría familiar sistémica, y en especial, la propuesta del enfoque del modelo estructural de Salvador Minuchin para el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria. Se plantea una revisión de la participación que la familia tiene en torno a los TCA y no sólo del individuo.

Este acercamiento metodológico nos permitió realizar una aproximación a la estructura familiar de estos padecimientos desde la propia subjetividad de mujeres con anorexia y bulimia, ya que de acuerdo a lo reportado, hasta ahora no se había rescatado la experiencia de las pacientes, ni su perspectiva matizada bajo la cual interactúan con su familia. Para este trabajo se siguió la propuesta de evaluación familiar del Modelo Estructural

de Minuchin (1979)¹ en relación a la forma en que las jóvenes caracterizan la realidad de las interacciones familiares. En el acercamiento metodológico se presentan las diferentes fases que se llevaron a cabo en esta investigación y detalla el procedimiento de recolección de la datos y cómo se realizó el análisis de los datos.

En la sección de resultados en dos partes, la primera comprende la descripción de la composición y estructura familiar, y la segunda parte, las características de las pautas de interacción entre los miembros y hacia el interior de sus familias. Los resultados sugirieron que las mujeres que participaron en el estudio perciben que viven bajo una estructura familiar con características disfuncionales.

En los anexos se presentan los detalles de las fases de la metodología empleada, los instrumentos de recolección de datos y tres genogramas de la estructura familiar de las participantes así como algunos cuadros que resumen los resultados obtenidos.

Esperamos que esta obra sea un aporte para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que padecen trastornos de conducta alimentaria, y para los investigadores que represente una propuesta metodológica alternativa para su estudio.

Las autoras



INTRODUCCIÓN

Hasta hace unas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria ó TCA (anorexia y bulimia han sido considerados un problema de salud por la magnitud de los síntomas), habían sido abordado a través de estudios que explicaron aspectos genéticos, biológicos y clínicos.

Sin embargo, desde la década de los cincuentas se inició el estudio del trastorno alimentario desde la perspectiva más holística, en donde se reconoció la participación de la familia y no sólo del individuo. Estos estudios provienen de la terapia familiar sistémica, que ha sido considerada como la teoría más influyente tanto para el desarrollo de los estudios como para las propuestas de tipo terapéuticas². Los estudios de Minuchin y Selvini Palazzoli³, han sido reconocidos como los pioneros, sin embargo, sólo han sido considerados como reportes, los cuales han sido sujetos a numerosas críticas. Los estudios de Minuchin³, dejaron al descubierto determinadas características de estas familias, a las que llamó "familias psicósomáticas".

No obstante, los detalles de estos resultados nunca se publicaron y sólo fueron tomados como experiencias clínicas por la falta de sistematización en su estudio².

Otras características identificadas en las familias con TCA reportadas son: la rigidez, sobreprotección, familias que aparentemente son unidas, pero esta rigidez se ha manifestado en mantenerse sin cambios, a pesar del desarrollo evidente, les cuesta introducir en su sistema de convivencia nuevas experiencias (Laliberte, 1999⁴ Avila, 1993⁵; Kuba, 2001⁶). Se reporta

que en apariencia son familias saludables sin conflictos evidentes, pero en un examen más minucioso revelan dificultades maritales crónicas, con pobre comunicación, hostilidad no expresada, depresión y problemas sexuales (Fornari, 1999)⁷. Se señala que, no son capaces de percibir necesidades, expresar emociones, hablar de sentimientos y mostrarlos (Neumark, 1999)⁸. Se afirma que la anorexia y la bulimia son síndromes transmitidos generacionalmente en las familias (Strober, 2000)⁹. El rechazo hacia las pacientes se ha vinculado con incapacidad de establecer relaciones afectivas cercanas, por ello se observa que los pacientes, anteponen los deseos y necesidades de los demás a los suyos, pues de lo contrario no consiguen el afecto y la aprobación (McIntosh, 2000; Kog, 2002; ---, 1997)¹⁰⁻¹².

Como se podrá observar, a pesar de que la tradición del estudio de los TCA comenzó en la década de los cincuentas, existen pocos estudios que den cuenta de la asociación con la variable familiar. Además las investigaciones que provienen de la teoría familiar sistémica han sido consideradas poco consistentes, aún cuando hayan utilizado una metodología evaluada como científica². Los estudios realizados en Estados Unidos de América^{4,6-10}, Colombia⁵, Bélgica¹¹ aunque parecen más consistentes, se han desarrollado desde enfoques epidemiológicos que no rescatan la subjetividad, la experiencia de las pacientes y su perspectiva matizada por esa subjetividad bajo el cual interactúan con su familia.

La teoría familiar sistémica bajo la cual ha sido estudiada y tratada los TCA, carece de elementos científicos para la recolección de datos con la que se elaboran los diagnósticos, bajo los cuales más tarde se plantean intervenciones. Seguramente ahí radica la razón por la cual, las investigaciones de Minuchin (1979)¹ y Selvini-Palazzoli (1950)³, han sido consideradas sólo como reportes.

La teoría familiar sistémica, abarca cuatro enfoques teóricos, que comparten los mismos cimientos epistemológicos, pero en el que cada uno tiene sus propias particularidades. Se pueden identificar: 1) el Modelo de Milán, en el cual Selvini-Palazzoli y Boscoso son sus principales precursores; 2) la Terapia Centrada en Soluciones con Steve de Shazer; 3) Terapia Estratégica con Haley, y 4) el Modelo Estructural con Minuchin, que se considera el marco más adecuado para el estudio de los TCA (Ochoa de Alda, 1995)¹³.

El modelo estructural centra su atención en el concepto normativo de familia sana y en él se propone un desarrollo ideal para que la familia funcione de manera adecuada. A su vez concibe diferentes subsistemas (individual, conyugal, parental, fraterno) con funciones y mantenimiento de una jerarquía clara basada en la competencia parental, para decidir los asuntos relacionados con la familia, límites claramente dibujados entre los subsistemas y fronteras flexibles¹³.

McGoldrick (1987)¹⁴ propone que la evaluación de la estructura familiar debe considerar la elaboración de genogramas que son representaciones tangibles y gráficas de una familia, las cuales permiten explorar la estructura familiar en forma clara y observar el *cuadro* familiar a lo largo de varias generaciones, a través de las pautas vinculares, ya que son transmitidas de una generación a otra. Las pautas abarcan: las propiedades de las fronteras; la distribución jerárquica del poder; las secuencias de interacción e hipótesis de la interacción sistémica, entre el contexto total de la familia y las conductas sintomáticas de los miembros.

Minuchin (1979)¹ y McGoldrick (1987)¹⁴ proponen que las pautas son aprendidas en la familia de origen y tienden a repetirse al *atravesar* de una

generación con otra a través del legado de la tradición familiar, que como es, de carácter ideológico y de identidad no son cuestionados. Por consiguiente, se recomienda explorar las pautas de tres generaciones en el trazado de genogramas, que es donde se revelarán las interacciones que se transmiten a lo largo de varias generaciones¹³.

Para la realización del diagnóstico estructural, se propone que se utilicen de tres a cinco sesiones familiares, para recoger las diferentes posturas e interpretaciones del síntoma (anorexia y bulimia).

Aún cuando la teoría familiar, proponga cómo evaluar la estructura familiar se carece de investigaciones que hayan utilizado una metodología científica para la recolección y análisis, que permitan elaborar el diagnóstico (Campbell, 1986)². Con este estudio se pretende, utilizar una metodología sistematizada para la elaboración de la evaluación estructural de las familias de un grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad que fueron diagnosticadas durante su adolescencia con anorexia y bulimia.

La población que padece anorexia y bulimia suele asumir conductas de falta de conciencia de la enfermedad, por lo que es una población de difícil acceso. Puesto que los datos pueden estar sub o sobrestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace el diagnóstico preciso con los mismos criterios; y por otro lado, la mayoría de las veces se utilizan cuestionarios para su detección y, las personas que presentan dichas conductas tratan de esconderlas debido a que se sienten culpables por realizarlas.

De lo anteriormente expuesto se planteó la siguiente pregunta de investigación, desde una postura retrospectiva, con la información proporcionada por los propios actores sociales y desde la propia subjetividad

de mujeres con anorexia y bulimia ¿qué características le atribuyen a la estructura de sus familias de dos generaciones?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar desde la propia subjetividad de mujeres con anorexia y bulimia, la estructura que le atribuyen a sus familias de dos generaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la composición de la estructura familiar de dos generaciones anteriores a las mujeres con anorexia y bulimia
2. Analizar la estructura familiar (diferencias biológicas, su relación legal, edad, psicopatología, demografía, el funcionamiento y eventos críticos).

Analizar las características de las pautas de interacción en la estructura familiar en cuanto a: jerarquías, roles, alianzas, límites, fronteras, díadas, tríadas, relaciones complementarias-simétricas, triangulaciones, coaliciones, aglutinamiento, sobreprotección, evitación del conflicto, movimientos familiares y comunicación de dos generaciones de mujeres con anorexia y bulimia.

CAPÍTULO I.

Marco Teórico

Panorama epidemiológico de anorexia y bulimia

Se afirma que el dilema de encontrar una definición de sí mismo clara y sana, es una lucha presente tanto en anorexia como en bulimia, lo cual se ubica como parte de un mismo síndrome. Por lo tanto, los TCA se definen como un binomio sintomático que, en la mayoría de las veces aparece de manera alternada en una misma persona (Navarro 1999)¹⁵.

Los reportes epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria indican que la prevalencia fluctúa entre el 0.5% y el 1% (Shvili, 2000)¹⁶. Existen hallazgos contradictorios en cuanto a cual de cada uno de los trastornos es el más prevalente. En ciertas investigaciones se ha encontrado que la frecuencia mayor es para la anorexia nervosa al ser comparada con la bulimia nervosa (Goldman, 1998)¹⁷; mientras que en otros estudios ha sido reportada una mayor prevalencia de bulimia nervosa (Quintero et al, 2003)¹⁸.

En las últimas décadas se ha registrado un aumento en la frecuencia de anorexia y bulimia (TCA). De acuerdo al DSM-IV, la prevalencia en mujeres varía del 0.5 al 1% para los cuadros clínicos clásicos de anorexia¹⁶.

Los trastornos del apetito son más prevalentes en las sociedades occidentales industrializadas, en niveles socioeconómicos medio y alto, aunque pueden ocurrir en todas las clases sociales^{12,16}.

La tendencia de morbilidad en algunos estudios referidos desde 1970 a 2002, indican 6 de incidencia y 17 de prevalencia; a su vez se distinguen aquellos que hacen referencia exclusivamente a la anorexia, los que sólo lo hacen a la bulimia y los que engloban y consideran todos los TCA en su conjunto (Anaya, 2004)¹⁹.

Con respecto a la anorexia, la diferencia es evidente, con un claro y progresivo aumento en las chicas con respecto a los chicos, desde el estudio de Theander, en 1970, con una relación de 10 a 1, hasta el de Otero et al, en 2002, donde ésta era de 38 a 1. En el caso de la bulimia han pasado de una relación de 2 a 1 a un incremento sustancial como el destacado en el estudio de Apollini, en 1999, donde la morbilidad según la prevalencia es de un 20% en las chicas¹⁹.

Se encontró que la edad promedio de inicio es de 17 años de edad, aunque hay algunos datos que proponen edades de 14 y 18 años. Según algunos expertos, el 95% de los pacientes que padecen anorexia y bulimia son mujeres. En la mayoría de los casos que se presentan en hombres (5%) se han asociado con tendencias homosexuales¹².

Entre mediados de los años 50 y los años 70 la incidencia de anorexia tuvo un incremento de casi 300% (NOAH, 2005)²⁰.

En Dinamarca, durante 1985-1989 se registró una incidencia de anorexia de 6.8. En 1988, Suecia registró 2.6; mientras que en 1991 en Estados de Unidos de América fue de 14.6. En cuanto a prevalencia en Suecia y Estados Unidos de América fue de 22 y 26.9 respectivamente. En

1995 en Holanda se registró una prevalencia de 8.1; en Francia de 1.1 y en España (1999) fue de 6.9¹².

La Asociación Americana de Psiquiatría (1994) reporta que aproximadamente entre el 90% a 95% padecen anorexia y son mujeres jóvenes. Entre el 0.5-1% de las mujeres americanas presentan anorexia. De acuerdo a su condición física el 5-20% de quienes la padecen tiene mayores probabilidades de morir. En relación a la bulimia del 1-2% de las adolescentes y mujeres jóvenes son afectadas por este trastorno y aproximadamente el 80% son mujeres (NEDA, 2002)²¹.

En el estudio sobre prevalencia de adolescentes realizado en una población de Venezuela se encontró que la frecuencia fue mayor para bulimia que para anorexia, esta última estuvo ausente en los sujetos estudiados. Las cifras de bulimia fueron mayores en el sexo femenino y la proporción de varones corresponde, con lo esperado para la población de este género, en la misma proporción a la planteada por la literatura¹⁸.

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México realizada en el 2003, no reportó casos de anorexia, pero en cuanto a bulimia hubo una prevalencia de 1.8 en mujeres de 18 a 29 años de edad, quienes al menos una vez en la vida han presentado el TCA (Medina et al, 2003)²².

Con respecto al perfil de riesgo para los TCA, los estudios señalan como riesgo lo siguiente: la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia y conductas anoréxicas. En todos ellos se ha registrado un aumento en las chicas. Sólo en el caso de riesgo para bulimia, se señala que existe el doble de riesgo para los chicos. Pero tanto, en la obsesión por la delgadez, la insatisfacción corporal, las conductas anoréxicas y TCA, el riesgo es 10 veces superior en las chicas¹⁹.

Las personas con anorexia llegan a demacrarse hasta el punto de morirse de hambre y a perder por lo menos desde 15% hasta incluso el 60% del peso normal del cuerpo. En general, las personas con bulimia tienen un peso del cuerpo entre normal y normal alto pero puede fluctuar en más de 5 kilos debido al ciclo de purga del atracón^{20,21}.

Entre el 40% y el 80% de todos los pacientes de trastornos alimentarios experimentan depresión. Muchos estudios sobre pacientes anoréxicos han demostrado que la tasa de muertes oscila entre el 4% y el 20%. Las enfermedades del corazón son la causa más común de las muertes de las personas que sufren de una severa anorexia^{20,21}.

La anorexia y bulimia por su recurrencia y falta de control son un problema actual que demanda urgencia de prevención.

Teoría General de los Sistemas y su aplicación al estudio de las familias.

Orígenes de la Teoría General de los Sistemas (TGS).

El término sistema proviene del griego *systema* una cosa compuesta, la cual se refiere a la composición ordenada de elementos en un modo unificado. El estudio del sistema se remonta desde la unificación de la ciencia y metodología para los sistemas complejos. Cuando se piensa como primer objetivo para conseguir unidad del saber científico es el crear una enciclopedia de las ciencias. Los grandes filósofos como Platón y Aristóteles señalaron los criterios de clasificación sistemática. De tal forma que el modo de entender la unificación ha generado grandes transformaciones, desde el sentido de ordenamiento de los filósofos antiguos de la corriente positivista

hasta que finalmente se ha pasado al sentido interdisciplinario, de corriente cibernética (Stielin y Wynne, 1997; Cusinato, 1992)^{23,24}.

El movimiento de las partes que componen todo el universo hasta la partícula más pequeña ya había sido supuesto por la ciencia griega, y particularmente por Demócrito (470-380 A.C.), hoy, más de dos mil años después se concluye que todo organismo y el movimiento de sus partes, es una sistema, es decir, ejercen interacciones recíprocas en un orden y en correspondencia a un proceso determinado. Aún cuando esa relación se origine de manera azarosa, inevitablemente se produce "la organización" por conglomeración, deduciría el mismo Demócrito. Esta visión contribuye a la integración de la teoría general de sistemas (Von Bertalanffy, 1971)²⁵.

Todo organismo, es un sistema, en el que existe un orden dinámico de partes y procesos entre lo que se ejercen interacciones recíprocas²⁵. Los sistemas abiertos son sistemas vivos. De acuerdo a Minuchin y Fishman (1999)²⁶ las inestabilidades del sistema tenderán a conducirlo hacia un nuevo régimen dinámico que constituirá un nuevo espacio de complejidad. La diferencia principal que se establece con otros modelos es la de la circularidad, mientras que la epistemología que subyace al resto desarrolla la linealidad del pensamiento (Ceberio y Watzlawick, 1998)²⁷.

De esta forma, la familia como sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior²⁶. Está constituida por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior (Andolfi, 1997)²⁸; las fluctuaciones de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve al sistema, a su estado de constancia²⁶.

La teoría general de los sistemas como la cibernética se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas,

independientemente de su constitución material. Las premisas de esta teoría se basan en la intuición de que un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y “se comporta” de un modo distinto²⁴.

Bertalanffy (1950)²⁹ pionero de la teoría general de sistemas afirma que todavía no se ha constituido definitivamente en un teoría unificada, aunque se han realizado intentos para formular dicha teoría. Buckley (1967)²⁴ describe que en la teoría general de los sistemas intervienen diferentes premisas en la descripción de distintos niveles de sistema como los organismos mecánicos y socioculturales. Estos niveles están ordenados jerárquicamente: los sistemas socioculturales contienen a los biológicos y los mecánicos, pero no a la inversa.

En el marco de la terapia familiar, la aplicación del término sistema es idéntica a su aplicación en el campo de la cibernética.

La teoría cibernética de los sistemas brinda un marco abstracto para la observación de las estructuras dinámicas. Sus bases se encuentran en la teoría de control, cuyas reglas se ha descubierto que tienen validez fuera de la esfera de los sistemas mecánicos en lo que se originó la teoría. A su vez, Nagel (1968) afirma que en los procedimientos de la experimentación, interviene la función interdisciplinaria cibernética y esto genera unificación. Este proceso del saber científico se apoya en bases concretas como parte de especializaciones de la misma cibernética²⁵.

Desde el principio, la cibernética ha estado conectada estrechamente con la resolución de las problemáticas inherentes a los sistemas complejos. Debido a las correspondencias precisas entre los diversos sectores de la ciencia, ha sido posible establecer conexiones interdisciplinarias claras²⁵.

Postulados básicos de la TGS en el estudio de la familia como sistema.

Ochoa de Alda (1995)¹³, explica conceptos básicos de la teoría general de los sistemas de Bertalanffy que son aplicados al sistema familiar:

1. **Totalidad:** el comportamiento del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativo que incluye las relaciones existentes entre ellos.

2. **Causalidad circular:** la circularidad expresa al contrario de la linealidad cómo en una secuencia causa y efecto, éste impregna la causa primera, confirmándola o efectuando una modificación, y a través de esta recurrencia, la causa inicial se ve afectada. La concepción del proceso circular es aportada por la cibernética, cuyo modelo se constituye por una unidad básica: el mecanismo de retroalimentación (Ceberio y Watzlawick, 1998)²⁷. En la descripción de las relaciones familiares, entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca A es un estímulo a B , que a su vez lo es para A . Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten en forma pautada.

3. **Equifinalidad:** se refiere al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.

4. **Equicausalidad:** la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. En esto el terapeuta abandona la búsqueda de una causa pasada al síntoma. Por lo que hay que centrarse en el presente, en el aquí y ahora.

5. **Limitación:** ocurre cuando se adopta una determinada secuencia de interacción que disminuye la probabilidad de que el sistema

emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

6. **Regla de relación:** en todo sistema existe la necesidad de definir cual es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.

7. **Ordenación jerárquica:** en toda organización hay una jerarquía en el sentido que unas personas poseen más poder y responsabilidades que otras, para determinar que se va a hacer. La organización jerárquica incluye responsabilidades, decisiones, protección, ayuda, consuelo y cuidado.

8. **Teleología:** el sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial, de sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de dos funciones complementarias en un equilibrio dinámico: homeostasis, que es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio.

9. **Ciclo vital:** el curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universal, por lo que se denomina "normativo" a pesar de las diferencias culturales. En ella se observan períodos de equilibrio, adaptación; desequilibrio y cambio. Los miembros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo, por lo que requieren que se elaboren tareas y aptitudes nuevas.

En conclusión, el enfoque sistémico ha elaborado, mediante estudios teóricos e investigaciones empíricas, su propio análisis sobre los sistemas interactivos familiares en cuanto a sistemas abiertos, capaces de autorregularse mediante procesos homeostáticos y evolutivos. Por consiguiente, cuando ocurre un suceso que expresa un notable valor informativo capaz de provocar cambios y modificaciones estructurales en el sistema, la organización sistémica puede proceder a realizar una serie de maniobras homeostáticas a fin de oponerse a la información trastornante, modificándola¹⁷.

Hacia una conceptualización de la familia como sistema.

La investigación y la teoría sistémica se han desarrollado entre otras cosas para atribuir mayor científicidad a las ciencias biológicas y psicosociales.

En el campo de la psicología, diversos especialistas como Grinker (1967), Millar (1978) y Bateson (1976) han estudiado los procesos de organización y las modalidades de relación interpersonal a través del modelo sistémico. En 1971, Bertalanffy proponía que la psicología abandonara las posturas americanas (clásica o neoconductista), para pasar a teorías de raíz cibernética, basadas en la concepción del cálculo matemático. El modelo de hombre que propone la visión sistémica, al momento de captar los aspectos de relación y globalidad, propone la idea de un sistema de personalidad activo en el que la creatividad, la imprevisibilidad y la capacidad de elegir constituyen las características más representativas²⁵.

Al aplicar los principios sistémicos a la psicología, se empezó a dar la importancia que la familia tiene para la formación de la personalidad de los individuos y, para explicar los comportamientos, tanto normales como

anormales. Por consiguiente, el estudio de la psicología sistémica se ha centrado en las modalidades relacionales, convirtiéndose en un instrumento para determinar las reglas que caracterizan la compleja organización del sistema familiar, la cual se considera como el sistema relacional primario en el proceso de individuación, crecimiento y cambio del individuo. Cabe mencionar de acuerdo a Malagoli-Togliatti (1983), que el sufrimiento del individuo es una expresión de la disfuncionalidad de todo el sistema, ya sea en sus relaciones internas o con el ambiente exterior²⁵.

Por su parte Hall y Fajen definen que un sistema es “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos”, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos, y las relaciones “mantiene unido al sistema”. En este sentido los objetos pueden ser seres humanos individuales y los atributos son sus conductas comunicacionales²⁵.

En la visión sistémica, se concibe a la familia como una estructura organizativa antepuesta a la mediación y a la integración de las exigencias internas y externas al sistema. La misión de la organización familiar consiste, en buscar el equilibrio entre las expectativas y deseos de sus miembros; en la mediación entre las exigencias de cada individuo o de todo el núcleo y las expresadas por la sociedad²⁵.

La familia se concibe como un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior (Minuchin, 1999)³⁰, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. La estructura rige el funcionamiento de los miembros que la conforman, define la gama de sus conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1999)²⁶.

Por otra parte, el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones, a través de sus individuos como subsistemas. En el que cada uno de estos pertenece a su vez a otros subsistemas y posee diferentes niveles de poder, en los que aprende habilidades para competir con los demás en el medio de una familia nuclear y extensa, en la que es un todo y una parte al mismo tiempo (Minuchin, 1999; Minuchín y Fishman, 1999)^{26,30}. Es en esta relación dialéctica donde se despliega su energía, en búsqueda de la autonomía y de su autoconservación cómo un todo. De lo que se deduce que, parte y todo se contiene recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación. De ahí, que en el sistema familiar tradicional se identifiquen el subsistema individual, el conyugal, el parental y el de los hermanos (Minuchin y Fishman, 1999)²⁶.

En resumen, el sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios los límites, los cuales funcionan como líneas de demarcación y lugares de intercambio de comunicación entre dos sistemas o subsistemas¹³.

Indicadores del funcionamiento familiar

Los principales indicadores del funcionamiento familiar propuestos por Andolfi (1997)²⁸ se presentan a continuación:

a) **La familia como sistema en constante transformación:** la familia como sistema se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones

aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación.

b) **La familia como sistema activo que se autogobierna:** mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones. Así todo tipo de tensión dentro de la familia (nacimiento de los hijos, divorcios, duelo) o del exterior (cambios de residencia o de condiciones en el trabajo), vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y consentir el crecimiento de sus miembros, por otro.

c) **La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas:** las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condicionan y son condicionadas a su vez por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico.

El sistema de creencias familiares

Los sistémicos han subrayado que el comportamiento de una familia no puede entenderse de manera adecuada si no se tiene en cuenta su historia (Boszornenyi-Nayi y spark, 1973; Bowen, 1978; Carter y McGoldrick, 1989; Framo, 1992; Paul y Grosser, 1965; Walsh y McGoldrick, 1991. En

Rolland, 2000)³¹. Legados y pautas de adaptación multigeneracionales dan forma a mitos, creencias y expectativas que influyen sobre el modo en que las familias perciben una crisis de salud y guían el tipo de sistemas que desarrollan en presencia de la adversidad³¹.

Para Dallos (1996)³² la palabra creencia se utiliza en un sentido amplio e incluye toda una gama de significados. Puede sugerir creencias religiosas o actitudes morales. Es posible que se refiera a cogniciones o a lo que consideramos como real, o puede representar la aceptación de las afirmaciones de alguien. Sin embargo, la creencia contiene la idea de un conjunto de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera como cierto. Además existe un componente emotivo o un conjunto de afirmaciones emocionales acerca de lo que debe ser cierto.

Por su parte, la familia es *creativa*, la crean las personas que la forman, y al mismo tiempo, es una estructura social definida por la sociedad. Las familias tienen la capacidad de construir significados, de dar sentido al mundo a su alrededor y a aquello que les está sucediendo. Las personas construimos significados para entender lo que ocurre a nuestro alrededor. No es que simplemente los significados están fuera y nosotros los absorbamos; la gente crea el sentido de las cosas, intenta dar significado a los sucesos que experimenta, a las acciones de los demás y a las suyas propias³².

De tal forma que todos, individualmente y como integrantes de una familia y de otros sistemas, desarrollamos un sistema de creencias o filosofía que determina nuestras pautas de comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida. Así, las creencias brindan coherencia a la vida familiar, porque facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro; proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas. A nivel práctico los sistemas de creencias sirven como mapa cognoscitivo que

orientan las decisiones y la acción. Las creencias pueden rotularse como valores, cultura, religión, visión del mundo o paradigma familiar, según el sistema que estemos abordando³¹.

La estructura familiar

Hacia una conceptualización de la estructura familiar

Minuchin entre los años 1965 y 1979 desarrolló su trabajo como director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia, creó un enfoque terapéutico central en la estructura familiar, donde definió que los procesos del sistema familiar se reflejaban temporalmente en sus estructuras¹³. En sus investigaciones se dedicó a estudiar y especializarse en el estudio de la estructura familiar y la definió como "una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que los miembros interactúan"¹.

La estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Las actividades de la estructura cambian de acuerdo con su evolución. Por ello la estructura está constituida por pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.

En un intento de ahondar en estas interacciones se especifican algunos parámetros: estructura familiar, límites y fronteras, jerarquías, rol, díadas, tríadas, triangulaciones, alianzas, coaliciones, relaciones complementarias-simétricas, hijos parentales, padres periféricos o ausentes; pautas de interacción y comunicación¹.

Sin embargo, las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impactan profundamente en las transacciones familiares, por ende producen un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas¹³.

Por lo tanto, una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntalan el sistema. Dichas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia, que son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar y el segundo, el idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, estas negociaciones pueden ser explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionándolas a menudo con los acontecimientos diarios. De este modo el sistema se mantiene a sí mismo.

Elementos diagnósticos de la estructura familiar

Desde el punto de vista estructural, el síntoma es la consecuencia lógica de una organización fallida dentro de la familia. Esta estructura fallida se explica generalmente en términos de confusión de roles y fronteras, jerarquías invertidas, alianzas inter-generacionales o coaliciones entre

miembros o sub-sistemas, y un menoscabo de funciones ejecutivas, lo cual puede estar en la raíz de interacciones familiares disfuncionales¹³.

Se considera que la familia es el primer y el más importante sistema al que pertenece una persona, las interacciones familiares tienden a ser altamente significativas, recíprocas, a la vez que pautadas y reiterativas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta actual puede tomar variedad de formas (McGoldrick, 2000)³³. Para Bowen las pautas de interacción en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación, a esta metodología para evaluación de pautas lo denomina transmisión generacional de pautas familiares³³.

La herramienta que apoya la búsqueda de pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que se continúan o se alternan de una generación a otra es el genograma, la cual se define como un formato para dibujar el árbol familiar, que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones por lo menos tres generaciones, en una representación gráfica de la información. El paradigma es que un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución, tanto del problema como del contexto a través del tiempo³³.

El genograma consiste en una representación gráfica del mapa familiar. En él se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones en al menos tres generaciones. Con ello se obtiene información no sólo de las relaciones entre los distintos miembros de un sistema familiar, sino también del por qué ciertas conductas y reglas de la relación pueden, pasar de unas generaciones a otras. Por consiguiente, la

información plasmada se convierte en una fuente de hipótesis sobre cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar y sobre la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo¹³.

La construcción del genograma se realiza en tres niveles¹⁴: en primer lugar, el trazado de la estructura familiar; en segundo lugar, el registro de la información sobre la familia y, en tercer lugar, la representación de las relaciones familiares.

A. **Trazado de la estructura familiar:** permite mostrar gráficamente como están biológica y legalmente relacionados los diferentes miembros de una familia¹³.

B. **El registro de la información familiar:** incorpora la información demográfica, la información funcional y los sucesos familiares críticos. Los *datos demográficos* incluyen edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación de los integrantes del sistema familiar. La *información funcional* se refiere a los datos sobre el funcionamiento médico, emocional y conductual de cada miembro de la familia. Los *eventos o sucesos familiares críticos* son las crisis y transiciones importantes, cambios de relaciones, migración, fracasos y éxitos que pudieron afectar la estructura¹³.

C. **La representación de las relaciones familiares:** a través de las edades y fechas relevantes muestra cuáles son las transiciones del ciclo vital a las que se adapta el sistema familiar, y si los roles, las funciones familiares y las edades corresponden a las expectativas normativas. Cuando no es así, se investiga qué dificultades tiene la familia para *atravesar* esa fase de su ciclo evolutivo. La representación de las relaciones familiares permite evaluar la naturaleza de las mismas y, tener en cuenta la estructura

familiar y la posición en el ciclo vital, formular hipótesis sobre la presencia en el sistema de importantes vínculos y pautas triangulares¹³.

En la evaluación familiar a través de genogramas se considera importante la entrevista que se realiza para recopilar información que suele darse en el contexto de una entrevista familiar. Esta puede obtenerse también de un solo miembro de la familia o bien de varios. Se debe preguntar acerca del problema actual, de la familia anexa y sistemas sociales más amplios. De la situación actual de la familia a una cronología histórica de hechos familiares. De interrogantes fáciles a cuestiones difíciles que provocan ansiedad. De hechos obvios sobre el funcionamiento y las relaciones e hipótesis sobre pautas familiares³³.

Así también son importantes los roles y expectativas que dependen del género, de tal forma que se necesita un modelo multigeneracional de ciclo de vida que integre coherentemente los legados y temas relacionados con la enfermedad que, incluyen el ciclo de vida de la enfermedad, del individuo y de la familia, de una manera útil para la evaluación de la situación y la intervención.

McGoldrick (2000)³³ señala que, el genograma ofrece información familiar gráfica, de manera que provee a simple vista una gestalt de los complejos patrones familiares y un recurso, para la elaboración de hipótesis acerca de cómo el problema clínico puede ser conectado con el contexto familiar y la evolución de ambos; problema y contexto, a través del tiempo.

De esta forma, las pautas reiterativas se hacen evidentes cuando se abordan los temas con la familia sobre los mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas. Así, se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios tempranos en las relaciones de la familia, originados por los cambios en la estructura familiar y otros

cambios críticos de la vida, lo cual proporciona una rica fuente de hipótesis sobre, qué es lo que lleva al cambio a una determinada familia (McGoldrick, 2000)³³.

Carter (1978), considera que el flujo de ansiedad en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo vertical deriva de pautas de funcionamiento que se transmiten históricamente de un generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional (de padres a hijos). El flujo de ansiedad horizontal surge de tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida de la familia³³.

Anorexia y Bulimia

Hacia una definición.

La anorexia nervosa es un trastorno del comer caracterizado por el rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para su edad y talla. De acuerdo a Shvili y el DSM-IV, la anorexia es uno de los trastornos alimentarios más frecuentes. Es manifestado por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos. Se caracteriza por un miedo mórbido a la gordura o a ganar peso, además de una búsqueda constante de lograr la delgadez en su extremo máximo¹⁶.

Otros autores refieren que el término anorexia proviene del latín *an*, prefijo restrictivo y *orexis*, apetito (es decir sin apetito), mientras que el adjetivo *nervosa* expresa su origen psicológico. Estas raíces afirman que la anorexia es la falta de apetito. Por su parte Buela, Caballo y Sierra definen que es la idea sobrevalorada de adelgazar, caracterizada por un conjunto de comportamientos dirigidos a mantener lo que el individuo considera peso

aceptable, con dietas totalmente irracionales y sin poder deshacerse de un angustioso miedo a engordar¹².

La bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. La característica esencial de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales³⁴.

El vocablo bulimia, se deriva del griego *bous* buey y *limos* hambre, que significa "hambre de buey"¹².

Los pacientes con bulimia también manifiestan miedo intenso a subir de peso, sin embargo, hay variaciones en relación a los criterios diagnósticos de anorexia nervosa. Anteriormente la bulimia nervosa era considerada como un trastorno secundario a la anorexia, pero las fuertes diferencias entre anoréxicas y bulímicas, hicieron que ésta fuera considerada como una entidad psicopatológicamente distinta¹².

Antecedentes Históricos.

Las descripciones de autoinanición se han encontrado en redacciones medievales y, la anorexia nerviosa fue definida por primera vez como un problema médico en 1873. A finales del decenio de 1950, se describió la bulimia como un patrón de conducta de algunos sujetos obesos. A principios de 1970, se reconoció como un aspecto relacionado con la anorexia nervosa¹⁷, (Mateos, 1997)³⁵.

La historia de la anorexia se remonta a la Edad Media, en el Siglo XIV, donde los primeros relatos hablan de una enfermedad misteriosa, que transformaba a las personas que la padecían y, que se caracterizaba por la gran pérdida de peso por una dieta de hambre autoimpuesta (Shelley,

2000)³⁶. Durante esta época se describe la vida de algunas santas como Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza, para ahuyentar la atención de los hombres³⁵.

Después de tres siglos ocurrió la primera descripción clínica de la anorexia nervosa atribuida a Morton en el año de 1694. En 1874, William Gull acuñó la enfermedad con el nombre de anorexia nervosa en forma definitiva. En su presentación, Gull destacó su aparición en la adolescencia y principalmente en mujeres³⁵.

Lasegue menciona que la anorexia emerge como entidad en el marco del discurso psiquiátrico, vinculada a la histeria. Este autor articula teóricamente el proceso de la enfermedad en tres tiempos: el primero se manifiesta mediante el rechazo a alimentarse, en el segundo tiempo, este rechazo se convierte en una perversión mental hasta desembocar en un tercer estadio, en el cual se verifica la enfermedad declarada (Salin, 1999)³⁷.

A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa es estudiada principalmente desde el punto de vista psicológico, bajo los modelos psicoanalíticos de ese momento³⁵.

En relación al trastorno de bulimia, se ha descrito a través de la historia, que el vomitar después de grandes comilonas, sin embargo, estas conductas no eran prácticas cotidianas sino muy esporádicas. La mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer en forma excesiva en un periodo corto de tiempo, se remontan al siglo XIX, pero estas conductas estaban asociadas a otras enfermedades como depresión,

ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nervosa. Fue en 1907 cuando Janet publicó una descripción detallada de un caso de bulimia. Sin embargo, apenas a partir de 1940 esta enfermedad se considera un síndrome. En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó la bulimia en el manual de Psiquiatría (DSM-III) como una enfermedad diferente a la anorexia nervosa¹².

Descripción clínica

Según Mateos Parra, los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan características de tipo cognitivo, fisiológico y motor³⁵.

Las manifestaciones cognitivas de la anorexia y bulimia coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar y, preocupación excesiva por el cuerpo, peso y alimentos. Diversos estudios confirman la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética, que al principio no se consideran patológicas, sin embargo su reiteración y persistencia las convierte en patológicas.

Otra manifestación cognitiva es la alteración de la imagen corporal, la cual se caracteriza porque las personas anoréxicas aun cuando están extremadamente delgadas, niegan su delgadez, y su enfermedad. A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se concluye que: a) la tendencia a sobreestimar el tamaño del cuerpo no se debe a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada, b) esta tendencia conduce a una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico, c) la sobrestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios. No obstante, lo que diferencia a las personas con trastornos alimentarios son las

intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal. Al mismo tiempo, se han extraído datos de observaciones experimentales y clínicas que apoyan la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia, los cuales están relacionados con el hambre y la saciedad, o bien si es que los perciben de modo anómalo³⁵.

En relación a las manifestaciones fisiológicas, se encuentra un bajo peso, emaciación, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo, da lugar a que la piel tenga una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubierta de lanugo en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos.

A medida que se restringe el consumo de alimentos son más notables los vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo y el consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos^{16,17,37}. Los trastornos endocrinos más comunes son: amenorrea, concentraciones altas de hormona del crecimiento, cortisol, alteraciones en el metabolismo de la hormona tiroidea y secreción de insulina^{17,37,38}.

Finalmente como manifestaciones conductuales aparecen los cambios en el patrón normal de la ingesta. Algunos pacientes llegan a restringir el consumo de agua. Si se les cuestiona el por qué de la dieta que llevan a cabo, responden con evasivas o argumentan llevar a cabo un tipo de dieta sana. Suelen evitar comer tanto con los demás miembros de su familia como en cualquier situación social, que implique sentarse alrededor de la mesa. Aparecen conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, etc.).

En cuanto a la apariencia personal de una joven que sufre anorexia, éstas suelen vestirse con ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc.). La anorexia nervosa se caracteriza por la búsqueda

de la reducción de peso, a través del incremento del consumo energético, así realizan ejercicio en forma compulsiva, comen de pie, duermen poco, etc. Según Davis, Kennedy, Ravelski y Dionne, la actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema³⁷.

Pese a la pérdida significativa de peso y a la supuesta debilidad, los pacientes muestran dedicación intensa a los estudios y tienen alto rendimiento^{12,16,17}. Sin embargo, son más irritables y aislados del grupo de pares, lo cual les permite evitar la confrontación respecto al peso y alimentación¹⁷. A su vez, son personas que tienden a considerarse a sí mismas en términos más absolutos y utilizan aspectos opuestos para calificarse (correcto e incorrecto; bueno o malo). Esta desconfianza, refuerza la necesidad que tienen de controlar lo que comen¹⁶. Por lo tanto, la búsqueda intensa de la delgadez se traduce en una lucha psicológica, donde superficialmente los pacientes adoptan una conducta desafiante e independiente, pero en realidad sienten que no valen nada y no merecen vivir^{16,17,39}.

Este cuadro de síntomas puede indicar la presencia de trastornos afectivos como depresión mayor. Herzog, afirma que dos terceras partes de los sujetos con anorexia y tres cuartas partes de quienes padecen anorexia y bulimia, se les diagnostica un trastorno del estado de ánimo. La depresión mayor se presenta en más del 60% de anoréxicos y bulímicos¹⁷.

Criterios Diagnósticos.

Existen pequeñas discrepancias en cuanto a los diferentes criterios diagnósticos de la anorexia; sin embargo comparten las características esenciales del no comer, la pérdida considerable de peso y la distorsión de la imagen corporal.

Los criterios diagnósticos para anorexia y bulimia nervosa de acuerdo al DSM-IV (1993)³⁴ se mencionan a continuación:

Según el DSM-IV, la mitad de estos pacientes reducen sus pesos al restringir sus dietas y se conocen como anoréxicos restrictores; la otra mitad, los pacientes anoréxicos bulímicos, mantienen el peso a través de vómitos autoprovocados. Aunque ambos tipos son graves, el tipo bulímico, que impone estrés adicional a un cuerpo desnutrido, es el más dañino¹⁷. Los trastornos endocrinos se hacen presentes manifestándose con amenorrea, altas concentraciones de hormona del crecimiento, cortisol, alteraciones en el metabolismo de la hormona tiroidea y secreción de insulina^{17,37,38}. Un 10% de los pacientes fallecen, las causas más frecuentes del deceso es el suicidio. Otros pacientes fallecen por disfunción sistémica y desequilibrio hidroelectrolítico³⁸.

Criterios diagnósticos de anorexia nervosa.

Los criterios diagnósticos para anorexia nervosa son^{16,35}:

1. Rehusar a mantenerse en el peso corporal mínimo, para la edad y la altura de la persona. Reducción del peso corporal, manteniéndose 85% por debajo de lo esperado.
2. Miedo intenso a ganar peso, aun cuando se esté con peso bajo.
3. Alteraciones en la autopercepción del peso corporal o en la imagen corporal que uno tiene de sí mismo. Negación del bajo peso.
4. En mujeres postmenárquicas se reporta amenorrea, la cual debe estar ausente en por lo menos tres periodos menstruales.

Tipos de Anorexia

Tipo purgador. Uso de laxantes y vómito como maniobras que "aceleran" la pérdida de peso.

Tipo no purgador. El sujeto usa maniobras para bajar de peso como ayunos prolongados, ejercicios extenuantes, pero no se autoinduce el vómito. Las pacientes suelen reportar que poco antes del inicio de la sintomatología tuvieron un cuadro depresivo, lo mismo que durante el curso de la enfermedad. Uno de los problemas para distinguir a la depresión mayor en las pacientes con anorexia, es que el ayuno prolongado puede acompañarse de datos parecidos a los observados en la depresión, por lo que en ocasiones la depresión cuando coexiste, es difícil de diagnosticar y por lo tanto no se hace. La sintomatología obsesiva compulsiva se presenta en los pacientes con anorexia; ésta se caracteriza por pensamientos en torno a la comida. En etapas avanzadas de la enfermedad, sobre todo cuando se instalan algunos problemas médicos serios o infecciones, la enferma deja de tener apetito³⁵.

Criterios diagnósticos de bulimia nervosa.

Los criterios diagnósticos para bulimia nervosa son^{16,35}:

A. Presencia de *atracones* recurrentes. Un *atracción* se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio (por ejemplo: en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer, o no poder controlar el tipo o la cantidad que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los *atracones* y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Tipos de Bulimia

1. Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes o enemas en exceso.
2. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso³⁵.

Estudios etiológicos de los TCA (anorexia y bulimia)

Existen diversos enfoques que proponen factores causales únicos, sin embargo, los trastornos alimentarios constituyen un cuadro imposible de reducir a un único factor que dé cuenta de toda la complejidad que los caracteriza. Por ello, la tendencia en los últimos años es considerar este tipo

de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales donde interactúan diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos. Asimismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración y de la vulnerabilidad psicológica para iniciar el desarrollo de síntomas.

Toro (1999)⁴⁰, considera el trastorno anoréxico como una patología multidimensional, que engloba diferentes dimensiones como: persona-biológica, psicológica y social, además que obedece al modelo multicausal de la enfermedad es decir, para que aparezca el trastorno anoréxico sería necesario, que varios factores interactuaran entre sí para dar origen a dicha patología. Así, establecen la existencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de dicho trastorno.

De acuerdo a Rausch y Bay (1997)⁴¹, algunas de las situaciones que se han asociado a la alta frecuencia de la anorexia nervosa son: a) tendencias obsesivas y compulsivas vinculadas a preocupaciones acerca del peso, b) como respuesta a presiones sociales y de pares, vinculadas a cambios en los roles de género y a patrones de belleza, c) fantasías en relación al temor del embarazo oral, d) infantilización y haber sido tratada como un objeto de un sí-mismo parental, que conduce a un sí-mismo endeble, e) conflictos acerca de la madurez del desarrollo y f) estar inserta en un sistema familiar, que tiende a eludir la expresión abierta de conflictos, dando lugar a que uno de los padres se sobreinvolucre con un hijo/a vulnerable.

Por lo tanto se hace necesario hacer una distinción y descripción de las diferentes dimensiones por los que se ha encontrado y estudiado la etiología de los TCA:

Los TCA (anorexia y bulimia) y su relación con la familia

Antecedentes familiares

Se afirma que las actitudes y comentarios de los miembros de la familia, sobre todo de las madres, son variables que precipitan la conducta de dieta y preocupación de la figura corporal. Otros factores familiares son la obesidad de los progenitores, el estilo de alimentación (por ejemplo, usar la alimentación para calmar sus emociones o como un premio) o un vínculo inseguro. No está claro si el funcionamiento familiar, (familias rígidas y sobreprotectoras), ejerce una influencia directa. Al igual que, el rechazo por parte de los compañeros de colegio, quienes ejercen cierto efecto sobre la preocupación del peso y la figura corporal (---, 2001)⁴².

Otros antecedentes familiares reportados son: la presencia de alcoholismo, drogadicción, obesidad y/o presencia de abuso sexual en algún integrante de la familia¹².

El enfoque estructural en las familias

Minuchin en una fase precedente y distinta del tratamiento terapéutico estudió modelos transaccionales de familias con diversas perturbaciones psicosomáticas, entre ellas nueve familias de pacientes anoréxicas. Este estudio permitió documentar, que el sistema familiar revelaba modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características son cuatro y se describen como sigue (Onnis, 1990)⁴³:

1. **Aglutinamiento:** ocurre cuando cada miembro de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las

comunicaciones de los otros. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, con la consiguiente confusión de roles y funciones.

2. **Sobreprotección:** todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Frecuentemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. Sobretudo, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo. Por ello, circularmente la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

3. **Rigidez:** es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es resistente al cambio. Tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente. Niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. Al mismo tiempo, las relaciones con el exterior son escasas y, la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

4. **Evitación del conflicto:** las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente (anoréxica y bulímica) juega un rol central y vital.

Mara Selvini Palazzoli (1995)³ llega a conclusiones análogas a través del estudio de doce familias con pacientes anoréxicas, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos, en el cual agrupa las siguientes "reglas" fundamentales:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido o nivel de relación) con elevada frecuencia.

- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder.

- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.

- Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

Selvini (1995)³ afirma que el síntoma se revela como extremadamente coherente con las reglas del sistema, incluso a la propia definición de la relación. Mientras que los padres definen la relación con la hija en términos de *alimentadores* y *alimentada*; la hija responde, según las reglas y define la relación de manera opuesta, es decir, justamente a través del comportamiento anoréxico, el cual le sirve para intentar adquirir una posición de superioridad en la definición de la relación. Pero, en realidad, de este modo ella no hace más que perpetuar las reglas del juego relacional entre los miembros de la familia. Una vez más, el síntoma *coopera* en el mantenimiento de la rigidez homeostática del sistema.

Ahora bien, Selvini (1995)³ en estudios posteriores describe los seis estadios sucesivos al juego parental que desembocan en la conducta anoréxica:

1. El primer estadio es el juego antes descrito de la pareja parental. En la situación de *impasse*, están involucrados sin excepción los miembros de las familias extensas.

2. El segundo estadio comprende: la hija que llegará a ser anoréxica se implica precozmente en el juego de los padres. En lo que se refiere al modo en que lo hace, se distinguen dos grupos, durante la infancia y preadolescencia. En el primero, Selvini explica que la hija que llegará a ser anoréxica está sometida a la madre, quien a menudo se confía con ella y revela los sufrimientos que le inflige su marido. La hija siente compasión por la madre, aunque es raro que le tenga estima y es la única de la familia que

la ayuda en las tareas domésticas. De acuerdo a lo anterior, la hija tiene la convicción de superioridad moral y de cierto privilegio en la relación con la madre. En el segundo, la hija es la preferida del padre y es considerada parecida a él. Al mismo tiempo ella admira al padre, lo cree superior a la madre. En esta fase, la futura paciente (de ambos grupos) no actúa contra uno y otro padre, sino que mantiene una posición equidistante.

3. Con la llegada de la adolescencia, la futura paciente señalada se involucra en algunos hechos decisivos, que cambian la percepción que la joven tenía de su padre, o la empujan más hacia él. En el primer grupo: la adolescente comprende que la madre muestra mayor preferencia por algún otro hermano o hermana. Al sentirse abandonada, la futura paciente se inclina esperanzada por el lado del padre. La hija percibe al padre como solo y abandonado como ella, advierte sus valores personales, acepta y retribuye las promesas que aluden a una común afinidad electiva. En conclusión la chica comienza a tomar partido por el padre, al que secretamente le gustaría ver reaccionar con firmeza y determinación ante determinadas conductas de la madre. En otros casos, el vínculo seductivo entre padre e hija se incrementa a veces de un modo enojoso. En consecuencia se intensifica el proceso de instigación. Se observa que en ambos casos, la futura paciente señalada se siente unida al padre, en su condición de padre, como el de una mujer hipócrita y mezquina.

4. En este período de malestar relacional intenso tiene lugar el acontecimiento *dieta*: en el primer grupo de mujeres la futura paciente se percibe abandonada por la madre e instigada por el padre, a la vez que siente la necesidad de diferenciarse de su madre y experimentar aversión inclusive ante la idea de parecérselo. Por lo tanto, se adecua a las exigencias del modelo propuesto por la moda y de sus coetáneos, la cual todavía resulta

confusa para independizarse y sentirse mejor socialmente. En el segundo grupo de pacientes, la decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre. Esta decisión va precedida de conductas conflictivas entre la madre, el padre o la propia hija. Cualquiera que fuere el modo en que se haya iniciado la reducción alimentaria, ésta evoluciona hasta ser una protesta muda y una renegación contra la madre. En ambos grupos, las futuras pacientes consideran que su propia decisión es el "detonante" de un cambio.

5. El quinto estadio está marcado por el viraje paterno. La hija se siente traicionada por el padre. Sus sentimientos por él se transforman en rencor, a veces en desesperación y desprecio. La muchacha disminuye su alimentación llevándola a niveles absurdos. Sólo así, podría humillar a su madre y mostrarle a su padre (que lo percibe como cobarde) de lo que es capaz de hacer.

6. En el sexto estadio el juego familiar continúa mediante aquello que se llama estrategias basadas en el síntoma. La paciente anoréxica, ha descubierto el increíble poder que le confiere el síntoma, permitiéndole reconquistar una posición de privilegio de la cual gozaba en la infancia y preadolescencia. Con frecuencia establece un vínculo pseudosimbiótico con su madre, el cual está caracterizado por hostilidad y control³.

Trojovsky, Scheer, Dunitz, Kaschnitz, Sommer y Kranz (1995), consideran a la familia, específicamente el medio familiar, como el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nervosa, pero también como la responsable de la génesis de dichos trastornos. Los estudios de los aspectos familiares se centran en una primera etapa, en el análisis del vínculo y el rol materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio. Por un lado, aparecen como un personaje fuerte, rígido,

dominante, pero al mismo tiempo poco cálido. Por otro lado, se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de las madres, donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen con frecuencia, en más de un 60% de las pacientes. Asimismo, notaron que en los primeros años de su desarrollo evolutivo, en específico en el periodo de lactancia, éste estado depresivo materno impidió la empatía necesaria entre la niña y su madre².

Por otra parte, al cuestionar sobre qué hizo que estas pacientes, que provienen de familias en las aparentan funcionar bien, se sienten tan incapaces de enfrentar el mundo. Bruch asevera que aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. El defecto central radica en que a pesar de que parece haber hipercuidado y atención, en realidad esto se llevaría a cabo al tener en cuenta las necesidades de los padres y, no los deseos del niño. Así, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio⁴¹.

Dentro de esta perspectiva se debe cuestionar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular del otro. En una segunda etapa se enfocan al rol paterno, el cual subraya su carácter borrado, sumiso, su incapacidad para ejercer autoridad y mantenimiento de una posición de exclusión en la vida familiar. Es particularmente significativo ver que en los meses anteriores al desencadenamiento de la sintomatología anoréxica o bulímica, el padre presenta indicios de un estado depresivo, por una modificación en su rol dentro de la dinámica familiar que lo ubica en un punto de mayor invalidez, de desvalorización o de incapacidad para sustentar las necesidades básicas familiares; pareciera ser que todo esto es un modelo constante.

En síntesis, se revelan familias convencionales que sostienen las apariencias a cualquier precio, familias encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior, unidas por un funcionamiento patológico, que centran toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos, mostrarse como perfectas y en donde ellas marcan su fracaso.

Los TCA (anorexia y bulimia) y su relación con los rasgos de personalidad

Por su parte Bruch, desde el pensamiento neopsicodinámico, describe la anorexia nervosa primaria como aquella donde las pacientes no carecen de apetito, sino que deliberadamente restringen su ingesta y se someten a desgastes físicos con el objeto de que la delgadez extrema, las proteja del terror de engordar. Dado que dudan de su capacidad de interpretar la sensación de hambre, temen perder el control sobre su ingesta. Así la función del comer es utilizada como una pseudosolución a sus problemas de personalidad⁴¹.

Para Bruch, el trastorno psicológico se vincula a un déficit básico en el sentido de sí-mismo, de la identidad y del funcionamiento autónomo. De acuerdo a sus descripciones, estas pacientes, antes de enfermar, suelen ser consideradas por sus familiares como especialmente buenas, cumplidas y motivo de orgullo. Con la aparición del cuadro, la joven se vuelve hostil, negativista y desconfiada. Según la autora, éstas jóvenes sienten que son víctimas, presas de satisfacer los deseos de los demás y carecen de espacio para los propios⁴¹.

Entre otras manifestaciones clínicas, Bruch destaca que las pacientes mantienen una conducta de desafío, como una manera de defenderse del sentimiento de carecer de una personalidad definida, de sentirse

incompetentes e impotentes. Así mismo, Bruch toma las categorías piagetianas para referirse a los trastornos de pensamiento de estas pacientes. Afirma que operan con un pensamiento egocéntrico en cuanto a que funcionan con un nivel de operaciones preconceptual y concreto⁴¹.

Son personas que viven muy pendientes de lo que los otros esperan de ellas, en relación de cumplir con los ideales de sus padres ó de dar satisfacción a los demás. Expresan la obligación de hacer siempre lo adecuado, lo cual les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal ó para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Para ellas, la seguridad está basada solamente en el exterior de la persona, en cumplir en lo que se supone que se espera de ellas y adecuarse a la imagen que los otros puedan tener de ellas mismas. Así también, presentan cierta sensación de ineficacia personal, que se expresa en una gran dificultad para emplear recursos personales en la solución de problemas. Muchas veces, es la propia dificultad para encarar situaciones y resolverlas, lo que hace a una persona más vulnerable a desarrollar un TCA, donde el cuerpo es el símbolo, la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998)⁴⁴.

Los TCA (anorexia y bulimia) y su relación con la adolescencia

Los estudios centrados en la adolescencia indican, que en esta etapa es cuando se experimenta la más intensa orientación hacia la apariencia física, especialmente por parte de las jóvenes, de igual manera es cuando se formulan las evaluaciones negativas de dicha apariencia⁴⁰.

Los TCA se dan con mayor frecuencia en la adolescencia que es una situación de cambio, crecimiento, maduración perturbada y perturbadora, a

través de la cual se conforma la identidad definitiva y adulta. En la adolescencia confluyen exacerbadas la corporalidad y la sexualidad, ya que el cuerpo biológico en esta etapa emerge sexuado y mortal. La anorexia en la adolescencia, se muestra como una crisis de identidad con sentimiento de pérdida de la pertenencia al mundo infantil; con temor y resistencia a la incorporación al mundo adulto responsable; con la intención de no ocupar un lugar en el mundo real y de convertir al cuerpo, en una imagen que se logra a expensas de un intento de la *fabricación de su propio cuerpo* (Lazzari, 1997)⁴⁵.

Se han realizado investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en el papel que desempeña, el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal. La etapa de la adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos lo cual se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal. En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos, a la creciente introspección, a la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos y a la creciente lucha por apegarse a las normas de origen cultural. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico y por ende será más susceptible a presentar anorexia o bulimia (Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002)⁴⁶.

Los TCA (anorexia y bulimia) y su relación con rasgos genéticos y biológicos

Se ha demostrado que la tasa de los TCA entre gemelos es mayor que la observada en mellizos (44% contra 12.5%). La anorexia es ocho

veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno, desconociéndose qué factor hereditario puede ocasionarlo; algunos expertos, creen que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales opioides, que son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre (Félix, Nachón y Hernández, 2003)⁴⁷.

Dentro de las anormalidades pituitarias y del hipotálamo, puede señalarse que algunas investigaciones están centrándose en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino de las personas con trastornos del apetito. El hipotálamo ordena el funcionamiento de la hipófisis, y las personas con daño en esta estructura tienden a exhibir síntomas de anorexia. Las anormalidades del hipotálamo parecen causar una mayor producción de las hormonas esteroideas relacionadas con el estrés, que a su vez bloquean el neuropéptido Y (NPY) un potente estimulante del apetito que se reduce en las personas con anorexia⁴⁷.

El sistema hipotálamo-pituitario también es responsable de la producción de hormonas reproductoras que se agotan severamente en la anorexia, lo que da lugar a la interrupción menstrual. Otros factores biológicos propuestos, pero no del todo demostrados, son las complicaciones perinatales y las infecciones. Se postula que los problemas durante el embarazo o después del nacimiento, tales como infecciones, traumas, bajo peso al nacer y mayor edad materna, están asociados a una mayor incidencia de anorexia⁴⁷.

Los TCA (anorexia y bulimia) y su relación con aspectos socioculturales

Factores socioambientales

Striegel (1993), elaboró un modelo evolutivo donde muestra la aparición del trastorno en la adolescencia y su mayor incidencia en mujeres. Además señala que el conjunto de factores socioambientales, la interiorización del rol sexual unido a la presión estresante de la adolescencia, la creencia y adopción del mito de la *superwoman*, podrían explicar la aparición del trastorno alimentario (Savater, 2001)⁴⁸.

Los estudios de Selvini Palazzoli (1995)³ concluyen que los factores socioculturales y la conducta anoréxica se pueden desarrollar, en lugares donde: el alimento es abundante y ofrecido con profusión; la delgadez está de moda; el bienestar de los hijos es un objetivo central en la familia y la dependencia de ellos con respecto a sus padres es indispensable, por consiguiente la responsabilidad de estos últimos, se prolonga en el ciclo vital.

En este juego psicosocial de los TCA, la moda y sus creadores/productores desempeñan un papel destacadísimo, al igual que los medios comunicación y la publicidad, que tan eficazmente sirven a los que aumentan su fortuna con los kilos que los otros pretenden abandonar. Todos ellos y muchos otros factores influyen sobre la mujer, contribuyendo a la cosificación del cuerpo, hasta lograr que se asocie el prestigio social y la autoestima personal a la delgadez⁴⁹.

El anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central de nuestra cultura y su interiorización en la sociedad, es un hecho indiscutible. En mayor o menor medida todos y cada uno comparten el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia de algún modo a la

belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma y búsqueda de perfección⁴⁸.

Por lo tanto, la delgadez para muchos sería el medio de conseguir todos los valores citados anteriormente a los que está asociada. La asociación sistemática entre delgadez y esos valores, ha hecho que la delgadez se convierta en un fin en sí misma. Todo comportamiento reforzado positivamente de manera sistemática se convierte en reforzador. Por consiguiente, los medios para adelgazar como la dieta restrictiva y el vómito son reforzados por sus resultados. Los modelos sociales, el grupo de pares y familiares, el bombardeo publicitario, los halagos de quienes las *aprecian* y en última instancia las cogniciones aprobatorias son, un reforzador de los ayunos, abstinencias y demás prácticas mortificadoras⁴⁸.

Contexto de modernidad

La anorexia y bulimia pueden entenderse como patologías del control sobre el reflejo del yo, que actúa en torno a un eje de la identidad y la apariencia corporal, en el que la vergüenza desempeña un primerísimo papel. Los TCA no surgen de una aversión repentina por la comida, sino como un fenómeno controlado y progresivo que se produjo poco a poco. Por una parte se produce el *ascetismo* deliberado en el régimen corporal en medio de infinidad de elecciones alimentarias; al mismo tiempo se distingue un componente reflejo, caracterizado por la determinación de *devorar* cualquier información que pudiera obtener sobre calorías; así también, destaca la conciencia de desarrollar un estilo de vida distintivo, en relación con la identidad de su yo; y se resalta la convicción final de poder *nutrir* su propia estima antes que *dejarla morir de hambre*, lo cual resulta en una polaridad entre vergüenza y orgullo (Giddens, 1997)⁴⁹.

Los TCA deberían entenderse más bien, en función de la pluralidad de opciones que la modernidad pone a nuestra disposición (viéndola como una forma de exclusión de las mujeres en la actividad social). Las mujeres tienen hoy en día la posibilidad nominal de elegir entre una gran variedad de oportunidades; sin embargo, en una cultura masculina, muchas de esas vías están en realidad cerradas. Más aún, para lograr las realmente existentes, las mujeres deberán abandonar su identidad anterior. Es decir, las mujeres experimentan la apertura a la modernidad tardía de forma más plena, pero más contradictoria⁴⁹.

Los TCA (anorexia y bulimia) e identidad de género

Algunos autores han sugerido que la orientación del rol genérico y particularmente la socialización vinculada a la identidad genérica femenina, coloca a las mujeres en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, principalmente durante el periodo de adolescencia y adultez joven. El hecho de que las mujeres jóvenes tengan preocupaciones tempranas acerca del atractivo corporal sería una evidencia del poder que ejerce la socialización en la modelación del rol sexual. Los roles sexuales son flexibles y pueden ser influenciados por situaciones y demandas vitales. La internalización de presiones socioculturales sería el mediador de los factores adversos del ideal de delgadez. Otros autores han enfatizado la importancia de la orientación del rol sexual, donde tanto la feminidad extrema como el rechazo a ésta, son factibles de hallar en las pacientes con patología alimentaria, sean estas anoréxicas o bulímicas. Por lo tanto, dichas afecciones simbolizarían el enfrentamiento con las nuevas expectativas de la mujer. Estas presiones se centran en el cuerpo ideal delgado, en la focalización de la apariencia externa y trascendencia de esta figura en el éxito social. Por consiguiente,

algunos clínicos e investigadores aseveran que existe una asociación entre la condición de feminidad, como una orientación específica del rol sexual y los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) (Behar, 2001)⁵⁰.

Es así como, el perfil estereotípico del rol de género femenino en la mujer con anorexia y bulimia surge eminentemente dependiente, inmaduro, complaciente, con una necesidad de aceptación por terceros que conlleva a una baja autovalía, escasa confianza en sí misma y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica. En este contexto, las potenciales pacientes anoréxicas y bulímicas se encuentran susceptibles a las coacciones culturales ya mencionadas que a su vez, otorgan una gran importancia a la apariencia corporal esbelta, la cual se homologa a claves de belleza, atractivo sexual, éxito e inteligencia y, por ende, a la satisfacción de ambiciones y el logro de la felicidad⁵⁰.

El método cualitativo como marco teórico y metodológico para el estudio de los TCA (anorexia y bulimia)

La anorexia y bulimia como un problema actual, demanda urgencia en la prevención, pese a que se ha estudiado bajo distintos enfoques o paradigmas, el enfoque integral de los tratamientos ha mostrado inconsistencias (atención primaria).

Por lo tanto, se hace una propuesta para el estudio de los TCA bajo un marco teórico y metodológico que sea factible y científico.

Al respecto, Campbell (1986)² menciona que para el estudio de los problemas de salud los dos paradigmas más utilizados son la epidemiología social y la teoría general de los sistemas.

La epidemiología social utiliza un modelo en el cual el desorden es visto como existente dentro del paciente y son variables simples y cuantitativas con una alta confiabilidad para medir a la familia; sin embargo los resultados nos dicen muy poco acerca de las relaciones humanas².

En los estudios bajo el paradigma de la teoría general de los sistemas, los síntomas en el individuo son vistos como parte de las interacciones dentro de un sistema, como la familia. Estas interacciones son cualitativas y si bien son difíciles de cuantificar con confiabilidad, sí permiten examinar el fenómeno complejo y proporcionan datos valiosos acerca de las relaciones humanas².

La exposición de las características disfuncionales de las familias con pacientes psicósomáticos sólo es descriptiva. Por el contrario, sirve para documentar una hipótesis de partida que está en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional de la familia facilita junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma psicósomático a cargo de uno de sus miembros.

La investigación de Minuchin¹ y de Selvini³ son una aproximación sistémica en la interpretación de la relación entre el paciente psicósomático y su familia.

Por lo tanto, el estudio de la anorexia bajo el paradigma cualitativo presenta riquezas y ventajas que permitirán ampliar la comprensión del fenómeno.

Este modelo cualitativo surge como alternativa al enfoque positivista para explorar significados, símbolos y definiciones elaboradas por los propios sujetos, a través de su interacción con los demás. Se interesa en comprender la realidad de un fenómeno o conducta dentro de un contexto dado, para captarlo como un todo unificado. La metodología cualitativa es rigurosa; se

basa en una detallada observación de un hecho o fenómeno, que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja (Ramírez, 1996)⁵¹.

El paradigma cualitativo produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Donde no se busca la causalidad, sino la comprensión del fenómeno.

Bajo este método la relación sujeto-objeto es de recíproca-influencia. Este enfoque ofrece una exploración a profundidad, mediante una revisión y registro cuidadoso (Bisquerra, 1989)⁵².

CAPÍTULO II.

Acercamiento Metodológico

Diseño y método del estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cualitativo siguiendo el Modelo Estructural (Minuchin, 1979)¹.

Población estudiada

Se estudiaron mujeres jóvenes que fueron diagnosticadas con anorexia y bulimia.

Muestreo

De acuerdo a Glaser y Strauss (1967)⁵³ las elecciones iniciales de informantes conducen a otros informantes similares o diferentes; el observar un tipo de sucesos invita a la comprensión de otro tipo, dicho entendimiento, resulta clave en un contexto que revela aspectos que se pueden estudiar en otros sujetos que a su vez pueden ser los próximos participantes (Valles, 2000)⁵⁴.

Las elecciones de informantes, episodios e interacciones son conducidas por un planteamiento conceptual, no por una preocupación por la representatividad. Para llegar a constituir el constructo, se necesita ver sus diferentes aspectos, en diferentes momentos, en diferentes lugares, con diferente gente⁵⁴.

La selección de las participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional a través de la técnica bola de nieve (Corbin

y Strauss, 1990)⁵³. Caracterizada por el contacto con mujeres anoréxicas y bulímicas a través de profesionales de la salud, de las mismas participantes y del Instituto Jalisciense de Salud Mental del Sector Salud. Esto se llevó a cabo entre mayo de 2002 a diciembre de 2004.

Durante el proceso de dicho muestreo se registraron los diferentes accesos a instituciones, contactos con porteros e informantes claves, a través de un diario de campo⁵³. En un principio se estableció contacto con profesionales de la salud que habían atendido pacientes bulímicas y anoréxicas; posteriormente se participó en un foro sobre el tema de anorexia, donde se tuvo el primer contacto con una informante con anorexia quien a su vez aceptó participar en el estudio, y refirió a una segunda participante. El siguiente acceso fue a través de profesionales de salud (psiquiatras y psicólogos) para ingresar a grupos de autoayuda, planteles escolares, en los que fue negado el acceso por cuestiones de anonimato, normatividades de los propios grupos y políticas institucionales.

Con la aprobación del comité de ética del Instituto Jalisciense de Salud Mental (IJSM), se inició la búsqueda de pacientes en las bases de datos de hospitalización y área de consulta externa del 2001 a 2004, los cuales fueron escasos entre 1 a 2 casos por año. Una posible explicación fue el subregistro, cuando acuden por una complicación de los trastornos alimentarios, sin embargo, también es posible que no acudieron a ésta institución, sino a instituciones privadas, o simplemente no solicitaron ningún servicio.

Resultó muy difícil establecer contacto de participantes con anorexia y bulimia por las características propias del padecimiento en relación a la propia personalidad, estado de ánimo, negación del padecimiento, desconfianza y evasión; el estigma del padecimiento; el subdiagnóstico en

instituciones de salud y escolares; desconocimiento de los trastornos alimentarios y por ser poblaciones elusivas (Goffman E, 1995)⁵⁵.

El siguiente paso fue la invitación vía telefónica a las pacientes, a través de sus respectivos médicos tratantes del Centro de Atención Integral de Salud Mental de estancia breve (CAISAME), quienes les expusieron el motivo del estudio; posteriormente ellas aceptaron ponerse en contacto con nosotras y participar en el estudio.

Es así como se completó una muestra de ocho mujeres la cual se conformó por una población elusiva que se caracteriza por difícil acceso dentro del entorno social, escolar, familiar e institucional, por ello se explica que sea reducida. Dicha muestra se constituyó por mujeres que se mostraron interesadas en dar a conocer su experiencia desde su propia subjetividad.

Población que participó en el estudio

Se incluyeron ocho mujeres residentes de la zona metropolitana de Guadalajara de las cuales dos habían cursado con anorexia y seis con bulimia. Fueron mujeres de 22 a 38 años de edad diagnosticadas con anorexia y bulimia, que acudieron a una institución de salud ó clínica privada, para recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico y que aceptaron participar voluntariamente.

La edad promedio fue de 26.87 años. Siete de ellas fueron solteras y un caso en unión libre por segunda vez. La escolaridad en seis casos fue de nivel superior, una con estudios de postgrado y dos participantes se encontraban cursando alguna licenciatura. Siete de ellas afirmaron que sus

familias profesaban la religión católica y en un caso la religión bautista y crisna.

Al momento del estudio se desempeñaban laboralmente en sus respectivas profesiones; tres de ellas fueron dadas de alta de tratamiento de psiquiátrico, una de ellas estuvo en tratamiento hospitalario y cuatro de ellas se encontraban en tratamiento psiquiátrico, donde una era manejada con un antipsicótico y un antidepresivo (Cuadro I).

De un listado de 38 pacientes del CAISAME, se excluyeron 16 de ellas por no cumplir la mayoría de edad; del resto que cubrieron los criterios, sólo dos aceptaron participar, a la vez que invitaron a una joven más que también había cursado con trastorno alimentario. Dos más no se incluyeron en el estudio porque no desearon participar.

CUADRO I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

CARACTERISTICA	FRECUE NCIA n= 8	%
Edad		
\bar{x} = 26.87		
Diagnóstico		
Anorexia	2	25%
Bulimia	6	75%
Estado Civil		
Soltera	7	88%
Unión libre (2ª vez)	1	13%
Escolaridad		
Preparatoria	2	25%
Licenciatura	5	63%
Postgrado	1	13%
Tratamiento		
Psiquiátrico	3	38%
Psiquiátrico(medicamentos)	1	13%
De alta	2	25%
Miembros de la familia		
1-11 miembros	7	88%
Vive sola	1	13%
Separaciones o divorcios en la familia		
2 a 4	7	88%
Enfermedades en familias de origen por participante		
Crónico-degenerativas (diabetes hipertensión)	2	25%
Corazón (taquiarritmia, infarto)	1	
Respiratorias (neumonía)		
Sobrepeso, obesidad, comedor compulsivo, anorexia, bulimia	2 8	25% 100%
Mentales (depresión, vitiligo)	8	100%
Otras (discapacidad, prótesis de estribo, transplante, liposucción, lupus y adicciones)		

Enfermedades en familias extensas por participante

Crónico-degenerativas (diabetes hipertensión)	7	88%
Corazón (taquiarritmia, infarto)	4	50%
Respiratorias (neumonía)	2	25%
Cáncer	4	50%
Sistema nervioso; neurológicas (derrame cerebral, trombosis, epilepsia)	3	38%
Sobrepeso, obesidad, comedor compulsivo, anorexia y bulimia	6	75%
Mentales (esquizofrenia, depresión, bipolar, psoriasis, síndrome down)	3	38%
Otras (tabaquismo, drogadicción, alcoholismo y liposucción)	5	63%

Causas de muerte en familias de origen por participante

Abortos	2	25%
Accidentes	1	13%

Causas de muerte en familias extensa por participante

Crónico-degenerativas (DM, HAS), corazón y respiratorias	8	100%
Cáncer	4	50%
Otras (abortos, accidentes, adicción, embolia, desnutrición, sida)	5	63%

Abuso físico y sexual

Participantes	3	38%
Familiares	2	25%

Intento e ideación suicida

Participantes	4	50%
Familiares	1	13%

Categorías en estudio

Composición familiar, que se refiere al número de miembros que integran la familia y la posición en cuanto al nacimiento de cada miembro de dos generaciones.

Estructura familiar, entendida como la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológicamente, psicológicamente, afectivamente y legalmente ligados entre sí, de una generación a otra.

Pautas de interacción familiar que se refiere a la proximidad, distancia y conflicto que pueden repetirse de una generación a otra.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnicas:

La técnica de recolección de datos fue de tipo interrogativo, mediante entrevistas centradas o enfocadas a profundidad (Vela, 1995)⁵⁶, audiograbadas (con previa autorización de ellas). Los encuentros cara a cara se llevaron a cabo en el domicilio de las participantes, los cuales contaron con el espacio físico adecuado y garantizaron el ambiente de entrevista.

En la entrevista enfocada que se aplicó, la entrevistadora mantuvo la conversación sobre un tema particular, lo cual proporcionó a la informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión (Bernard, 1988. En: Vela, 1995)⁵⁶. La entrevista enfocada o centrada es de este tipo. Fue originalmente propuesta por Merton y Kendall (1946) y 10 años después fue desarrollada con mayor precisión por Merton, Fiske y Kendall (1956). Este tipo de entrevista es una combinación de las dimensiones de profundidad; la flexibilidad que tienen las entrevistas no estructuradas, con las características de las entrevistas estructuradas. Al igual que en la entrevista estructurada, en la enfocada se asume una posición directiva conduciéndola a un área limitada o materia de interés⁵⁶.

Las respuestas de las participantes fueron libres y en algunas situaciones que las entrevistadas se alejaban demasiado del tema apuntado, la entrevistadora empleó algunas estrategias como el reflejo, para regresarla al "foco" de atención⁵⁶. Para ello, fue de mucha utilidad el análisis previo que la entrevistadora efectuó sobre la situación a la que se enfrenta, y mediante el cual pudo descubrir, entre otras cosas, los bloqueos de la entrevistada, la

profundidad en la que se situaron sus respuestas, distinguió la lógica y el simbolismo, que dominan los tipos de reacciones del entrevistado en relación con el tema (Ruiz e Ispizúa, 1989)⁵⁷.

De acuerdo a lo anterior, Merton y Kendall (1946) afirman que para que resulte productiva la entrevista enfocada debe basarse en cuatro criterios⁵⁶:

1) No dirección (tratar que las respuestas sean espontáneas o libres, en vez de forzadas o inducidas).

2) Especificidad (animar al entrevistado a dar repuestas concretas, no difusas o genéricas).

3) Amplitud (indagar la variedad de evocaciones experimentadas por el sujeto).

4) Profundidad y contexto personal (la entrevista deberá obtener implicaciones afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica. Deberá obtener el contexto personal relevante, las asociaciones ideosincráticas, las creencias y las ideas).

En concreto, se trata de criterios entrelazados, pues la aproximación abierta o semidirigida conlleva en parte a la obtención de profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas⁵⁶.

b) Instrumentos

1) Se construyeron genogramas que son un trazo en forma de árbol familiar, donde se registró rápidamente la información de los miembros de la familia en relación a la composición familiar y descripción de la estructura familiar, a través de dos generaciones¹⁴.

La información que se registró fue sobre: demografía (incluyó las edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación); funcionamiento familiar (se refirió a las conductas de cada miembro de la familia, sus datos médicos y funcionales) y eventos (fueron las crisis de la familia, emigración, accidentes y sucesos que pudieron afectarla).

La aplicación del genograma nos permitió obtener un "cuadro" representativo de la familia que se estructuró, conforme se sumaba la información que proporcionó la joven con anorexia y/o bulimia. Así mismo, la información fue rápidamente comprendida a través de los diagramas, se pudo agregar y corregir según fue necesario.

Esta construcción gráfica familiar proporcionó la ubicación rápida de los miembros de cada una de las familias de las participantes y ofreció información significativa sobre las interacciones familiares como lo son las relaciones conflictivas, distantes, unidas, así como los eventos que estuvieron en ocasiones relacionados entre sí, a través de las dos generaciones.

Las pautas que se vinculan en generaciones previas pudieron suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación. En el genograma, se buscaron éstas pautas que pudieron continuar o se alternaron de una generación a otra¹⁴.

La elaboración del genograma se realizó en tres niveles:

- 1) Trazado de la estructura familiar
- 2) Registro de la información sobre la familia.
- 3) Descripción de las relaciones familiares.

El trazado de la estructura familiar fue la base del genograma como una descripción gráfica, de la manera en cómo los diferentes miembros de una familia están biológicamente y legalmente ligados de una generación a

otra. Este trazado se realizó con la construcción de figuras, que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

Este instrumento ofrece información familiar gráfica, de manera que provee a simple vista una gestalt de los complejos patrones familiares y, es un recurso para la elaboración de hipótesis acerca de cómo el problema clínico, puede ser conectado con el contexto familiar y la evolución de ambos, a través del tiempo. Los genogramas están asociados a la teoría de los sistemas familiares (Bowen, 1978; Carter y McGoldrick, 1976; Brandt, 1980)¹⁴.

) La guía de entrevista enfocada fue un instrumento elaborado por las investigadoras, con la finalidad de organizar una guía de preguntas generadoras de temas sobre la estructura familiar, la cual se centró en la exploración y profundización de las pautas de interacción en cuanto a: jerarquías, roles, alianzas, límites, fronteras, díadas, tríadas, relaciones complementarias-simétricas, triangulaciones y comunicación de dos generaciones, de las jóvenes anoréxicas y bulímicas.

Procedimiento de recolección de datos

Una vez que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado, se llevó a cabo la apertura de entrevista:

- a)** En una primer sesión de entrevista se explicaron los propósitos de la misma, asegurándose que la entrevistada aceptara ser interrogada y conociera el por qué está siendo entrevistada.

Esta primera entrevista fue empleada, para establecer el acercamiento inicial con la informante, mediante la búsqueda de algunos elementos comunes compartidos por la entrevistada y la entrevistadora (edad, ciclo de vida en que se encuentran, número de

hijos y hermanos, etc.). Una vez que se inició la entrevista, resultó necesario lograr algún nivel de entendimiento mutuo con la entrevistada, es decir *rapport*, una expresión que se refiere al grado de simpatía entre ambos. Dicha relación existe cuando el primero ha aceptado las metas de la investigación del segundo, y procura ayudarle activamente para obtener la información necesaria⁵⁶.

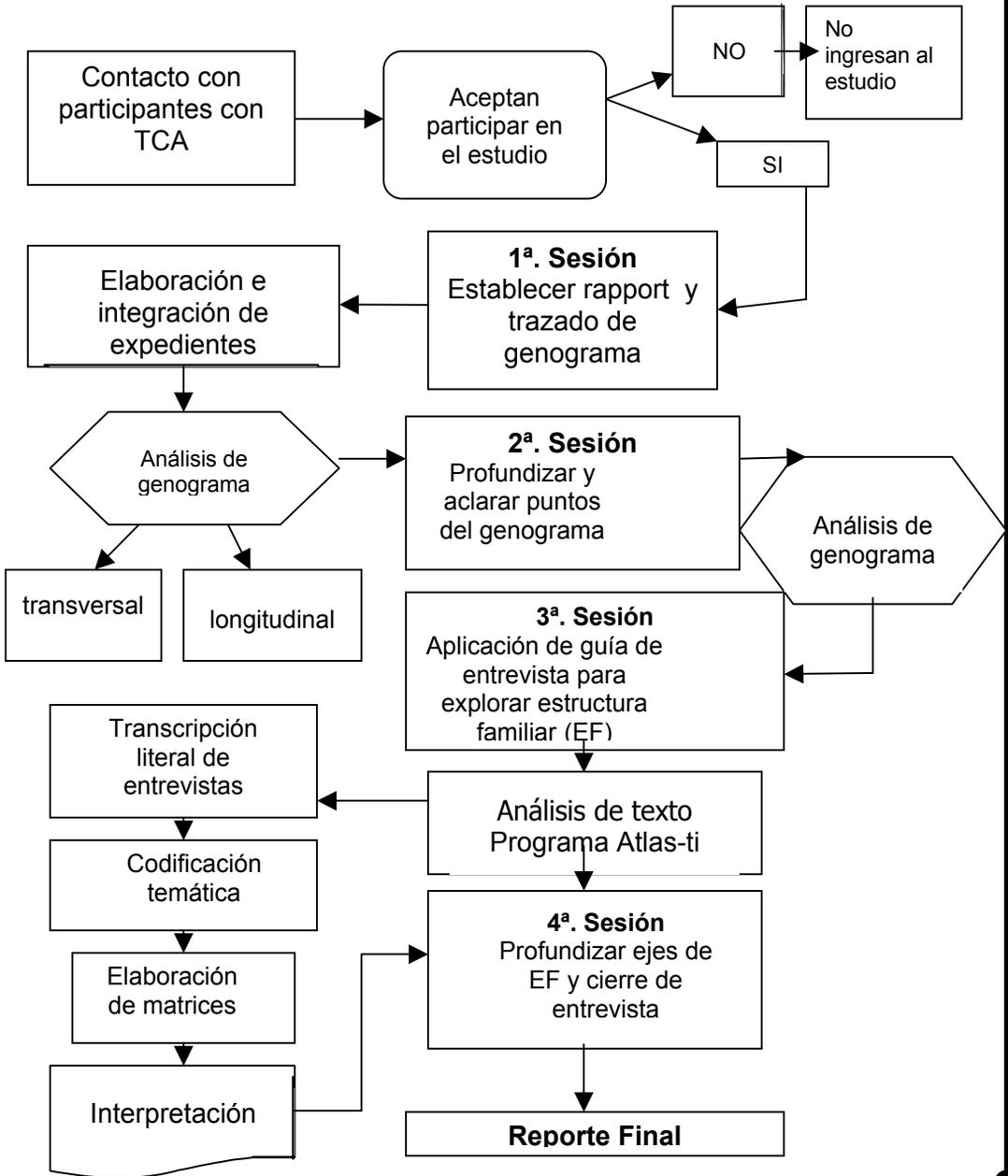
Después de esta primera aproximación se obtuvo información de carácter general (edad, escolaridad, estado civil, etc.) de la informante. Esta parte fue poco estructurada y ayudó a proceder en una dirección cronológica, ya sea del presente al pasado o del pasado al presente. También ayudó a que las participantes ofrecieran información más completa y ubicarlas en el contexto de otros eventos importantes en su vida, como pueden ser el paso a la adolescencia, la elección de carrera profesional, el primer empleo, el primer noviazgo, su primer matrimonio, etc⁵⁶. Lo cual se realizó con el trazado de genograma, a la vez que se elaboraron e integraron los expedientes de cada una de las participantes. Después, se realizó el análisis del genograma de forma transversal y longitudinal.

- b)** En una segunda sesión se profundizó y aclaró puntos del genograma, lo cual permitió finalizar su análisis y aplicar la guía de entrevista para explorar la estructura familiar (EF).
- c)** En la tercera sesión, se llegó al clímax de la entrevista y se profundizó en la caracterización de la estructura familiar. De igual manera, se observó el comportamiento no verbal como el tono, la intensidad, el volumen de la voz, la fluidez y estructuración del discurso, lo cual resultó relevante para la comprensión de las

respuestas a algunos de los cuestionamientos ocurridos durante la entrevista⁵⁶. En esta etapa se inició el análisis de texto.

- d)** En una cuarta sesión, se profundizaron y aclararon ejes de la estructura familiar, se completó la información y se continuó el análisis de texto. Asimismo, se llevó a cabo el cierre de la entrevista con la recapitulación de lo realizado en el transcurso de las sesiones y, se agradeció la cooperación de las participantes. Finalmente, se concluyó el análisis de texto (Figura 1).

Figura I. Flujograma de recolección de datos



Análisis de datos

a) Las variables numéricas fueron capturadas en una base de datos para calcular frecuencias absolutas, frecuencias relativas y medias.

b) A los genogramas se les aplicó un análisis transversal y longitudinal por ejes, de acuerdo a lo propuesto por Carter (1978), quien considera que el flujo de ansiedad en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo vertical deriva de pautas de funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional (de padres a hijos). El flujo de ansiedad horizontal surge de tensiones actuales que pesan sobre la familia, a medida que avanza el tiempo y se soportan los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida de la familia¹⁴.

c) El análisis de datos cualitativos se realizó mediante el programa de cómputo Atlas-ti (Muhr, 1997)⁵⁸, basado en la teoría fundamentada (Corbin y Strauss, 1990)⁵³, el cual consistió en:

- 1) Transcripción literal de las entrevistas.
- 2) Codificación con la construcción de conceptos: se definieron conceptos, características o propiedades de los propios códigos, así como las dimensiones que abarcaron en el tiempo y de acuerdo a los sucesos ocurridos.
- 3) Codificación axial donde se relacionaron los conceptos: se identificaron el evento o fenómeno; el contexto en que ocurrió dicho fenómeno (características, condiciones intervinientes, estrategias sobre el manejo del evento crítico o fenómeno); las acciones e interacciones; y finalmente las consecuencias de estos escenarios como se observa en la Figura II.

4) Se estableció un patrón y se exploraron variaciones entre el evento o fenómeno, los diferentes contextos y las consecuencias.

5) La codificación selectiva se realizó con la construcción de conceptos integrales más abarcadores y abstractos que definieron las secuencias.

Durante este proceso de segmentación y codificación se identificaron temas, siguiendo el modelo propuesto por Van Dijk⁵⁹ para el análisis de discursos.

6) Se ligaron, vincularon y relacionaron secuencias en relación con el fenómeno, donde se realizó una codificación por procesos, acciones, supuestos y consecuencias más que por temas, lo cual conduce a una mayor precisión analítica. Ayuda a definir acciones y temas mayores. Tal codificación también ayuda al investigador a discernir las conexiones entre estructuras y eventos. Esto ayuda a asumir los temas como procesos.

7) Se crearon matrices que explicaron los niveles de condiciones de lo más general a lo más específico en relación con el evento que ocurrió dentro de la estructura familiar, desde la propia subjetividad de las participantes (Figura II).

8) La interpretación realizada por las investigadoras emergió de la construcción de la anorexia y bulimia a través de las matrices elaboradas.

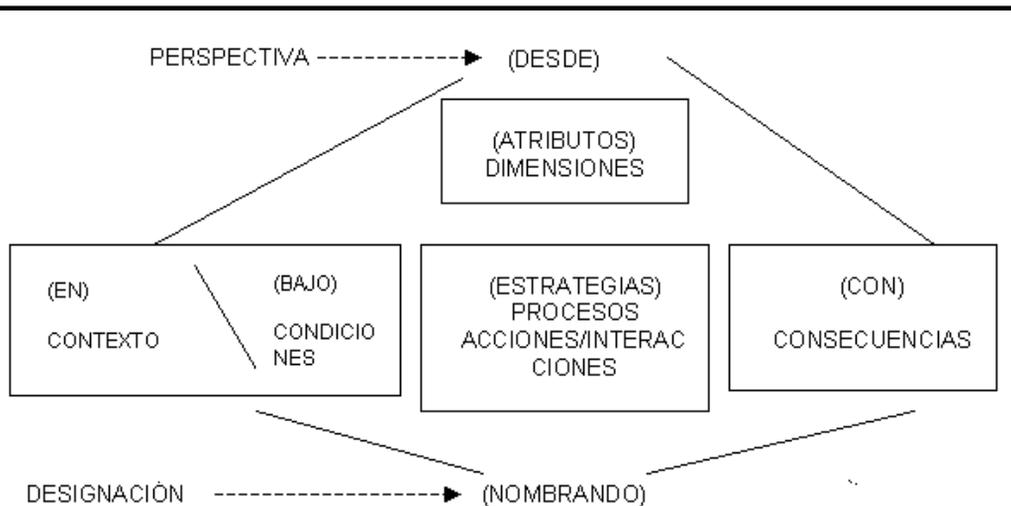


Figura II. Matriz explicativa basada en la Teoría Fundamentada

Consideraciones éticas

De acuerdo a la Ley General de Salud, la presente investigación se consideró con riesgo mínimo por la profundización de subjetividades e información retrospectiva de las participantes, sin embargo, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada. Se solicitó consentimiento libre e informado para participar voluntariamente en el estudio, se guardó la identidad de las participantes con estricta confidencialidad. Solamente el equipo de investigación tuvo acceso a los expedientes una vez integrados. Se les proporcionaron los datos de identificación de la investigadora principal por si tuvieran alguna duda o requirieran información adicional.

El proyecto fue registrado y aprobado, por un comité local de ética e investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro 04-1308-0002, y fue revisado por las comisiones del comité de ética e investigación del CAISAME, cuyo proceso concluyó en tres meses y el

número de registro fue 056. Se obtuvo financiamiento por el Fondo de Financiamiento de Investigación, del Instituto Mexicano del Seguro Social con registro IMSS 2004-078.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Los resultados sobre la estructura familiar de las participantes se dividen en: I) Composición y estructura familiar y II) Características de las pautas de interacción en la estructura familiar.

1) COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIAR:

En relación a la composición familiar, el número de miembros de las familias fue de 5 a 11; sólo una de ellas vivió sola al concluir el tratamiento psiquiátrico. En la posición con los hermanos, cuatro eran hermanas mayores y, el resto ocupaban entre el 2º a 4º y el último lugar en sus respectivas familias. La integración de la familia de 2ª generación en cuatro de las participantes resultó extensa (con más de 5 miembros por cada familia). Alrededor de siete casos refirieron de 2 a 4 separaciones o divorcios entre sus familiares.

Las enfermedades que se presentaron con mayor frecuencia en todas las familias de origen fueron: las de tipo mental (depresión y vitiligo) y otras (discapacidad, prótesis de estribo, trasplante, liposucción, lupus eritematoso, alcoholismo y tabaquismo) (Cuadro I). En al menos cuatro casos, los padres presentaron alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente, durante la evolución y curso del trastorno alimentario. En dos

casos, una hermana consanguínea presentó algún trastorno de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia).

Fa (25 años): *...mi hermana la menor, tuvo un lapso de depresión en la adolescencia y empezó a dejar de comer y a vomitar pero muy poco, o sea te estoy hablando de que yo creo le duró dos meses, nada más.*

En todos los casos se presentaron episodios de depresión caracterizados por tristeza, llanto, desesperanza, baja autoestima y pobre autoeficacia.

Frida (25 años): *seguía buscando la manera para bajar de peso, me metí al gimnasio pero no podía, no sé, estaba demasiado ansiosa y triste, yo no me sentía como demasiado perfecta para mi novio, entonces era como...un problema, siempre decía es que estoy horrible!*

Fa (25 años): *me deprimía por todo, me deprimía porque me veía gorda, me deprimía porque lo que estaba haciendo no estaba bien, me deprimía porque mis papás estaban mal conmigo o se enojaban conmigo por lo mismo, o me deprimía porque no salía con mis amigos, porque no sé, me parecía que todo giraba en torno a la comida y yo odiaba la comida.*

Mariana (38 años): *bueno así, pero yo creo que fue hasta muy tarde, cuando tenía como tres semanas en la cama con una depresión horrible, y decían pues que tienes? yo tampoco me daba cuenta ..."*

Las enfermedades en las familias extensas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: enfermedades crónico-degenerativas, en siete casos y del corazón, en cuatro casos.

En tres de los casos hubo de 1 a 2 familiares con TCA.

Ana (22 años): *de la única que me he enterado que tenía bulimia es mi prima Patricia, está estudiando relaciones internacionales...ella se ocasionaba el vómito.*

Azul (25 años): *son los hijos de mi tío, una es mujer y otro es hombre, eh..y este, lo que yo te decía es que mi primo, como es jockey, por el peso y todo esto que le piden, incluso toma pastillas y hace cuanta cosa para poder correr, entonces hace miles de cosas para perder gramos, está flaquéisimo, y mi prima durante un tiempo fue muy secreto, porque te digo todo mundo son muy de no decir nada, estuvo con algún problema de bulimia, que yo me vine a enterar ya después de mucho tiempo.*

Las causas de muerte en la familia de origen fueron: abortos espontáneos de hermanos consanguíneos; y, en un sólo caso la muerte de un hermano por accidente.

Las causas de muerte en las familias extensas se agruparon en: enfermedades crónico-degenerativas (6 casos); enfermedades del corazón (5 casos) y respiratorias (2 casos).

En tres de las participantes hubieron embarazos, durante los cuales se destacó: un aborto y tres embarazos, un producto dado en adopción y una madre soltera. El abuso sexual y físico se presentó en tres de las

participantes. En uno de los casos de abuso físico, también hubo abuso en un hermano (Genograma I).

Mariana (38 años): *ahorita que llevo dos años en el psicoanálisis, me ha salido que a mi de niña mi papá me tocaba pues, entonces me empecé a dar cuenta que parte de la represión muy fuerte hacia mi papá, fue que me deseaba pues, entonces después empecé a darme cuenta que había una situación ahí, que a mi me dañó mucho de niña.*

Azul (25 años): *en mi caso cuando yo tenía 6 años y yo tengo una memoria pésima de mi infancia, pésima..este...y, eso no lo puedo olvidar, no se me va olvidar, un amigo de mi papá con el que juega fron tennis, se hizo el chistosito, y la madre, y no sé que, estando en un comida, no se donde madre, me tocó mis partes y, esto y el aquello, pues yo pendejamente muy niña, muy, no sé, me paralicé! esto y el otro..pues hizo lo que quiso...*

Frida (25 años): *estaba en primero de secundaria cuando abusaron de mí sexualmente, si si recuerdo, lloraba mucho, todos los días y nadie lo sabía más que yo, fue mi hermano mayor, él fue, bueno no sé si fue abuso sexual, no hubo penetración, en las noches él llegaba y me quitaba la ropa y pensaba que yo estaba dormida, me paralizaba, no pensaba nada, eran noches horribles, no podía dormir, estaba nada más esperando a que llegara él, me envolvía con las cobijas.*

En relación al consumo de alcohol, dos de las participantes refirieron haber consumido durante la adolescencia y juventud, así como sus padres. En el resto de los casos hubo presencia de alcoholismo en 1 a 4 familiares, de los cuales sólo un familiar ha concluido tratamiento y en el resto se ha exacerbado el consumo.

Azul (25 años): *dos chicas y yo..empecé pos..por alguna razón empecé a fumar, empecé a salir a antros y olvídete no? toda esa como cosa que me reprimí o esa timidez .. valió gorro! entonces..por decirte Bere, nosotras, era lunes o viernes tomábamos...(sonrisa), no nos importaba que fuera fin de semana, ya cuando nos ahogábamos era en los fines de semana.*

Mariana (38 años): *comía muchos panes, y empecé a tomar alcohol y...y pues me puse muy gorda, en todos esos tres años, porque en la prepa, yo era alcohólica, o sea yo en la prepa tomaba muchísimo alcohol.*

Mi papá, cuando salíamos a comer se emborrachaba, por lo regular los fines de semana, entonces se ponía a oír música muy fuerte, se ponía muy borracho, y en la casa siempre hubo mucho vino, mucho alcohol.

Valeria (26 años): *los papás de mi papá, tenían dinero, pero eran unas personas así como que,..siempre en esta casa, ésta casa era de ellos, había mariachi, fiestas, vino y cervezas, entonces los hermanos de mi papá eran así como que muy..muy flojos y la mayoría tiene vicios.*

Una de las participantes afirmó haber consumido marihuana y cocaína. En al menos cuatro de sus familiares, ellas aseguran que estaba presente el consumo; dos familiares tuvieron problemas con la justicia y uno falleció por complicaciones médicas. En otro caso, el padre consumía marihuana desde que ella era menor de edad, estuvo involucrado en problemas con la justicia y actualmente concluyó tratamiento en una clínica de rehabilitación.

Un hermano menor de una de las participantes estuvo en tratamiento por consumo de cocaína; ella refirió que lo apoyaron y le ayudaron tanto padres como hermanos, sin embargo ocurrieron recaídas en repetidas ocasiones, lo cual generó pérdidas materiales y económicas considerables (Cuadro I).

Valeria (26 años): *mi papá dice que nada más fue este.. marihuana, tiene un año de rehabilitado apenas, y empezó pues muy chico desde que estaba en la secundaria ponle 12 años. Cualquier cosa que veía lo aventaba, no medía las consecuencias, él se drogaba delante de nosotros, toda la casa olía bien feo (risa) y.. no comía, yo pienso alucinaba.*

Mariana (38 años): *cuando empecé a fumar marihuana, me excedía en el uso, entonces pasé como 5 años muy fuertes de adicción y usando otras drogas, nada más alucinógenos, o sea peyote y hongos, y después al final empecé a fumar cocaína, pero ya cuando empecé a fumar cocaína me di cuenta que la estaba cagando.*

Ana (22 años): *Pedro, hasta donde yo sé consume cocaína, cuando nosotros nos dimos cuenta pues de que*

andaba en drogas, a mi papá le robó como 10,000 pesos, mi papá tuvo que vender un vehículo que teníamos.

Los intentos de suicidio registrados ocurrieron en tres de las participantes. En su mayoría fueron con pastillas preescritas por sus psiquiatras. Posterior al intento de suicidio, una de ellas recibió atención de intervención en crisis y otro de los casos, se encontraba en tratamiento psicológico cuando ocurrió el intento (Genograma I).

Frida (25 años): *bueno no sé si catalogarlo como intento de suicidio fueron muchas pastillas, luego las vomité, pero tenía la intención. Otra vez fue cuando ya estaba marcado el trastorno ya vomitaba, me frustraba verme gorda, fueron cortadas, no eran muy profundas este..después mmm, un día pasó algo, y mi psiquiatra me recetó ribotril y prozac y estaba yo en mi cuarto, tomé pastillas, estaba llorando y escribiendo, eran como a las 12 de la noche yo había peleado con mi novio...pero al mes o algo así fue cuando tomé más pastillas, según yo aspirinas, pero luego me asusté, como a la media hora llamé al 080 y me dijeron vomítalas, les hice caso..otra también, había terminado con mi novio, este y también había tomado pastilla, en ese entonces era litio porque también tomaba litio, ya estaba sin tratamiento psicótico.*

Una participante refirió ideación suicida durante la evolución de anorexia, en la cual se distinguieron pensamientos referentes a constantes deseos de morir, en forma subjetiva, los cuales aparecieron cuando estaba

exacerbado el trastorno y cuando ocurrió un evento crítico. Es así como la ideación suicida se presentó a través de una planeación de cómo llevar a cabo el suicidio, la obsesión por la muerte, los sentimientos que le provocaban el que ocurriera el propio suicidio y lo que sentía en ese momento.

***Mariana (38 años):** no, para mi la manera de morirme era dejar de comer, pero si tenía obsesión morbosa por la nota roja, pero en particular tenía una especial atracción por el suicidio, de manera simbólica, o de manera intelectualizada, o de manera física o de manera sublimada pero...pero si, todavía la última vez, pasaba por una sección por el parque y me daba miedo ver los árboles porque me daban ganas de ahorcarme y en la noche, andaba una soga en la cajuela.*

2) CARACTERÍSTICAS DE LAS PAUTAS DE INTERACCIÓN EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

En este apartado se presentan los resultados en relación a las pautas de interacción y, todos aquellos movimientos familiares y creencias familiares ocurridos al inicio, disolución o mantenimiento de la anorexia y bulimia.

Para una mayor la comprensión y análisis de estos procesos se dividieron en: pautas de interacción antes del TCA; pautas de interacción durante la anorexia y bulimia; y pautas de interacción en la disolución ó mantenimiento de trastorno alimentario.

Estos procesos que contextualizaron las pautas de interacción familiar, fueron narrados desde el presente de cada participante, por lo que cada una ha hecho una descripción y profundización retrospectiva del TCA,

desde el pasado (antes), el presente (paso) y el futuro (disolución ó mantenimiento).

2.1) Características de las pautas de interacción en la estructura familiar antes del TCA.

Durante la infancia, las participantes refirieron pautas de interacción en forma de uniones entre hermanos en coalición hacia alguna de ellas; unión entre algún hermano y madre, en contra de las participantes; unión entre ellas y el padre, contra la madre; por último algunas pautas describen la forma en que ellas se situaban entre ambos padres y abuelas. Entre los motivos de estas interacciones familiares que ellas refirieron, está: la identificación de las participantes con el padre; diferencias de edad; constantes comparaciones físicas, intelectuales y emocionales con los hermanos; el número de miembros en la familia de origen y creencias familiares.

Azul (26 años): *mi papá se crió muy así, muy al ay se va...este..nunca tuvo broncas no? y mi mamá pues siempre fue muy ortodoxa, muy acá y su educación fue muy revolucionaria, mi abuelito con pistola en mano y cuidado se acercan y chang...y cosas así no?*

Mariana (38 años): *mi abuela era una persona completamente nula, un cero a la izquierda. Si ella le calentaba mucho la sopa, bueno cuentan, yo no sé, él agarraba la sopa y se la echaba por la espalda..así son las crueldades enfermizas pues, yo no sé mi papá como le hizo para sobrellevar eso tan "syco", porque está medio loco pero al menos funciona.*

Fa (25 años): *mi mamá siempre trata de llevarse bien con todos, pero es una familia muy problemática, es un poco más conflictiva, porque son muy serios, distantes, cortantes, pero mi mamá siempre trata de mediar las cosas y trata de complacerlos, de estar bien con ellos.*

Las uniones entre hermanos(as) en contra de las participantes, aparecieron como una rivalidad por obtener mayor atención del padre y por las diferencias de edad. Ellas aseguraron que enfrentaban dichas pautas con aislamiento, represión, evasión, falta de expresión de sentimientos y asumir el rol de *problemática*.

En este sentido las relaciones familiares fueron conflictivas y distantes entre hermanos(as) y participantes, mientras que los padres reaccionaban de forma periférica, es decir, no asumían jerarquías, no establecían límites y fronteras claras, como se observa en el Genograma II.

Annet (25 años): *típico que éramos las hermanas bien aplicadas, este, bien estudiosas, pero nosotras no éramos muy unidas.*

Fa (25 años): *pues con mis hermanas siempre fue una relación meramente fraternal, que o sea nos llevamos bien pero no somos las mejores amigas, te digo ellas dos si son cómplices para todo, pero conmigo es más reservado.*

Así también, ellas afirmaron que había constante "comparación" entre hermanos(as) y ellas mismas, donde los primeros asumían el rol de *éxito*, aceptación de los demás, aptitudes intelectuales y atractivo físico.

Ana (22 años): *pues mira, por ejemplo con Alicia eran también muchos pleitos porque como Alicia es una niña muy madura, como que muy consciente en lo que hace, entonces llegó un tiempo como que si me afectó. Pero a ella no la ve nada más mi mamá sino todos, de que ella haya estudiado medicina, eh, de que sea responsable y yo siempre me sentía como una burra, porque ella era de buenas calificaciones, la del pegue, la seriecita, la que salió de medicina primero, y yo así como que tu no saliste en psicología, todo eso*

En algunas ocasiones, las interacciones entre participantes y hermanos(as) eran más unidas, había mayor convivencia y afinidad, pero a veces también se tornaban conflictivas.

Isa (29 años): *pues con mi hermano fuimos mas compañeros porque..crecimos juntos, luego adolescentes..éramos más unidos*

Frida (26 años): *bueno..yo al principio jugaba mucho con mi hermano mayor, era como una admiración a él porque él era más grande, y quería ser como él, me ponía sus mismos disfraces*

Azul (25 años): *con Ricardo fue la relación de típico hermano y hermana peleando toda la vida, por x, y ó z, pues peleando era nuestra forma de querernos, y con él siempre tuve más relación por el acortamiento de edad, nos llevamos nada más cuatro años de diferencia y como siempre estuvimos en las mismas escuelas, pues también*

nos teníamos que llevar, nos llevaban juntos a la escuela, nos recogían a los dos, entonces era un sistema de pleitos constantes.

En algunos casos como el de Valeria y Mariana las jerarquías parecían no claras y las fronteras difusas, puesto que ellas asumían rol de *guardían* de toda la familia y, establecían uniones con los hermanos(as) para protegerse o apoyarse, contra el maltrato físico del padre alcohólico o adicto a sustancias.

Valeria (26 años): *pues para mi fue bien pesado, fue algo así como que, porque anteriormente pues eran tantos problemas de alcoholismo y drogas de mi papá, porque golpeaba a mi mamá o que andarlo buscando en las cantinas, por "x" cosa, no viví mucho mi infancia y luego estuvimos en un internado, este..nosotras preferimos, mi hermana la que sigue de mi, meternos en un internado porque era tan insoportable la situación entonces, como que no hubo una infancia, como que dices no disfruté o no sé. Por eso pienso que ella tiene un poquito más de problemas, se hizo como muy, también todo es responsabilidad, como que se volvió la madrastra de todo mundo, como que todo lo quiere a la perfección. Ella le dice mucho a mi papá "ya me cansé de ser tu mamá, o sea ya cuando vas a ser el papá, ya me cansé de lidiarte"*

Otras formas de pautas que ellas refirieron se caracterizaron por uniones entre los miembros de la familia, como una forma de ayudar, proteger, cuidar y asistir algún miembro de la familia que estuviera enfermo.

Annet (25 años): *me ayudaba con lo que fuera, cuando estaba lastimada, iban y me llevaban hasta mi salón, cargándome la mochila, se preocupaban porque no anduviera en camiones, sino podían ir ellos, me mandaban a un vecino que tiene taxi pero con tal de que no anduviera yo sola, este..no estamos enfermas y los dos son bien preocupones, sobretudo mi mamá, un examen de sangre, un examen de orina, no, que un copro, te veo así, unas vitaminas, o sea todo el tiempo están como buscándonos enfermedades o buscándonos haber que nos da o que nos quitan, pero siempre se preocuparon mucho por nosotras.*

Las uniones entre madres y hermanos en contra de las participantes, se tornaron en relaciones conflictivas, destructivas, distantes y poco cordiales, donde la madre marcaba límites y control más rígidos sobre las jóvenes. Ante estas interacciones familiares, ellas reaccionaban con aislamiento, represión, evasión y asumían el rol de *problemáticas* y *locas*, mientras que dos de ellas no respetaban los límites.

Annet (25 años): *yo siempre he sido más unida a mi papá, yo con mi papá así como que toda la vida, con mi mamá siempre he sido más distante, porque por momentos digo que no le tengo confianza o no, me molesta así como que la veo más de lejecitos.*

Azul (25 años): *Oscar siempre que entraba era para fregar más.. no que tu hija es un desmadre! y que no se que, que mira!..para apoyar a mi mamá diciendo que yo era un desmadre..entonces, así se jugaba siempre.*

Frida (25 años): *con mi mamá siempre fue como una rivalidad con mi papá, aparte porque soy la única mujer entonces, como que el premio era mi papá entre mi mamá y yo, entonces yo pienso que era totalmente inconsciente entre las dos.*

Las interacciones al interior de las familias se observaron rígidas, principalmente por parte de la madre. Las participantes refirieron la presencia de represión, celos, perfeccionismo, obsesividad, control, no negociación, autoritarismo y restricción, tal como se presentó en las interacciones familiares de abuelos y padres.

Mariana (38 años): *mi papá era muy dado a correrte cuando estábamos en la mesa, si se te caía el vaso de agua te corría, y te mandaba a tu cuarto toda la noche sin comer, o si estábamos en la iglesia me daba la limosna y por algo se me caía el peso, uta a la hora de salir, una cagadas gruesas, que yo decía, bueno se me cayó la limosna, y yo le tenía pavor a mi papá, no miedo ni respeto, o sea pavor, no podía estar ni tres minutos sola en el carro con él porque le tenía pavor, siempre le tuve mucho miedo.*

Valeria (26 años): *aparte de que es una persona violenta, le sumamos que no andaba en su cinco sentidos y le*

sumamos que está inválido, entonces era insoportable la convivencia con él.

Annet (25 años): *pues yo le reclamo a mi mamá, le digo por qué me hiciste tan perfeccionista, le digo "me hubieras dejado sucia de chiquita", yo era de una manchita, iba y me cambiaba; si hacía la tarea "cuachala" así la dejara, burra pues, que así siguiera...*

Fa (25 años): *mi abuela materna es dominante mm siempre quiere tener a sus hijos controlados en todo lo que hacen, incluso a nosotros sus nietos, siempre nos está diciendo qué hacer, cómo hacerlo por qué hacerlo o no y siempre quiere controlar nuestras vidas*

En alguno de los casos, el ejercicio parental se refirió periférico, cuyas relaciones fueron más distantes al momento de afrontar algunos acontecimientos.

Azul (25 años): *yo me acuerdo que yo se lo conté a mi papá, que a mi ese señor me había hecho eso (abuso físico)... y hasta la fecha yo tengo 25 años de edad, (voz cortada, lágrimas) no logro entender que es lo que pasó, o pasa en la cabeza de mi papá..porque no sé si mi papá no me creyó, ó me creyó y no le importó..o le fue más importante la relación con este señor.*

En dos de los casos, los padres tomaban decisiones en el lugar de sus hijas. Al respecto, algunas de las jóvenes desempeñaban el rol de *débil* y otras no respetaron límites.

Annet (25 años): *yo no sabía qué iba a estudiar, yo decía no: veterinaria porque amo a los animales, me fascinan; no: psicología, mi papá decía son puras locas, que sabe que; veterinaria, no que no te van a respetar, que te vas a morir de hambre. A todo lo que yo decía así como que no para que, mira fijate bien, eso es de puros hombres, no el ambiente está muy feo, estás segura?, y yo así como que dependía mucho de ellos y tenía que decidir.*

En este sentido, aparte de la dependencia en cuanto a la toma de decisiones, se proveía en exceso en cuanto a necesidades materiales, placenteras, económicas, educativas y cuidados personales. Mientras que ellas asumían roles de dependencia y debilidad.

Frida (25 años): *este mmm, mmm, pues es que era típico mi padre consentidor, mm, a parte porque mi papá siempre me consentía en lo que le pedía.*

En ninguna de las pautas antes descritas, se refirió la demostración de afecto; por su parte, la comunicación se basaba en mensajes de doble vínculo y de no cordialidad.

2.2) Características de las pautas de interacción en la estructura familiar durante el TCA.

Al igual que en la infancia, durante la adolescencia, ellas describieron las mismas pautas de interacción. Sin embargo aparecieron movimientos familiares, como intentos de solución o negación de los TCA, lo cual se puede observar en la matriz presentada en la Figura III.

La presencia de anorexia y bulimia en las participantes como ellas refirieron, se distinguió en el paso a la adolescencia -con cambios físicos, búsqueda de autonomía e independencia, inseguridad y comparación con los otros^{3,40,44}; en las enfermedades padecidas; anorexia y bulimia en la madre³; identificación y admiración hacia el padre³; alcoholismo y/o drogadicción en la familia o en ellas mismas¹²; el enfrentar situaciones estresantes; distorsión de la imagen corporal; sobrepeso¹² y el propio contexto cultural caracterizado por la modernidad⁴⁹.

Frida (25 años): *fue como desde primero de secundaria que yo ya odiaba mi cuerpo por lo que había sucedido (abuso sexual físico), bueno ahorita yo lo atribuyo a lo que pasó, porque yo decía, yo me sentía así super exuberante (caderona, con los pechos grandes, como excesiva), y ahorita digo ay! no es cierto.*

Fa (25 años): *te digo no sé exactamente que pasó, simplemente en el tercer semestre me dió neumonía, y por la misma neumonía empecé a bajar de peso, después dije a mira que padre estoy bajando de peso y seguí con eso,*

seguí fingiendo que tenía náuseas, que no me caía la comida o que no tenía hambre.

La adolescencia estuvo caracterizada por “ansiedad y frustración” ante los cambios físicos del propio cuerpo y constante comparación con el grupo de pares y hermanos, dichos eventos se enfrentaron con inseguridad, no aceptación de su cuerpo, de sí mismas, irritabilidad, inadecuación, baja autoestima e imitación de comportamientos alimentarios.

En algunos casos, se refirió la aparición de enfermedades como neumonía, salmonelosis, con disminución de peso corporal y, como consecuencia asumieron que se sentían aceptadas, seguras y bien consigo mismas, por lo tanto, comenzaron a adoptar comportamientos y hábitos alimentarios, caracterizados por la búsqueda de medios para adelgazar (ejercicio físico en exceso, pastillas, laxantes, tratamientos para bajar de peso, restricción de alimentos e inyecciones).

La distorsión de la imagen corporal estuvo presente, en las cogniciones o pensamientos en torno a la obsesión por delgadez, manifestada en el ideal de una imagen corporal delgada. Por ende, la distorsión de la imagen se hacía más intensa en la medida en que había sobrepeso sin poder controlarlo, ó bien cuando, aún estaban en su peso normal, persistían los pensamientos distorsionados sobre la imagen. Los mensajes alusivos por los “otros significativos” hacia la imagen delgada, enfatizaban el ideal de la delgadez ó, contradecían la apariencia de la imagen real de las participantes.

Las situaciones estresantes se caracterizaron por el enfrentamiento del paso a secundaria y preparatoria; el cambio de centro escolar; la convivencia e interacción con grupo de pares, más aún cuando eran niños u

hombres; la muerte y presencia de enfermedades en padres o familiares y, las relaciones familiares. La forma en que enfrentaron este tipo de eventos fue con tensión, ansiedad, tristeza, inseguridad y descontrol sobre el apetito.

El contexto cultural descrito por las jóvenes hacía hincapié en la delgadez dentro de un reducido "círculo social" centrado en la imagen corporal de la mujer, como símbolo de poder, perfección, aceptación, fragilidad e inteligencia; se asociaba el prestigio social y la autoestima, a la delgadez⁴⁸; y había necesidad de emplear medios para adelgazar restrictivos y compensatorios como una forma de control sobre si mismas y su ambiente. En este mismo sentido, la modernidad⁴⁹ se contextualiza en la serie de transiciones en tiempo y espacio en torno a la imagen del cuerpo, adjudicándole delgadez.

Las uniones entre miembros de la familia de diferente generación en contra de las participantes, se caracterizaron por la descalificación de la imagen corporal, principalmente cuando había sobrepeso en algunas de las participantes. Así también, destacaron los factores socioculturales centrados en la valoración del cuerpo delgado.

Annet (25 años): *yo era instructora y mi hermana tenía mejor cuerpo que yo, y yo eso que daba clases hacía ejercicio y ella no hacía nada, había estado gordita pero la cuidaron en su alimentación y tenía mejor cuerpo que yo. Para eso en diciembre, yo ya estaba estudiando para dar clases y estaba en ese ambiente pero mi mamá me compró ropa, para mi cumpleaños, me la puse y no me quedó, entonces le dije no me quedan, no, es que vas a caber!!!, entonces me llevó con un doctor, que inyecta como aminoácidos y ella diario me preparaba comida súper sana y*

si bajé de peso. Pero ese año nuevo dije no es posible que Vanesa que no hace nada tenga mejor cuerpo y todo mundo mira que bonito cuerpo!!! y mi abuelita me decía, mira las chaparreras, mira los pantalones que apretados, y mi mamá igual.

La adolescencia y la distorsión de la imagen corporal fueron eventos que se afrontaron, en lo que se englobó como rasgos de los trastornos alimentarios, que si bien emergió como una categoría distintiva de anoréxicas y bulímicas, se incluyeron aquellas estrategias que aparecieron en la infancia, ya que también fueron parte de los TCA. Los rasgos que emplearon como estrategias fueron: tristeza, desconfianza, aislamiento, represión, culpa, asumir roles de *problemáticas* y *enfermas*, búsqueda de medios para adelgazar (ejercicio físico en exceso, pastillas, laxantes, tratamientos para bajar de peso, restricción de alimentos e inyecciones).

Isa (29 años): *En mi adolescencia era el querer estar delgada y mejorar mi apariencia, empezó así porque, como que a esa edad tu cuerpo está raro y no me siento a gusto y empecé a llenarme no sé...de partes,..de las pompis ó así...y yo quería adelgazar y poco a poco pos...se me fue fijando lo que era el cuerpo.*

La corporeidad¹⁵ como el centro de todos los fracasos intelectuales, emocionales y relacionales; los defectos físicos; la propia inseguridad; la "gordura", símbolo de algo desagradable; la restricción de emotividad o expresión de emociones; la prohibición del placer como algo erótico o

represión del mismo; la propia subjetivación de la anorexia y bulimia en el cuerpo sin expresión, inerte, sin vida resultaron estrategias de afrontamiento en las jóvenes.

Annet (25 años): *yo no supe cuando me di el primer atracón, pero era cuando no comía, porque yo me acuerdo que me empezó a pasar que nunca comía pero cuando comía, comía y yo no sabía que era un atracón pero me llenaba de comida, y este, nomás me remordía mucho la conciencia, pero luego trataba de pensar, no Annet, tu nunca comes, no te va hacer daño, tu cuerpo lo necesita, así me calmaba yo la culpa, pero ya al día siguiente no desayunaba ni comía, porque ya no merecía, ya me había comido todo lo que había cenado y aparte llevaba una listita, haz de cuenta que escribía en la mañana, un pedacito de camote, un vaso de leche, al medio día me comí una manzana, en la noche me comí esto, y hacía suma de calorías, me hice experta, cosa que estaba comiendo, yo ya lo estaba contando cuanto era, dejé de tomar agua de sabor, porque el agua de sabor tiene azúcar y porque me iba a engordar.*

Cuando la mayoría de ellas enfrentaban situaciones estresantes describieron la presencia de uniones entre hermanos en coalición hacia ellas, por lo que mantuvieron relaciones distantes, no había involucramiento, ni apoyo para afrontar dichas situaciones. Al respecto, ellas mostraron aislamiento, culpa, rasgos de los TCA y pobre autoeficacia⁵⁴.

Azul (25 años): *después de la secundaria cuando entré a la preparatoria, me hice chonchita, chonchita y era comer, a comer, y más como al principio al entrar a la preparatoria me sentía como tan fuera de foco y te digo a mi, adaptarme a los nuevos ambientes, me cuesta mucho trabajo mi refugio era la comida, mi refugio era comer y a comer básicamente te voy a decir que toda mi preparatoria, yo fui gorda, si me puse a dieta algunas veces pero pues..las dejaba y luego empecé a tomar todavía peor, y me salía a tomar, y pues vamos al bar y así, pero fui gordita toda mi prepa, y volvió el trauma, bueno yo creo que todos los días sentía el horror de probarte la ropa y todo eso, pero cuando ya fue más latente, fue cuando la graduación de preparatoria para buscarme un vestido y todo eso, hijole!! el trauma yo lloraba, no quería ir a la graduación.*

Por el contrario, ellas refieren que las uniones entre sus hermanos eran cada vez más fuertes y destructivas hacia ellas. Principalmente, cuando los hermanos(as) las agredían verbalmente como una forma de culparlas por captar ó llamar la atención de los padres. Al respecto, algunos de los padres se mostraron unidos hacia las jóvenes. Ellas reaccionaron con aislamiento, represión, rasgos del TCA, sentían culpa y optaron por asumir roles de *problemáticas* y *enfermas*.

Fa (25 años): *más o menos a los 16 años cuando yo empiezo mi problema de anorexia, pues mis hermanas*

tenían 11 y 9 años y este, ellas se apegaron mucho y yo siempre estuve muy aislada, de todos excepto de mi papá.

Sin embargo, ellas no asumían dichos roles en sus interacciones familiares cuando habían más miembros de la familia con enfermedades orgánicas, consumo de alcohol y drogas. Más bien, ellas se los adjudicaban a los otros.

Durante la presencia de los TCA, los rasgos fueron más exacerbados, apareció marcada obsesión por la delgadez y comportamientos compensatorios como el vómito, ya que en este momento se interiorizó el símbolo de la anoréxica y bulímica en la delgadez como parte de la misma.

Las uniones entre hermanos(as), abuelas y madres en contra de las participantes, se caracterizaron por asignarles el rol de *problemáticas*. Al respecto, los padres mostraron reacciones periféricas. Asimismo, ellas refirieron, que hubo presencia de enfermedades en al menos alguno de los padres.

Azul (25 años): *mi mamá dijo la verdad está la situación de la refregada y estoy muy mal, ya tengo diabetes, la verdad me está matando, no puedo más con ella, no sé que hacer con ella y me está matando a mí, (yo estaba en las escaleras escuchando). La verdad, escuchar de mi mamá decir que, no es fácil, ya no puedo, no sé que hacer con ella y no quiero que me siga matando; fue un trancazo para mí, porque aunque inconscientemente lo sabía, pues no es lo mismo escucharlo de tu mamá, sentir esa culpabilidad de que la estaba matando, eso fue muy fuerte para mí, y obviamente le di mucha importancia. Yo creí que tenía la*

capacidad y la habilidad de matar a mi mamá, y aparte pues escuchar que realmente yo era una carga como tal, no? entonces me marcó mucho tiempo y hasta la fecha, como que encontraron en mi al chivo expiatorio, pues tu eres la culpable de la enfermedad de mi mamá.

En los casos de Azul, Annet, Fa y Frida, las pautas que caracterizaron el ejercicio parental fueron madres con límites rígidos, control y desesperación mediante interacciones familiares conflictivas hacia las jóvenes. Ellas se aislaban, no respetaban límites, mostraban tristeza, no expresaban y controlaban su emotividad (González, 2002)⁶⁰.

Por otra parte, algunas abuelas maternas o paternas de las familias de Annet y Fa, asumían roles de *guardián, sobreprotector, fuerte y controlador* hacia el interior de las familias, lo cual generó relaciones conflictivas y separadas entre ellos. En estos casos, los límites, fronteras y jerarquías fueron difusos, puesto que no correspondía a dicha generación establecer reglas y jerarquías en la familia de origen de las jóvenes.

Annet (25 años): *mi abuelita la que todavía vive la que crió a mi papá, también estuvo en mi casa, y ese tiempo ella estaba así como yo llegaba de calle, me decía callejera, y me decía que gorda y no se que, nos traía a todos en friega, a mi mamá le tomaba la hora a ver a qué horas salía y a qué horas regresaba, quería que todo el tiempo la estuviera atendiendo, quería saber quién hablaba por teléfono y para qué hablaba, qué quería, qué estábamos haciendo, si veíamos la tele, quería que la apagáramos, quería que todo*

el tiempo estuviéramos tejiendo y bordando, haciendo de comer y así, bien estricta y ella crió a mi papá y lo crió muy dura.

La obsesión por la delgadez se exacerbaba y estaba subjetivizada en los deseos de morir, baja autoestima, inestabilidad emocional y atracones. Por ende, mayor uso de medios para adelgazar, entre ellos el aumento del vómito (4 veces ó más al día), intentos de suicidio y en un sólo caso apareció el consumo de marihuana y cocaína.

En algunas ocasiones, las pautas que mostraron las madres de Annet, Azul, Valeria, Isa y Mariana fueron periféricas y los padres de sobreprotección, así como fronteras y límites difusos.

Annet (25 años): *otra vez en un fin de semana estaba come, que come, que come, y no soporté el comer tanto, entonces estaba en mi cuarto y nomás, así dije voy a intentar vomitar al cabo nunca puedo y que intento, que si puedo y pues desde ahí, me solté así como que al principio me costaba mucho trabajo, lógico los ojos rojos, este se me hacia bien difícil y ya después haz de cuenta que, decía yo no es que yo lo puedo controlar, yo lo puedo controlar, pues ya resultaba, no solo si me atraco vomito, de vez en cuando me atracaba y vomitaba pero no todo, pues después me hice tan hacha que tomaba agua, hasta que no vomitaba agua, hasta que echaba el ácido del estómago, vomitaba todo, y nadie se había dado cuenta en mi casa que estaba vomitando, sabían que me atracaba, pero no sabía que vomitaba.*

En diversas situaciones Azul, Isa, Frida y Valeria afirmaron que se encontraban trianguladas por ambos padres en la medida en que se exacerbaba el TCA. Asimismo, las fronteras eran difusas, ya que otros miembros de la familia (hermanos) asumían jerarquías de autoridad hacia las participantes. Había presencia de autoritarismo, desprotección y control sobre sus acciones. En ellas, ya habían marcados rasgos de depresión, aumento de uso de medios para adelgazar, irritabilidad, cansancio, notable disgusto por la comida e intentos de suicidio, como se observa en el Genograma III.

***Fa (25 años):** hubo problemitas cuando yo tenía mi problema de alimentación (tos) problemas yo creo que porque mi mamá era tan enérgica conmigo, porque mi mamá se desespera muy pronto entonces me decía muchas cosas muy feas y mi papá se enojaba con ella, pero realmente si discusiones fuertes no muy bien, este, entonces se puede decir que la relación ha sido buena entre ellos, pero no de mi mamá conmigo.*

A medida que los rasgos de TCA se exacerbaban, estas mismas participantes evadían las interacciones familiares en los momentos en que compartían alimentos, así también, los hábitos alimentarios eran inadecuados, había desorganización, falta de disciplina en la preparación de alimentos y horarios para comer, ó la rigidez de un régimen alimentario saludable.

Frida (25 años): *Ella trabajaba(mamá) en los scoutts, para ella ese es su trabajo, ella nunca ha sido muy hogareña de que hay tener la ropa limpia, de arreglar la casa, en ese entonces era yo la que lo hacía todo, este, la comida nunca la hace, bueno muy rara vez, y no tenemos sirvienta cada quien se hace la comida, cada quien como quisiera normalmente si a veces se le ocurre hacerla pero ya es demasiado tarde como a las 4 de la tarde, y hace cosas que a nadie le gustan.*

Sin embargo, en los casos de Mariana, Valeria, Isa, Azul, Fa, Ana y Frida, el ejercicio parental era periférico cuando los padres, no detectaban el momento en que ellas se obsesionaban por la delgadez y buscaban cualquier medio para adelgazar. Por el contrario, las pautas de comunicación se caracterizaron por mensajes descalificadores en relación al cuerpo, donde se hacía notar que estaban “gordas” o “que tenían que bajar de peso”.

Mariana (38 años): *mi papá no me hacia caso, andaba borracho, no me hacia en su mundo, mi mamá tampoco y luego fue muy cabrón anduvo con muchas viejas, creo que anda con una secretaria, una viejita igual que él.*

Annet (25 años): *no se daban cuenta porque acababa de empezar con mis dietas raras y así todo enero, febrero, marzo yo dejé de comer, pero bien poquito y lo que sobraba lo tiraba, aparte como casi no comía pues no iba al baño y tomaba laxoverol. Me hice viciosa de tomar laxantes porque me encantaba, me sentía como bien planita, entonces no comía, hacia un montón de ejercicio y aparte tomaba*

laxantes, empecé adelgazar y para mi era así como un reto. Me pesaba y ya peso menos, cuando llegué a 56, 55, nadie lo notaba, al contrario me veía muy bien, pero yo ya no estaba comiendo normal.

Durante la presencia de los TCA hubo uso persistente de conductas compensatorias como el vómito en Annet, Frida, Fa, Isa y Valeria; y restricción de alimentos en Azul y Mariana, por ende había deterioro físico, emocional y mental; habían perdido el control sobre si mismas; y, los rasgos de depresión, deseos de morir, desesperación y pobre autoeficacia eran evidentes en todas las participantes. Al respecto, la familia percibió dichos procesos y comenzó a emplear como estrategia el control sobre ellas ó la negación del TCA.

Fue así como, los movimientos familiares se caracterizaron por el ejercicio de sobreprotección (Annet, Frida y Fa), aglutinamiento (Azul, Isa y Ana) y evitación de conflicto (Mariana) hacia las participantes. La sobreprotección de tipo permisiva como se describió en la infancia, en ésta etapa de los TCA se caracterizó, por realizar compras compulsivas por parte de algunos padres para compensar la falta de afecto ó desprotección hacia las jóvenes. En todas ellas, continuaba la inestabilidad emocional (depresión-euforia), falta de autocontrol en sus comportamientos alimentarios, desesperanza, dependencia, cansancio y deseos de morir. Ellas refirieron que a través de su cuerpo asumían el control⁴⁹.

Mariana (38 años): *nunca se daban cuenta, pero yo creo que fue hasta muy tarde, yo tenía como tres semanas en la*

*cama con una depresión horrible, y decían: pues qué tienes?
yo tampoco me daba cuenta, yo sentía deseos de morir.*

Por el contrario, se ejerció control sobre las conductas alimentarias de las jóvenes a través de vigilancia personal y excesivos “cuidados” en la alimentación, caracterizada por obligar a las jóvenes a consumir grandes cantidades de carbohidratos, proteínas y azúcares. Al respecto, ellas evadían cualquier relación familiar o amorosa, que estuviera involucrada con el consumo de alimentos, no se permitían tener demostraciones de afecto o recibirlas, sus relaciones amorosas eran conflictivas e insatisfactorias.

Independientemente que fueran bulímicas o anoréxicas sus relaciones eran distantes, con desconfianza, sin expresión ó control de emotividad e inestables. Aún cuando el cansancio era extremo, empleaban el ejercicio excesivo y se enfocaron en obtener logros académicos y profesionales de excelencia.

Annet (25 años): *no me podía comer pero ni una uva, o sea si por ejemplo llegabas tu y me decías ten una uva, no, yo sentía que me engordaba el aire, que me engordaba cualquier cosa, invitaciones a comer no., me separé de mis amigas, de mis amigos, porque todos era invitarte a comer, todos era y así como que yo ir a comer, muchas gracias y el desayuno, me hacían de comer y yo todo lo escondía, todas las bolsas de los pantalones llenas de quesadillas, de tacos, de frijoles, de cereal, de pan, de lo que me dieran.. yo lo guardaba.*

Se observó que las relaciones en todas las pautas de interacción y funcionamiento descritas en este apartado, resultaron conflictivas y destructivas, aunque en algunos casos sólo fueron distantes y separadas.

Sin embargo, las familias de Isa y Azul mostraron interacciones familiares caracterizadas por afecto, interés, apoyo y comprensión hacia ellas. Pero ellas mostraban tristeza; desesperanza; llanto; deseos de morir; inadecuación; pobre autocontrol sobre la comida, por repetidos atracones y vómitos; corporeidad⁴⁹; y cambios de residencia temporales a otros lugares.

Isa (29 años): ah..mi familia con mucho apoyo y me querían, mis tíos...pues casi, no tan involucrados, quizá mi tía con la que viví cuando me fui a EUA, un poco más porque como que también pues ella si vio que estaba con lo de depresión y como también iba con una nutrióloga, pues como que quieren saber qué me dan de dieta y todo eso, pero pues en cuestiones de dieta como que se interesaban y me comprendían.

La mayoría de las veces, los hermanos(as) organizaban uniones en coalición hacia Frida, Fa, Annet y Ana, caracterizadas por dirigir mensajes descalificadores y de burla hacia ellas por su padecimiento; mientras que los hermanos(as) de Isa, Azul y Valeria los(as) apoyaban y comprendían.

Frida (25 años): este...pues el estaba (hermano menor) enterado de lo que me pasaba pero más bien eran burlas de que ay!! no sé, me cantaba una canción de que hay bien

flaca o...una canción estúpida, pero nunca fue de preocuparse ni nada.

Por su parte, en el caso de Valeria y Mariana, los padres se mostraron periféricos y no ejercían jerarquías claras, es decir no establecían reglas, ni límites claros. Al respecto, ellas enfrentaban estas pautas con mayor exacerbación de los rasgos del TCA ó, por el contrario se asumieron como portadoras de un problema alimentario que enfrentaron con el apoyo de otros significativos (amigos), como el caso de Mariana.

De esta forma se manifestó la inestabilidad, desorganización de la estructura familiar y desesperación en los miembros de la familia, ya que las estrategias se habían agotado para afrontar el TCA.

Ante la desorganización de la estructura familiar ó las complicaciones de los TCA (entre los que destacaron secuelas de los intentos de suicidio, sangrados esofágicos, desequilibrios electrolíticos, problemas gastrointestinales y marcada depresión), los padres emplearon como estrategia alterna, la búsqueda de ayuda profesional para las participantes, la cual se caracterizó por tratamiento psiquiátrico y centrado en las jóvenes; tratamiento médico, nutricional y psicológico en dos participantes; tratamiento antipsicótico en una de ellas. En un sólo caso se recurrió a la ayuda espiritual.

Sin embargo, ellas afirmaron que el manejo terapéutico en la mayoría de los casos no fue integral, ya que no había integración de otras disciplinas como nutrición, terapia de grupo, psicología, educación física y psiquiatría. En ningún caso se refirió el empleo de terapia familiar sistémica. Por otra parte, algunos profesionales de la salud mostraron desconocimiento del trastorno alimentario, se indicaron dietas no acordes a las necesidades

de la enfermedad; en la terapia se percibió un rol no curativo ni preventivo; se recetaron medicamentos sin control y por parte de psicólogos, ó, en su defecto se indicó el consumo de medicamentos para desinhibir el apetito.

2.3) Características de las pautas de interacción en la estructura familiar en el mantenimiento y/o disolución del TCA

En el apartado anterior se presentaron los movimientos familiares caracterizados por control, rigidez, sobreprotección, aglutinamiento, reacción periférica, búsqueda de ayuda profesional y espiritual.

Los únicos dos casos en los que se dió paso a la disolución del TCA fueron Azul e Isa. Al mismo tiempo, el trastorno entró en una fase de remisión ó control de ellas mismas. Sin embargo, en el resto de las participantes (Mariana, Ana, Annet, Frida, Fa y Valeria) se mantuvo la anorexia o bulimia. Ambas situaciones se describen a continuación:

En seis de los casos persistieron las pautas de interacción disfuncionales similares a las ocurridas durante la anorexia y bulimia, las cuales se caracterizaron por: alianzas, triángulos, coaliciones, ejercicio parental rígido y sobreprotector, aglutinamiento, mensajes de doble vínculo y falta de demostración de afecto.

Las uniones entre hermanos en coalición hacia las participantes estuvieron presentes, aunque en algunos casos (Annet y Fa) se convirtieron en "pactos", donde la opción fue no interaccionar o involucrarse, pero no agredirse. Las uniones entre miembros de diferente generación continuaron pero, se presentaron menos destructivas más no conflictivas.

Fa (25 años): *tenemos así como una especie de pacto de que, cada quien, va llevar su vida como mejor le parezca, siempre y cuando no se pase de la raya y no afecte a esa persona.*

Por el contrario el ejercicio parental rígido prevaleció en la mayoría de los casos, el cual se caracterizó por ejercer control sobre los comportamientos alimentarios, para afrontar y solucionar el padecimiento.

Annet (25 años): *en mi familia, yo era la causa de todos sus problemas y me veían como al, si yo estaba ahí era como si estuviera la pared presente, mi papá pues siempre había sido su adoración ya me tenía miedo, ya no se me acercaba, mi mamá todo el tiempo estaba arisca para ver que comiera, para que no tirara la comida.*

En este apartado, las pautas de interacción descritas fueron distantes, separadas, con nula demostración de afecto y en algunos casos evadieron enfrentar el TCA.

En la mayoría de los casos, excepto el caso de Azul e Isa, se mantuvieron los rasgos del trastorno alimentario (principalmente la corporeidad).

Annet (25 años): *lo que pasa es que cuando me empiezo a sentir así triste, enojada, desesperada, lo que hago es acabar todo, de repente empiezo a sentir como un vacío dentro de mi, como que no me lleno con nada y empiezo a*

comer, luego ya no soporto el remordimiento y descanso vomitando, quedo tan cansada que ya lo único que hago es dormir y así se me olvida lo que esté pasando. A lo mejor están enojados mis papás, estoy preocupada porque vi enferma a mi mamá ó mi abuelita se está muriendo. Si los veo peleados o algo, como y me empiezo a sentir como en otro planeta o débil no sé, pero eso me ayuda a olvidarme de todo.

En otro sentido, el control y poder ejercido por la propia anorexia y bulimia está simbolizado en la delgadez (identidad del yo), lo cual les ha proporcionado el reconocimiento de los otros, contextualizado en roles de *éxito, fragilidad e inteligencia*; aceptación y prestigio social; la imagen del atractivo físico como algo agradable a la vista, sin tomar en cuenta la superficialidad y perfección en un contexto de modernidad, que ellas describieron.

Mariana (38 años): *para mi la anorexia es una manera de alejarme de algo que me pasó en mi vida y que no quiero que me vuelva a pasar nunca, o sea como conjurar eso pues, cruz, cruz o sea, que jamás regrese eso a mi vida nunca, yo no quiero ser gorda porque....siento que no valgo socialmente si estoy gorda y no porque en el fondo de mi racionalidad, de mi intelectualismo y de mi rollo de discurso, legitimo, porque yo sé que no lo legitimo o sea, porque me doy cuenta, que hay mucho rechazo hacia la gordura, ese sería para mí un plus de sentirme rechazada por las*

personas, o sea que sería como un elemento que me generaría como un conflicto para poder escalar, para poder subir.

En los casos de Azul e Isa se distinguieron transformaciones en las pautas de interacción. Tales cambios se caracterizaron por mayor apoyo, comprensión, protección, interés, involucramiento, integración familiar, se mostró cariño, solidaridad y comunicación, en forma más directa hacia las participantes. Las relaciones familiares resultaron más unidas, de convivencia y "constructivas" entendidas como atención, comunicación directa, apoyo y afecto de los otros miembros de la familia. Las fronteras y límites se refirieron más flexibles; las reglas y jerarquías más claras.

Isa (29 años): *Pues llevamos relaciones constructivas, mm este el que estemos los tres (hermanos) en el cristianismo nos ha ayudado a estar más unidos..a.. movernos en beneficio para los tres, como hermanos y también con nuestros papás, aunque ellos no practican, pero...este ellos ven pues cambio en nosotros y ellos están contentos y nosotros pues también sabemos relacionarnos mejor con ellos...*

Azul, Isa y Mariana enfrentaron la anorexia y bulimia con un "cambio de actitud" en torno a la comida, caracterizado por aceptación de sí mismas, reconocer que el cambio se hacía desde ellas y que no iban a cambiar su ambiente ni contexto de modernidad, mucho menos las actitudes e

interacciones familiares. Sin embargo, en dos de los casos persistió el *miedo* a recaídas en el futuro.

Así también, Annet y Frida se integraron en grupos de mujeres jóvenes con rasgos muy exacerbados con la finalidad de compartir sus experiencias. Están convencidas que una forma de ayudarse a si mismas y a otras jóvenes es compartir su experiencia para que sirva como un testimonio de vida.

En los tres procesos antes mencionados se han descrito las pautas de interacción que ocurrieron en los casos presentados. Estas pautas fueron diferentes en las etapas descritas y familias, tal como se detalla en la Figura IV.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo de este estudio se buscó caracterizar desde la propia subjetividad de mujeres con anorexia y bulimia, la estructura que les atribuyen a sus familias de dos generaciones.

Una de las principales limitaciones de este estudio fue no haber incluido al resto de los miembros de las familias de las participantes, ya que podrían haber aportado y matizado algunos elementos de la estructura familiar, pero no fue posible incluirlos por cuestiones de factibilidad.

Los resultados obtenidos acerca de la caracterización de la estructura de las familias, está organizada por pautas de interacción disfuncionales en forma de alianzas, triángulos y coaliciones destructivas; ejercicio parental rígido y movimientos familiares inadecuados. De acuerdo a ellas, sus familias manifestaron rasgos psicossomáticos y de aglutinamiento.

Por lo tanto, valdría la pena comentar y puntualizar algunos aspectos de los hallazgos encontrados:

Desde el marco teórico sistémico se podría pensar que la disfunción afecta la flexibilidad de su estructura, en comparación con las familias funcionales¹.

Se hace hincapié que dichas disfunciones estuvieron contextualizadas en la infancia de las informantes así como en el paso, disolución o mantenimiento de los TCA.

Al respecto, tanto las alianzas y coaliciones ocurridas desde la infancia hasta la disolución o mantenimiento de los TCA, ocurrieron frente a la admiración e identificación hacia el padre; las diferencias de edad; constantes comparaciones con los hermanos y las propias creencias familiares. Asimismo se encontró que hubo más reacciones periféricas de algunos padres. Esto significa que con mayor frecuencia la madre establecía los límites y reglas rígidos, en contraposición al padre que sobreprotegía a las informantes.

Al respecto, el síntoma anoréxico de la hija, fue descrito anteriormente por Selvini (1995)³ donde puntualiza que si la esposa le protesta al marido por algo, él puede responderle, ignorarla o bien mostrarse impulsivo para bloquear cualquier posibilidad de interacción. Pero sin duda, la táctica más comúnmente encontrada fue la del *marido silencioso*, que parece ser incapaz de mantener tranquila a una madre intrusiva, irritante y dominante, lo cual fue encontrado frecuentemente en el discurso de las jóvenes.

Se observó que la desorganización de la estructura familiar en forma de triángulos y coaliciones, estuvo caracterizada por ciertos estilos de comunicación que colocó a la hija entre un conflicto de pareja (padres) encubierto, ya que no había un límite generacional claro, entre hijos y padres, tal como debiera ser al menos teóricamente.

Esto se presentó cuando en la díada de los padres, existió una dificultad para comunicarse directamente y la forma de afrontar el problema de la definición de la propia relación, fue que un tercero se involucrara en la díada, generalmente fue uno de los hijos, ya que de esta manera funcionaron como un medio, a través del cual, la pareja ventilaba sus resentimientos y conflictos. Así la díada conyugal se transformó en una

tríada y, cuando el mecanismo de "triangulación" ⁴³ y el estrés emocional persistieron, es decir toda la problemática familiar giró en torno al síntoma. Esta es una posible explicación de cómo el síntoma de la anorexia mantuvo la organización de la estructura familiar, aunque de una manera pseudoestable.

Se encontró que el ejercicio parental durante la infancia, se caracterizó por sobreinvolucrarse en las actividades cotidianas, como el fomento del orden, el perfeccionismo, la disciplina extrema, el control sobre sus decisiones, el cuidado excesivo hacia ellas, lo cual fue proyectado en sus relaciones personales y sus actividades diarias. En este sentido, se encontró que las familias estaban amalgamadas hacia el interior de su estructura.

Dentro de las propias interacciones familiares disfuncionales, las participantes optaron por no actuar contra uno u otro padre, sino más bien mantuvieron una posición equidistante³, sin expresar su emotividad y en algunos casos mostraron miedo, inferioridad e inadecuación hacia las restricciones.

El profundo sentimiento de inadecuación se hizo presente con angustia, lo cual las hacía sentirse impotentes, superadas y pasivas en relación al peso, pero advertían gran alivio al enfrentar estos sentimientos con la experiencia de la dieta. Se ha encontrado que esta estrategia defensiva, sólo es posible en una cultura donde "lo delgado es bello". No es casual que en aquellas culturas tradicionales del tercer mundo y la clase media alta, que incluye a México, donde "lo gordo es bello", la anorexia, no pueda existir (Selvini, 1999)⁶¹.

En el marco de las interacciones familiares se estableció el TCA como todo padecimiento, cuando se hace referencia a la forma en que las pacientes construyen y reconstruyen la experiencia de su enfermedad. Al

respecto, se describe el establecimiento y exacerbación de la enfermedad. Lo cual concluye, con el reconocimiento y asimilación de su propia enfermedad; la reformulación y reestructuración de sus vidas para adaptarse³.

En el paso a los TCA, se encontró que ellas se asumían como "anoréxicas" o "bulímicas" y expresaban que era una enfermedad controlable más no curable. Al respecto, en un estudio apareció la palabra "enfermedad", como un elemento central de su cognición (Jodelet, 2000; Guerrero, 2000)^{62,63}.

De acuerdo a lo anterior, en el paso de los TCA, tanto las alianzas como las coaliciones se mantuvieron igual, aunque las relaciones familiares fueron más destructivas, conflictivas y apartadas. Al inicio de los TCA el ejercicio parental se mantuvo periférico, como ajenos al sistema familiar.

Si bien, en la infancia de las jóvenes se observó mayor apego hacia el padre, durante la adolescencia, el vínculo seductivo entre padre e hija se hizo molesto y se intensificó en lo que Selvini (1995)³ llama, el proceso (recíproco) de instigación. Esto explica que en este estudio, el padre continuara con reacciones periféricas y sobreprotección, mientras la madre con mayor control, reglas y límites rígidos.

Es relevante mencionar que las jóvenes presentaron y matizaron los principales rasgos de los TCA. Fue así como la depresión, corporeidad, perfeccionismo, aislamiento, intento e ideación suicida y roles de *problemática, loca y enferma* se utilizaron para afrontar la pobre autoeficacia y pautas disfuncionales.

En la misma línea, los rasgos de conductas alimentarias caracterizados por la restricción, el esconder, el tirar o el evadir la ingesta de alimentos exacerbados, por lo tanto la disminución de peso era notable en algunos casos. Así también se obtuvo la aceptación de si misma y de los

demás, tal es la expresión que afirma *yo era una anoréxica feliz* (Ana, 22 años). Este hallazgo confirma lo encontrado en adolescentes occidentales de clase media-alta, cuando comienzan a bajar de los cincuenta, a los cuarenta y cinco kilos son socialmente apreciadas. Ésta, es la llamada "luna de miel" de la anorexia⁶¹.

Sin embargo, una explicación de índole más sistémica propone que la joven al sentirse abandonada por la madre e instigada por el padre, siente como objetivo el diferenciarse de la madre y por primera vez, toma la decisión de asumir el modelo propuesto por la moda, en la tentativa confusa de independizarse y sentirse mejor socialmente. En este sentido, la decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre³.

Asimismo, las transacciones al interior de la familia, identificaron a una madre nutricia, sobreinvolucrada y sumisa a las normas sociales. Ésta postura ha sido profundizada como la rebelión contra la madre estereotípica, que se relaciona con ella en el deseo oculto y la conquista del territorio, donde la valoración de la feminidad prevalece en el cuerpo fantaseado y paradigmático moldeado por la cultura¹⁶.

Una posible explicación es que en el caso de la relación madre-hija, se trató de instituir en la segunda, el mismo mandato de género: "ser-para-los otros", donde se retoman las prerrogativas impuestas a las mujeres, caracterizadas en encontrar la valoración de si mismas, en la belleza física estereotipada, sin deseos propios y apego a los principios femeninos, que alude a una relación muy compleja, caracterizada por dependencia y rechazo entre la madre y la hija¹⁶.

En las pautas de comunicación, figuró la descalificación verbal de la imagen corporal por los miembros de la familia de origen a través de mensajes de doble vínculo, lo cual afirma que el contexto de modernidad no

sólo está inmerso como presión social de la figura delgada⁴⁹, sino también se hace presente al interior de la familia.

En apoyo a éstas ideas, Selvini (1995)³ postula que la conducta anoréxica y bulímica está relacionada con factores socioculturales. Sin embargo, el postulado que destacó en este estudio fue el aglutinamiento que, fungió como objetivo central en la familia para el *bienestar* y la dependencia de los hijos, con respecto a los padres, por consiguiente la responsabilidad de estos últimos se prolongó muchísimo en el ciclo vital.

Al respecto, Navarro (1999)¹⁶ afirma que las mujeres anoréxicas y bulímicas experimentan el dilema de no poder encontrar una definición de sí mismas, que las diferencie del resto de la familia y concretamente, de su madre. Se parte del supuesto de que estas mujeres no logran estructurar un concepto autónomo de sí mismas, pues la infraestructura familiar y social donde se desarrollan, constriñe fuertemente su individuación.

Por lo tanto, las pautas de interacción aglutinadas, se pueden explicar de acuerdo a Minuchin (1979)¹, como respuestas típicas de las familias donde los límites entre los miembros son muy difusos, en los que no existe espacio para el desarrollo individual y donde todos se encuentran sobreinvolucrados unos con otros, de tal suerte que los deseos personales están indiferenciados con los del colectivo.

En este estudio, las pautas hacia el interior de la familia fueron más aglutinadas entre padres e hijas, y "desligadas" entre madres e hijas, así como con los abuelos, esto último alude a jerarquías no claras.

A su vez ellas rechazaban el control rígido que se ejercía sobre ellas y mostraban irritabilidad, desacato a los límites, corporeidad, desconfianza y perfeccionismo; todo esto subjetivado en deseos de morir, objetivado en el control sobre sí mismas, sus relaciones y entorno. La exacerbación del

trastorno alimentario caracterizado en parte por el disgusto a la comida hacía que evadieran sus relaciones familiares, de amigos y de pareja. Estas formas de enfrentar el síntoma son similares a las encontradas por Selvini (1995)³, en la descripción que hace de los estadios del “juego de la pareja parental al síntoma anoréxico en la hija” y en el estudio de influencias familiares reportadas por León R, Fulkerson J, Perry LC, Dube A (1994)⁶⁴.

Por el contrario, los rasgos de los TCA producen un sentimiento de perfección y no una mera desesperación de quienes los presentan. Por ejemplo, en los casos de anorexia había “cierto apremio y fuerza” que tiene más que ver con la negación de sí mismas, que con una imagen de delgadez corporal. “Morir de hambre” según John Sours, es una negación que afirma paradójicamente, con gran fuerza la elaboración reflexiva de la identidad del yo y del cuerpo⁴⁹.

Finalmente, en la búsqueda de mantener la organización de la estructura familiar, los movimientos familiares se caracterizaron por rigidez, aglutinamiento, reacción periférica de hermanos y búsqueda de ayuda. Esto apareció como estrategias de solución y negación del TCA por parte de las familias; mientras que las jóvenes se asumieron como anoréxicas y bulímicas.

Pese a que ninguna familia se involucró en el tratamiento psiquiátrico y terapéutico de las participantes, sí ocurrieron cambios funcionales en la estructura familiar, pero desde ellas mismas, principalmente, cuando asumieron cambios de actitud en torno a la comida, se aceptaron a sí mismas, asimilaron que no podían cambiar a su familia y su ambiente, e iniciaron la búsqueda de independencia.

Los cambios funcionales familiares identificados en dos del total de las familias, se caracterizaron por: reglas, límites flexibles y fronteras claras,

que se manifestaron en la expresión de apoyo, comprensión, comunicación directa y demostración de afecto.

Por el contrario, en la mayoría de las familias se perpetuaron las pautas disfuncionales en forma de alianzas, triángulos, coaliciones, ejercicio parental rígido y movimientos familiares caracterizados por la evitación del conflicto. Esto ayudó a mantener la estructura familiar en un orden de control rígido.

Una posible explicación es, que este tipo de familias se caracteriza por el miedo al conflicto. Como se observó a lo largo de esta discusión, la aparición de cualquier tensión, la exteriorización de cualquier desacuerdo o posibilidad de discusión, son vistos como peligrosos y como amenazas a la *unidad familiar*, por lo tanto, la familia aparece como armoniosa y sin tensiones. Desde este punto de vista, el síntoma de la paciente tiene una potente función protectora para evitar el conflicto, donde probablemente como dice Onnis (1990)⁴⁴, la enfermedad del hijo(a) justifica cualquier otro problema y, en particular, enfrentar la dificultad de los cónyuges en tener momentos o espacios privados de intimidad, así como la presencia de enfermedades⁴³. Por consiguiente, esto les permite eludir la responsabilidad de afrontar sus propios problemas, ya que la enfermedad de la hija oculta cualquier tensión.

Sin embargo, ésta consideración del problema, centrado sólo en la persona, podría ser un elemento que explicaría la renuencia de la familia a participar en el tratamiento del miembro con TCA, lo cual obstaculiza el realizar una mejor y más efectiva intervención. Si se parte de lo mencionado por Bateson (1972) acerca de que cuando se interviene sólo con el *chivo expiatorio* (aquel que muestra los síntomas del problema), la familia activa el

mecanismo de retroalimentación de la homeostasis, lo cual hace regresar al miembro a su problema⁴³.

Nuevamente se confirmó esta postura con la presencia de aglutinamiento cuando se presentaban enfermedades en alguno de los miembros y el resto se volcaba en atenciones hacia el miembro enfermo, lo cual funcionó como una estrategia funcional al interior de las familias.

En este estudio, la anorexia y la bulimia fueron representadas como una segunda piel, que se define y defiende en el deseo del otro (madre-cultura-sociedad-mass media), y que ellas mismas subjetivizan como una *burbuja protectora* (Frida, 25 años) que les permite no afrontar sus disfunciones familiares y no resolver sus conflictos internos relacionados con ser autoeficaz y tener independencia.

Esto no significa que la anorexia y bulimia se construyeron en el supuesto de un vínculo simbiótico entre una madre e hija, que desean una identidad valorada socialmente ó en una familia, donde los límites internos se hallan desdibujados. Por el contrario, se inscribe en un contexto donde lo femenino cuenta cada vez con mayores exigencias y menor margen al error y éxito¹⁵.

En un sentido, se encontró que las familias son tan rígidas y aglutinadas que no se permiten realizar movimientos familiares para asumir nuevas pautas, y en otro, las familias están inmersas en el contexto de la modernidad, lo cual favorece el mantenimiento del síntoma¹³. Por lo tanto, la manifestación de este de tipo de perturbaciones (anorexia y bulimia) suelen presentarse en estructuras familiares con rasgos disfuncionales.

Desde esta postura, se afirma que la teoría del enfoque estructural propuesta e incursionada por Minuchin (1979)¹, permitió describir y aproximarse al estudio de la estructura familiar de las jóvenes con bulimia y

anorexia. Se afirma como una aproximación, por los supuestos que se han derivado de este estudio. Aún, cuando no se debe limitar el estudio a una sola postura, se puede afirmar que este enfoque, ha resultado adecuado al utilizar una metodología cualitativa y sistematizada.

CONCLUSIONES

En este estudio, la sociedad que matiza la anorexia y bulimia está caracterizada por la imagen de una mujer devaluada en su experiencia y sus valores. Se muestra un contexto basado en estereotipos de cuerpos perfectos, bellos físicamente como símbolo de salud, sin margen al error, superficiales, donde la apariencia encubre la doble moral; objetivando el cuerpo y desacreditando los logros. Por ende, la modernidad está presente en este grupo de mujeres, quienes se desenvuelven en un medio caracterizado por: el reconocimiento de la apariencia física; la comparación corporal; la aceptación física como símbolo de simpatía; la adquisición de una imagen delgada simbolizada en: los accesorios, las prendas femeninas según la estación del año, el maquillaje, las dietas, los laxantes, el alcohol, el tabaco y sustancias tóxicas. Estas formas de explotación del propio cuerpo, se mantienen vigentes en un contexto de competencia, más que de inteligencia. Más aún, cuando los valores propios están desdibujados, pero más allá de eso, el síntoma de la anorexia y bulimia en ésta sociedad, pareciera que encubre el afrontamiento de su propia realidad.

Las jóvenes con anorexia y bulimia son consideradas poblaciones elusivas por las características propias del padecimiento y las estigmatizaciones que viven⁵⁵. En este estudio se hicieron notables dichas características por las limitaciones que se tuvieron en relación a la integración de la muestra. A este tipo de participantes les resulta difícil

exponer, aceptar y vivir su padecimiento por la propia naturaleza y contexto que se les impone.

El síntoma exacerbado de anorexia y bulimia fue subjetivizado en la muerte simbólica como de negación de sí mismas, falta de autocontrol y autoeficacia en sus relaciones, y afrontamiento de su entorno.

En el inicio, disolución ó mantenimiento de la anorexia y bulimia se encontró que la estructura familiar estaba organizada por alianzas, triángulos, coaliciones, ejercicio parental rígido y movimientos familiares inadecuados.

Se afirma que en todos los casos, los rasgos aglutinados, nos hablan de límites difusos entre padres e hijas; y, los "desligados" son límites rígidos que aparecieron en el la díada madre e hija, todo ello, como una forma de funcionamiento familiar que les permitía enfrentar la independendencia de las hijas, a la vez que asumían el control sobre ellas.

Los rasgos desligados y aglutinados estaban presentes en las familias, al mismo tiempo se mostraron relaciones más separadas y distantes, pero, eran más amalgamadas cuando afrontaban ciertas situaciones (enfermedades, pérdidas económicas o accidentes).

Se encontró que la posición poco estructurada de las jóvenes entre ambos padres, alude una triangulación que se presentaba en repetidas ocasiones.

Todas las familias centraron atención en la comida, desde como una forma de control; adopción de un hábito saludable; temor al sobrepeso ó relación directa con la comida.

Los movimientos familiares como estrategias de solución del TCA integraron nuevas pautas, desde ellas mismas hacia el interior de sus familias.

En la mayoría de las familias, los movimientos familiares estuvieron caracterizados por negación del TCA, aún cuando iniciaron la búsqueda de ayuda profesional, se mantuvieron las pautas de interacción disfuncionales. Las familias parecen haber empleado la evitación del conflicto ó reacciones periféricas que permitieron evadir la anorexia y bulimia al interior de su estructura.

La presencia del contexto de modernidad estuvo presente en las familias de jóvenes con anorexia y bulimia, lo cual no podemos afirmar causalidad, únicamente nos centramos en el contexto previamente descrito.

Por lo tanto, estas conclusiones nos permiten afirmar que, no se puede limitar a una sola categoría la caracterización de los TCA. Esto nos conduce a, que en el estudio de los trastornos alimentarios se debe integrar a la familia sin limitarlo al individuo.

Por ello se requiere de mayores investigaciones en poblaciones latinas incluyendo México, para integrar una metodología que explore los TCA y poder así, profundizar en la caracterización de dichos padecimientos e identificar aquellas limitaciones que no permiten hacer una detección oportuna.

Si bien ha sido ampliamente documentado que el enfoque estructural sistémico ha logrado grandes avances en la recuperación y transformación de las pautas de interacción de estas familias⁵¹, se requiere la integración de un equipo multidisciplinario, que favorezca la comprensión de la anorexia y bulimia.

IMPLICACIONES

De acuerdo a los hallazgos encontrados en relación a la estructura familiar disfuncional de las familias con TCA, se considera que el estudio de anorexia y bulimia debería ser concebido como un proceso integral, que involucre simultáneamente la mente, el cuerpo, el entorno familiar y social para favorecer los comportamientos saludables en relación al cuerpo y la alimentación de mujeres.

Las alternativas que ofrecemos se dirigen a en tres niveles: prevención, tratamiento e investigación.

1. En la prevención

- Informar y concientizar a las familias en general, sobre ciertos estilos de comunicación defectuosa, triangulada, poco clara y descalificadora, así como ciertas estructuras disfuncionales como la sobreprotección, la formación de alizas o coaliciones y los conflictos de pareja no resueltos, pueden favorecer la presencia y el mantenimiento de los TCA.
- Planear medidas preventivas en mujeres preadolescentes y adolescentes, ya que desde dicha etapa se pueden favorecer hábitos alimentarios adecuados y autoconfianza. Se debería estimular el uso más selectivo de medios de comunicación social que colocan su atención en la figura y que favorecen la distorsión de la imagen corporal.

- Recomendar a las familias, profesores y otros profesionales que trabajan con adolescentes, en desarrollar habilidades reflexivas y asertivas para contrarrestar la presión social de estándares no realistas de la apariencia física que se promueven.
- Diseñar guías sobre nutrición en forma clara y factible de llevar a cabo; promocionar ideales corporales reales; favorecer la autoestima y relaciones interpersonales; y autoeficacia en las dificultades de la vida cotidiana.

2. En investigación

- Estudiar los trastornos alimentarios desde una visión socio-antropológica y cultural que de cuenta de cómo la sociedad devalúa la experiencia y los valores de la mujer en únicamente la figura de sus cuerpo, desacreditando otros logros y valores femeninos y cómo esta cultura de la delgadez retroalimenta la formación de síntomas de TCA.
- Considerar para otros estudios y otras aproximaciones la incorporación del modelo estructural sistémico en el estudio de otras poblaciones con anorexia y bulimia a través de la evaluación familiar.

3. En Tratamiento

- Destacar y reconocer la trascendencia, la autoestima, el autocontrol y la fortaleza de las mujeres que padecen anorexia y bulimia.

- Enseñar a las mujeres a apreciar sus cuerpos y sentirse cómodas con ellos, visualizarlos como fuentes de placer, en vez de objetos de sufrimiento y aflicción. El hecho de ser delgadas no significa obtener mayor autoconfianza, ser hermosa o atractiva sexualmente.

- Abordar y modificar la relación madre-hija (con anorexia o bulimia) basada en los estereotipos de una mujer valorada por su cuerpo y que tiene como misión *ser-para-los otros*¹⁵, la cual es transmitida generacionalmente a través de pautas de interacción familiar.

- Incluir a la familia y tomar en cuenta la modificación de su estructura, en cuanto a la flexibilidad del sistema, específicamente dibujar límites; desdibujar alianzas, triángulos y coaliciones; finalmente, favorecer el proceso de segregación e individuación de las jóvenes.

Estas, serían las alternativas que ofrecemos, de acuerdo a los hallazgos encontrados y desde una postura estructural familiar. Esperamos que estas alternativas favorezcan el estudio y el tratamiento de anorexia y bulimia.

Referencias bibliográficas

1. Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1979). *Familias psicossomáticas*. España: pp 35-122, 134-146, 189.
2. Campbell Thomas L. (1986). "Family's impact on health. A critical review". *Family Systems Medicine*; 4: 135-200.
3. Selvini-Palazzoli Mara, Cirillo Stefano, Selvini Matteo, Sorrentino Anna Maria (1995). *Los juegos sicóticos en la familia. Terapia Familiar*. 2ª. Edición. Editorial Paidós: pp 187-191.
4. Laliberte M, Boland FJ, Leichner P. "Eating disorders and Weight Preoccupation Program and Mc Master University". *J Clin Psychol*, 1999; 55(9): 1021-40.
5. Ávila G et al. "Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes femeninas: Santafé de Bogotá". Bogotá 1993; s.n: 90.
6. Kuba SA, Harris DJ. "Eating disturbances in women of color: an explanatory study of contextual factors in the development of disordered eating in Mexican American women". *Health care women int* 2001; 22(3): 281-98.
7. Fornari V, Wlodarczyk-Bisaga K, Matthews M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. "Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa". *Compr Psychiatry* 1999; 40(6):434-41.

8. Neumark-Sztainer D, Story M, Falkner NH, Trish B, Resnick MD. "The role of family and other social factors. Disordered Eating among adolescents with chronic illness and disability". *Arch Gen Psy* 1999; 56: 468-476.
9. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes". *M J Psychiatry* 2000; 157(3): 393-401.
10. McIntosh W, Bulik CM, McKenxie JM, Luty SE, Jordan J. "Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa". *Int J Eat Disord* 2000; 27(2): 125-39.
11. Kog E, Vandereycken W, 2002. "Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature". *University Psychiatric Center*. Bélgica.
12. ----- . "Trastornos de la conducta alimentaria". *Cuadernos de Nutrición*, 1997; 20: 22-39.
13. Ochoa de Alda I (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder. España: pp 36-42, 127.
14. McGoldrick M, Gerson (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Editorial Gedisa. España: pp 20-180.
15. Navarro-Ballesteros R (1999). "El cuerpo de la anorexia". En: Carriozza-Hernández S (1999). *Cuerpo: significaciones e imaginarios*. UAM, Xochimilco (comp): 107-113.
16. Mann-Schvili S, Dayán-Nahmad A. "Trastornos de la alimentación: la anorexia nerviosa". *Med int Mex* 2000; 16(2): 90-7.
17. Goldman Howard H (1998). *Psiquiatría General*. 4ª. Edición. Editorial Manual Moderno. México: pp 449-459.

18. Quintero et al (2003). "Trastornos de la conducta alimentaria. Prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela". *Inves clín* 2003; 44(3).
19. Anaya 2004. "El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria". *Enfermería clínica* 2004; 14(4): 230-4.
20. ---. "Los alimentos y la nutrición. Trastornos del comer". New Cork, *NOAH*, 2005.
21. ---. "Statistics: eating disorders and their precursors". Seattle, *NEDA*, 2002: 1.
22. Medina-Mora et al. "Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México". *Salud Mental Méx* 2003; 26: 1-16.
23. Stiellin S, Wynne (1997). *Diccionario Terapia Familiar*. Editorial Gedisa: pp 24-338.
24. Cusinato M (1992). *Psicología de las Relaciones Familiares*. Editorial Herder. España: 35-334.
25. Bertalanffy V (1971). *Teoría general de los sistemas*. Editorial Fondo de cultura económica. México: pp 10-19.
26. Minuchin, Fishman (1999). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 125-167.
27. Ceberio M, Watzlawick P (1998). *La construcción del universo*. Editorial Herder. Barcelona: pp 121-137.
28. Andolfi M (1997). *Terapia familiar*. Paidós. México: pp 39-54.
29. Bertalanffy V (1950). *Teoría general de los sistemas*. Editorial Fondo de cultura económica. México: pp 23-45.

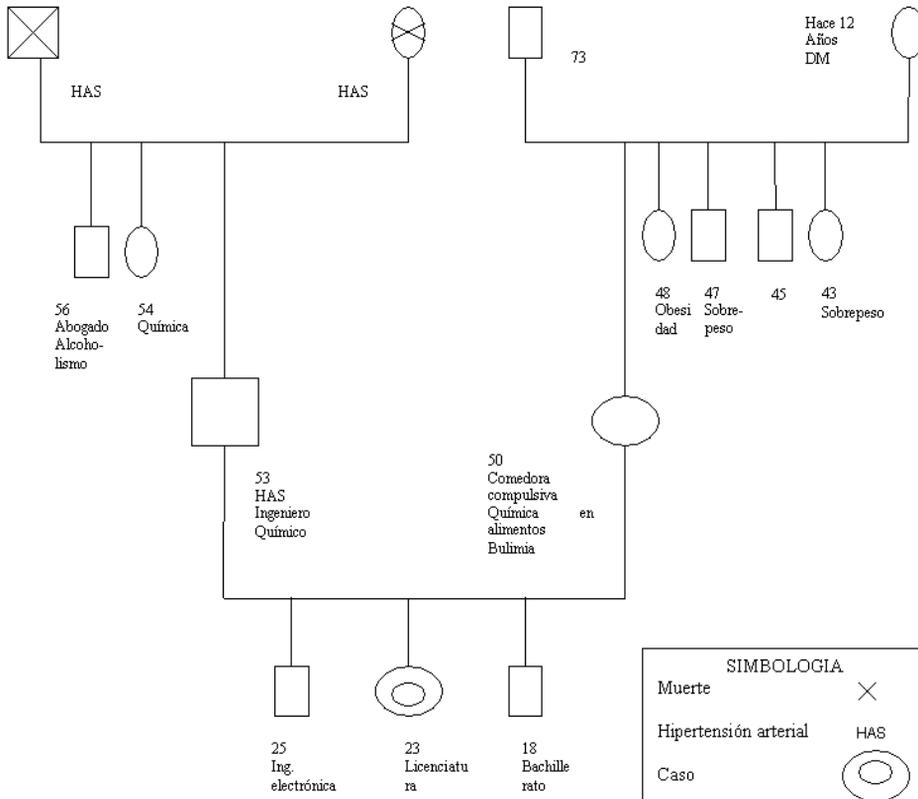
30. Minuchin (1999). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 78-99.
31. Rolland J (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Gedisa. Barcelona: pp 67-159.
32. Dallos R (1996). *Sistema de creencias familiares*. Editorial Paidós. Barcelona: pp 78-98
33. Mc Goldrick, Gerson (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 47-59.
34. --- (1993). *Statistics Mental Disorders DSM-IV*. Editorial Masson. México: pp 455-467.
35. Mateos-Parra A, Solano-Pinto N. "Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas". *Rev Electrónica Psicología* 1997; 1 (1): 1-26.
36. Shelley (2000). *Anorexia. Guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Editorial Trillas. México: pp 163-170.
37. Salin-Pascual Rafael. *Pac Psiquiatría-1. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría A4. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Estudios de los Trastornos del Sueño y de la Alimentación*. 1ª. Edición. Editorial Intersistemas. México: pp 80-93.
38. López-Ibor JJ. *The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Organización Mundial de la Salud 1992: pp 152-57, 217-223.
39. Pla C, Toro J. "Child and Adolescent Psychiatry Unit. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample. General hospital of Manresa, Spain an 8-year longitudinal study". *Act Psychiatry Scand*, 1999; 100(6): 441-6.
40. Toro J (2001). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel. Barcelona: pp 138-326.

41. Rausch Herscovici C, Bay L (1997). *Anorexia y Bulimia Nerviosa. Amenazas a la autonomía. Terapia Familiar*. 4ª. Reimpresión. Editorial Paidós: pp 62-67.
42. www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación/general/5367. 2001
43. Onnis L (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. 1ª edición. Editorial Paidós. México: pp 72-83, 67,71.
44. Crispo R, Figueroa E, Guelar D (1998). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 41-46, 72-74, 79-81, 168.
45. Lazzari 1997. "La anorexia y bulimia hoy". En: Crispo R, Figueroa E, Guelar D (1998). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Editorial Gedisa. Barcelona: pp 41-46, 72-74, 79-81, 168.
46. Unikel, Saucedo, Villatoro (2002). "Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años". *Salud mental* 2002; 25(2): 50-51.
47. Félix-López, Nachón-García, Hernández-Parra. "Anorexia nerviosa: una revisión". *Psicología y salud* 2003; 13(1): 121-133.
48. Savater (2001). "Anorexia y bulimia como trastornos culturales". En: Toro J (2001). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel. Barcelona: pp 309-326.
49. Giddens A (1997). *Modernidad e identidad del yo*. Editorial Península. España: pp 133-139.
50. Behar R, De la Barrera M, Michelotti CJ. "Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria". *Revista médica de Chile* 2001; 129(9): 1-14.
51. Ramírez, (1996). "Método cualitativo". En: Guerrero-Plata K (2001). *La representación social de la anorexia en un grupo de adolescentes*. Universidad UNIVA: pp 38, 39.

-
52. Bisguerra (1989). "Método cualitativo". En: Guerrero-Plata K (2001). *La representación social de la anorexia en un grupo de adolescentes*. Universidad UNIVA: pp 45.
 53. Corbin y Strauss (1990). *Basics in qualitative research. Grounded Theory, procedures and techniques*. Sage publications, Inc. Neybury Park California: pp 389-409.
 54. Valles MS (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. 2ª reimpresión. Editorial Síntesis. España: pp 94,95; 184-186.
 55. Goffman E (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Editorial Arromutu. Argentina.
 56. Vela-Peón F (1995). "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa". En: Tarrés ML (2004). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. 1ª reimpresión. Editorial Flacso, Colegio de México: pp 63-91.
 57. Ruíz-Olabuenaga JL, Ispízu MA (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto. Bilbao: pp 125-152.
 58. Muhr T (1997). *Scientific Software Development's ATLAS-ti. Visual qualitative data*. Version 4.1 for windows 95 and windows NT. Berlin.
 59. Van-Dijk TA (1995). *Estructuras y funciones del discurso*. 9a edición. Editorial Siglo Veintiuno. México: pp 43-185.
 60. González-Rey F (2002). *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico cultural*. Editorial Thomson. México: pp 212-223.
 61. Selvini PM, Cirillo S, Sorrentino AM (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. 1ª edición. Editorial Paidós. Barcelona: pp 20-229.

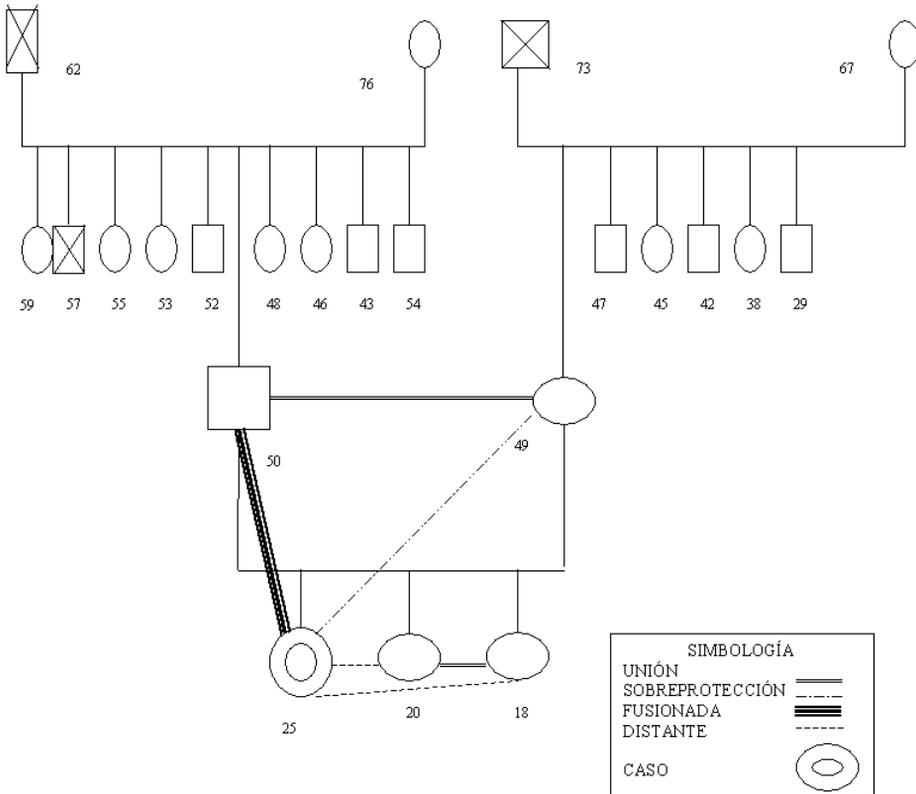
-
62. Jodelet, D (2000). *Develando la cultura. Estudios en Representaciones Sociales*. Editorial UNAM. México: pp 109-125.
 63. Guerrero-Plata K (2001). *La representación social de la anorexia en un grupo de adolescentes*. Universidad UNIVA: pp 38, 39.
 64. León R, Fulkerson JA, Perry CL, Dube A. "Family influences, school behaviors, and risk for the later development o fan eating disorder". *Journal of Youth Adolescence* 1994; 23(5): 499.

GENOGRAMA 1. descripción de la estructura de la familia de Frida



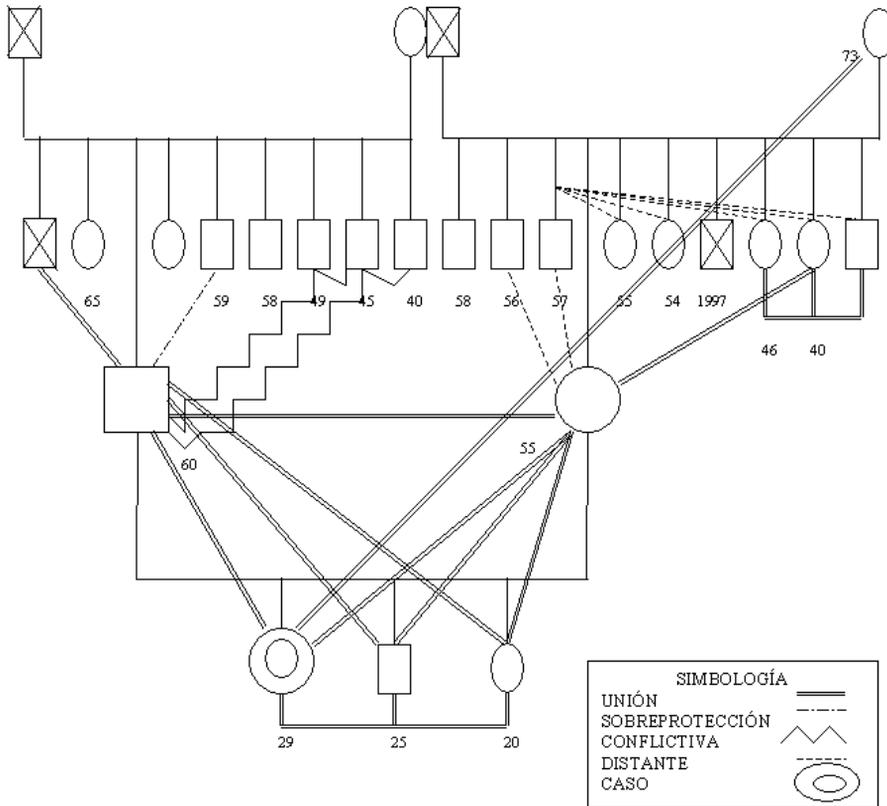
En la familia de Frida se observó con mayor frecuencia la presencia de sobrepeso y obesidad entre los miembros de la familia de origen y extensa; las muertes ocurridas han sido por principalmente por enfermedad crónico-degenerativa. Se refirió la presencia de bulimia en la progenitora desde hace tiempo, no se confirmó que prevalecieran los rasgos que experimentó. Se afirmó la presencia de alcoholismo en parientes de familia extensa en forma exacerbada.

GENOGRAMA 3. Pautas de interacción de la familia de Fa durante la trayectoria de TCA



En la familia de Fa durante el curso de bulimia se observó que en el subsistema conyugal habían relaciones unidas al momento de resolver problemas o enfrentar el TCA; entre la participante y el padre la relación era más fusionada, a diferencia de la madre que mostraba más sobreprotección restrictiva en relación a la preparación e ingesta de alimentos; los límites eran más rígidos, había mayor control sobre ella y fronteras difusas. En cambio en el subsistema fraternal las relaciones se hacían más distantes en la medida que se exacerbaba el TCA, ya que en repetidas ocasiones las hermanas culpaban a Fa por llamar la atención con su padecimiento. No se distinguieron relaciones hacia la familia extensa u otros miembros, las relaciones permanecieron amalgamadas en el interior de la familia de origen.

GENOGRAMA 4. Pautas de interacción de la familia de Isa en la disolución del TCA



Después de la disolución de bulimia, la familia de Isa mostró nuevas formas de interrelaciones familiares. Se destacaron las interacciones de unión entre los miembros de la familia de origen, así como del subsistema conyugal con algunos de sus hermanos.

En este mismo subsistema aparecieron las relaciones distantes por cuestiones de lugar de residencia. Mientras que el subsistema conyugal mantuvo relaciones unidas. Por parte del padre se observaron relaciones conflictivas con algunos hermanos y una relación sobreprotectora hacia uno de los hermanos con quien es más a fin. También se encontró que en subsistema fraternal actual aparecen con más frecuencia las relaciones unidas, constructivas entre hermanos. Isa afirmó que las prácticas religiosas que llevan a cabo actualmente los han hecho más unidos.

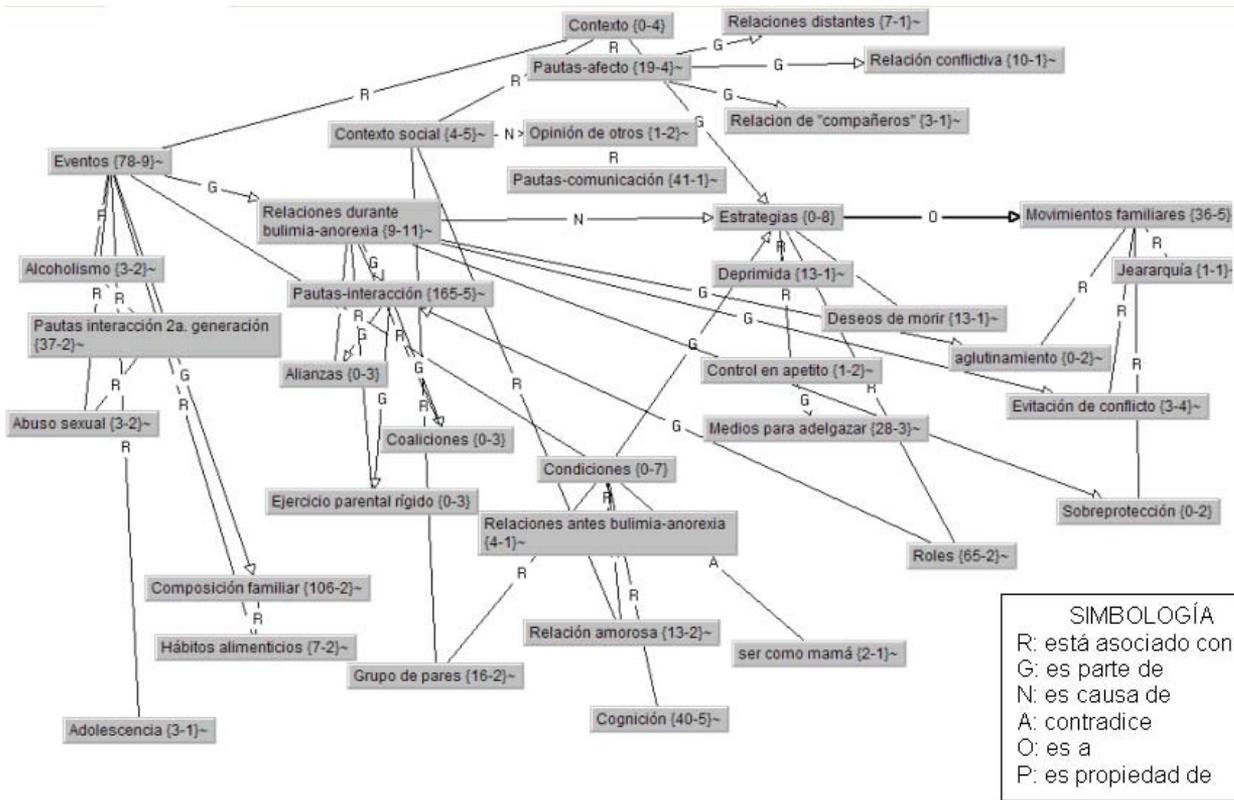


Figura III. Matriz de pautas de interacción familiar durante los TCA

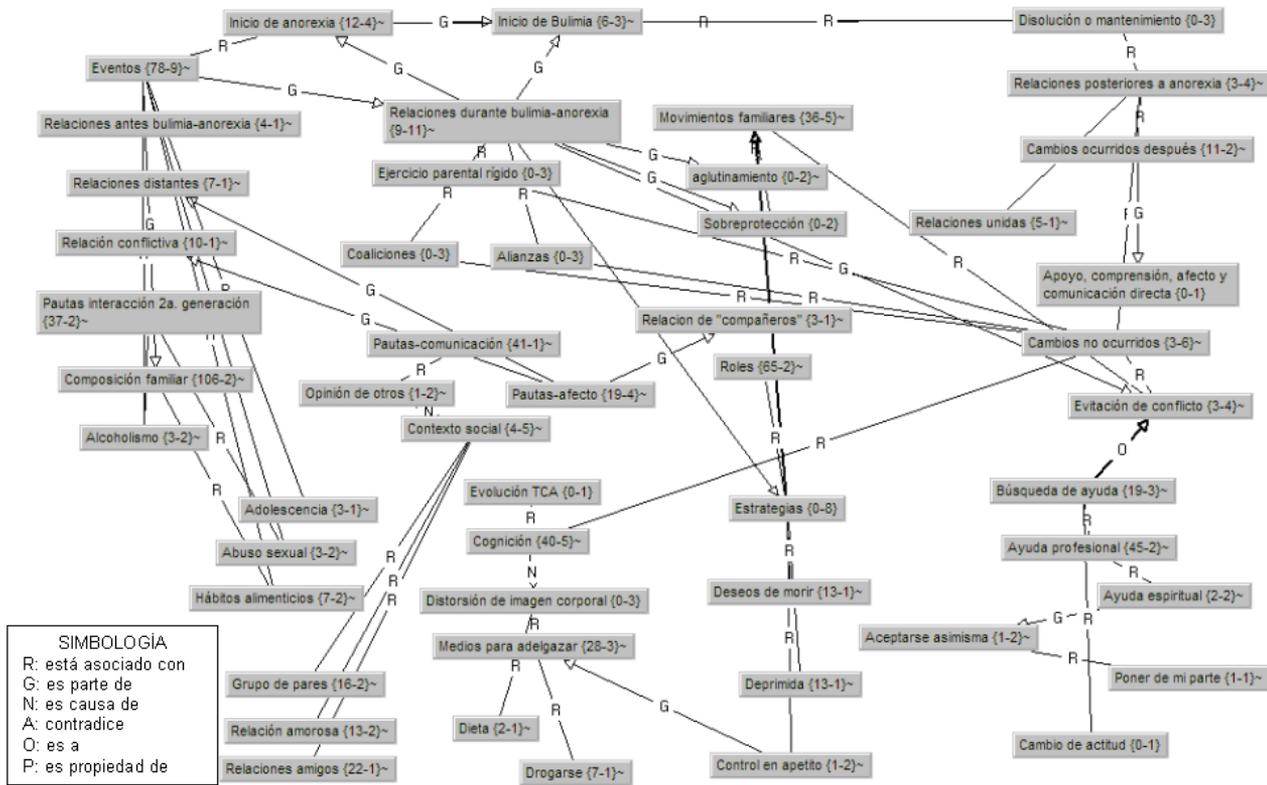


Figura IV. Matriz de pautas de intersección familiar en el inicio, mantenimiento y disolución de los TCA