

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado – Monografía

“LA DINÁMICA FAMILIAR EN LA ANOREXIA NERVIOSA: UN ENFOQUE SISTÉMICO”

Estudiante: Jimena Gabriela Sánchez Llanea

C.I.: 4.305.876-7

Tutor: Prof. Adj. Jorge Cohen

Montevideo, 13 de febrero de 2015

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. CONTEXTUALIZACIÓN: LA ANOREXIA NERVIOSA EN URUGUAY	3
2. ANOREXIA NERVIOSA	5
2.1 Definición.....	5
2.2 Aspectos histórico-sociales.....	7
2.3 Epidemiología.....	9
2.4 Etiología.....	9
3. TEORÍA SISTÉMICA	11
3.1 Conceptualización de Familia.....	13
3.2 Familia como sistema.....	14
3.3 ¿Familias disfuncionales?.....	16
4. FAMILIAS ANORÉXICAS	18
4.1 Perfil de las familias anoréxicas.....	19
4.2 Familias anoréxicas y la relación con sus familias de origen.....	22
4.3 Perfil de la anoréxica.....	24
4.4 Anorexia y familia en la actualidad.....	26
REFLEXIONES FINALES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

RESUMEN

La presente monografía se configura como una revisión bibliográfica que pretende ahondar en la dinámica que caracteriza a aquellas familias en las cuales uno de sus integrantes padece anorexia nerviosa, poniendo énfasis en los aspectos en común que presentan estas familias y cómo los mismos inciden en dicho trastorno. Con este objetivo se relacionan los aportes de diversos autores que han investigado a estas familias desde una perspectiva sistémica, entendiendo que esta teoría y su aplicación en terapia familiar contribuyen a una mayor comprensión de la enfermedad.

El trabajo incluye una contextualización de la anorexia nerviosa en Uruguay con el propósito de dar a conocer la dimensión de esta problemática en nuestro país. Propone un apartado que define y contempla los caracteres más relevantes del trastorno, así como también expone ciertos aportes provenientes de la Teoría Sistémica que hacen a la posterior comprensión de la familia como sistema abierto y a lo que se entiende por familia disfuncional. Luego se presenta a las “Familias Anoréxicas” y se profundiza en el perfil de las mismas, con la mirada puesta en los distintos miembros de la familia y en la interacción entre estos. Finalmente se da paso a las reflexiones finales.

Palabras claves: Anorexia nerviosa, Teoría Sistémica, sistema, familia, dinámica.

INTRODUCCIÓN

La presente monografía, motivo del Trabajo Final de Grado de la licenciatura en Psicología- Facultad de Psicología- UdelaR, se configura como una revisión bibliográfica que intenta dar cuenta de la dinámica familiar en casos de anorexia nerviosa, con la mirada puesta en la interacción entre los distintos miembros de la familia.

Dada la repercusión de este padecer en nuestros días, atrapando la atención de los medios masivos de comunicación, se despierta un gran interés en quien escribe por conocer más a fondo esta patología, que incluso algunos autores denominan como “síntoma contemporáneo” dado el aumento en los diagnósticos y la exposición mediática que acarrea. (Anzalone, 2010, p. 37)

Por otra parte, la inquietud por comprender la relación que guarda la anorexia y la familia, parte del interés por la Teoría Sistémica y su aplicación en terapia familiar. Dicha teoría entiende al individuo como un sistema, formando parte de sistemas más complejos, como lo es su familia y la sociedad a la cual pertenece. De este modo el enfoque sistémico hace el considerar no solo al paciente identificado a la hora de la aparición de un síntoma, sino también el modo de relacionamiento entre el sujeto y su familia. (Onnis, 1990) Por ello se toma como marco de referencia dicha teoría.

Con los objetivos planteados se hace preciso definir en primer lugar la anorexia nerviosa y ahondar en sus principales características, contemplando así la multideterminación que encierra dicho trastorno. A continuación se presentan ciertos conceptos provenientes de la Teoría Sistémica que, sin el propósito de profundizar en la teoría, permiten la posterior comprensión de la dinámica familiar cuando de anorexia se trata.

De esta forma se realiza un recorrido por la propuesta de diversos autores que han investigado a estas familias buscando reflejar el perfil de las mismas. Salvador Minuchin (1978) añadió el término “Familias anoréxicas”, aunque él mismo destacó que se trataba de una expresión errónea, porque la misma supone un concepto lineal. Por el contrario, a lo que apunta el autor es a describir como los síntomas del paciente identificado están multideterminados dentro de un proceso que no existen víctimas ni victimarios. (Speier, 1986)

1. CONTEXTUALIZACIÓN: LA ANOREXIA NERVIOSA EN URUGUAY

En Uruguay no existen estadísticas certeras que especifiquen la incidencia de la anorexia nerviosa en la población. Sin embargo la doctora Mabel Bello (2014), fundadora de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia (ALUBA) en Argentina en el año 1985, sostiene que en Uruguay el 14 % de los adolescentes de edad liceal sufren algún tipo de trastorno alimenticio, inclusive agrega que dentro de este porcentaje, el 88 % se trata de mujeres y el 12 % de varones. Expresa que estos números han crecido en los últimos tiempos en lo que refiere a varones.

El modelo terapéutico que propone ALUBA ha llegado a Uruguay en el año 1990 y pese a la negativa de muchos profesionales al respecto, esta asociación sostiene la posibilidad de una cura permanente a estos trastornos luego de un largo tratamiento. (Tapia, 2014)

La doctora Bello (2014) plantea que las patologías alimenticias han crecido en América Latina en los últimos tiempos y menciona que un 40 % refiere a causas genéticas y un 60 % a causas sociales, destacando la obsesión por las dietas y los cuerpos delgados. Expresa;

La obsesión por el cuerpo delgado es algo cultural. Las mujeres se encuentran y siempre hablan del cuerpo; lo hacen hablando del gimnasio o de cuántas calorías tiene un alimento. Entonces, en esta estructura crecen las chicas y no quieren más que ser como las modelos que están en televisión. Así anulan todo lo demás que es más arduo, más difícil: estudiar, trabajar y hacerse un futuro. Se escapan de la mano de estas patologías que las llevan hacia la nada o hacia la muerte. (parr. 5)

Por otra parte, en nuestro país tiene sede Fundación Manantiales, se trata de una entidad internacional dedicada a la asistencia de las adicciones. Esta fundación propone tratamientos para la bulimia y anorexia. Plantean que estas patologías son adicciones "...una compulsión irrefrenable a no comer o hacer una ingesta compulsiva, a vomitar, a hacer purgas, a estar obsesionados con las calorías, el espejo y nuestra imagen corporal". (Fundación Manantiales, s. f.)

Destacan que para el éxito del tratamiento en este tipo de trastornos son importantes múltiples factores, desde la personalidad del paciente y sus ganas de cambio, hasta la edad en que la que empezó con la enfermedad, las habilidades sociales y vocacionales que posea y mencionan la importancia de la historia familiar. Ante ello proponen terapia familiar en sus tratamientos, entendiendo que el que sufre las consecuencias de la enfermedad no es solo el paciente, sino también la familia y a lo que apuntan es a transformar la estructura disfuncional familiar. (Fundación Manantiales, s. f.)

Ambas instituciones, tanto ALUBA como Manantiales, se dedican al tratamiento y curación de la anorexia y demás trastornos de la alimentación, incluyendo a la familia en este proceso. Sin embargo no se ha encontrado literatura disponible correspondiente a nuestro país acerca del funcionamiento familiar en estos casos y la posible incidencia que pueda tener ello en la enfermedad.

1. ANOREXIA NERVIOSA

“Romper el círculo de lo pesado, de la avidez, de los desechos, del exceso. Si nada como, nada me comerá.

Me salto las comidas, huyo de las cadenas alimenticias, de todas las cadenas. Me embriago de hambre, me exalto con teorías inmensas y aprovecho de ellas los fragmentos que me sirven.”

(Brisac, 1999, p. 16)

Para la comprensión de la anorexia nerviosa y su denominación como trastorno de la alimentación es necesario destacar que el alimento es una sustancia imprescindible para vivir, el cual asegura la nutrición. La nutrición normal supone “...el proceso que incluye un conjunto de funciones, cuya finalidad es proveer al organismo de la energía y de los nutrientes necesarios para mantener la vida, promover el crecimiento y reemplazar las pérdidas, desde la concepción hasta la muerte”. (Tato, 2006, p.96) Por ello cualquier alteración patológica de dicha función, ya sea en calidad o en cantidad, se considera un trastorno alimentario.

2.1 Definición

El término anorexia, proviene del griego *anorexis*, a. sin, *n.* letra de enlace y *orexis*. Apetito. Destacando la falta de apetito. Es preciso diferenciar la anorexia de la anorexia nerviosa. Como se destacó anteriormente el término anorexia refiere a la falta de apetito, siendo este un síntoma de la enfermedad “anorexia nerviosa”, la cual también presenta: adelgazamiento y en el caso de las mujeres, amenorrea. (Tato, 2006)

Según el DSM-IV (2002) la anorexia nerviosa es un trastorno alimentario específico, al igual que la bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado,

el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. (p.653)

En ambos trastornos se ve alterada la percepción de la forma y el peso del cuerpo, así como también gran parte de los pacientes diagnosticados con anorexia o bulimia muestran una mezcla de conductas de ambas enfermedades. (Dio, 2000)

El DSM-IV (2002) utiliza dos subtipos que especifican si hay presencia de atracciones o purgas en la anorexia nerviosa. El tipo restrictivo, supone la pérdida de peso corporal a través de dieta, ayuno o ejercicio físico excesivo. El tipo compulsivo/purgativo, en cambio, se utiliza cuando el sujeto acude a atracciones o purgas, o a ambas.

En el caso de la anorexia nerviosa, en la cual hace hincapié este trabajo, existe un rechazo a conservar un peso mínimo normal, generalmente en las personas que poseen este trastorno su peso corporal se encuentra por debajo del nivel normal mínimo para su edad, acompañado ello de un miedo excesivo a subir de peso. (DSM-IV, 2002)

Por otra parte, la estrategia utilizada para bajar de peso es la reducción de la ingesta total de alimentos, terminando en una dieta muy limitada. Para estimar el tamaño de su cuerpo suelen pesarse continuamente, medirse el abdomen y los muslos y mirarse repetidas veces al espejo observando las zonas del cuerpo que consideran gordas. Es así, que su autoestima depende muchas veces del peso que tenga su cuerpo, razón que hace el sentir como un gran logro el bajar de peso y como un fracaso aumentarlo. Por ello es difícil que este tipo de pacientes consulten al médico, si lo hacen es por causa del malestar psicológico y somático que le produce el alimentarse poco, ya que generalmente tienen poca conciencia de enfermedad, incluso la niegan. (DSM-IV, 2002)

Los pacientes con anorexia nerviosa pueden llegar a presentar síntomas depresivos, como insomnio, retraimiento, irritabilidad y pérdida de interés por el sexo. Incluso se puede observar características del trastorno obsesivo compulsivo, ya que la mayoría de estos sujetos poseen pensamientos recurrentes relacionados a la comida. En el caso de los sujetos con anorexia de tipo compulsivo/purgativo en particular, pueden llegar a presentar dificultades en el control de los impulsos, inclusive intentos de suicidio y abuso de drogas y otras sustancias. (DSM-IV, 2002)

En cuanto a las consecuencias físicas que acarrea este trastorno el DSM-IV (2002) expone; amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, letargia, emaciación, hipotensión, hipotermia, sequedad en la piel, bradicardia, entre otras. A causa de la desnutrición por la falta de alimentos, puede llegar a aparecer en estos pacientes, anemia normocítica normocroma, función renal alterada y trastornos cardiovasculares.

2.2 Aspectos histórico-sociales

Según Tato (2006) desde el siglo V figuran los diagnósticos de anorexia nerviosa. Dio (2000) por su parte destaca que ya en Hipócrates y Galeno había referencias a la anorexia y en el Talmud a la bulimia, así como también hace referencia a las prácticas para provocarse el vómito con una rama de olivo de Teresa de Ávila.

En el siglo XIV Catalina de Siena, una santa de 25 años de edad, le escribía a su confesor;

Querido padre, le agradezco toda la santa dedicación y el celoso cuidado que usted muestra hacia mi alma, porque me parece que usted se preocupa mucho cuando escucha cosas sobre mi vida (...) Usted me escribió aconsejándome que le pida a Dios que me haga comer. Y yo le contesto Padre mío, y se lo digo en nombre de Dios, que de todos los modos posibles yo me obligo a ingerir algún alimento una o dos veces por día (...) Muchas veces cuando hice lo que pude, me miro a mi misma para entender mi enfermedad y la bondad de Dios que por una gracia muy especial me permitió corregir el vicio de la glotonería... (Gamero, 2002, parr. 2)

A fines del siglo XVI, otra santa, Rosa de Santa María, Patrona del Perú, América y las Filipinas, al parecer se sometía al hambre y a la tortura como vehículo para acercarse a Dios. (Gamero, 2002)

Según Tato (2006), hasta el siglo XVIII la anorexia se trataba de un trastorno que acontecía en los monasterios, sin embargo se le da el estatuto de patología recién en el siglo XIX. En este siglo, particularmente por la década del 60 y 70 se comienza a hablar de epidemia por el considerable incremento en los casos. (Dio, 2000)

Es interesante lo que plantea Tato (2006) acerca de los caracteres fundamentales de este síndrome los cuales, a su entender, se han mantenido en el correr de las épocas, sin embargo sostiene que aquellas primeras anoréxicas atribuían las causas de su padecer a motivos religiosos, mientras que hoy el peso de lo estético es fundamental.

Rodríguez (1995) señala que el síntoma anoréxico puede surgir como punto de confluencia de varios factores, entre ellos hace referencia justamente al uso estético que se le da a la delgadez en la cultura occidental y como contrapartida la abundancia de comida ofrecida. Por otra parte menciona a la familia y la mutación que ha sufrido la misma a raíz de ciertos cambios sociales, pasando a ocupar los hijos y su bienestar una posición central. Menciona que esta razón y la prolongación del tiempo de dependencia de los hijos con los padres, también se pueden considerar factores influyentes a la hora del surgimiento de enfermedades como la Anorexia.

Tato (2006) realiza una suerte de reflexión acerca de la influencia que ejerce la sociedad contemporánea en esta patología. En ella destaca el lugar de la imagen para insertarnos con éxito en nuestra cultura, plantea que la estética de la época incita a la belleza corporal y a la delgadez, así como también proclama una estilización del cuerpo que uniformiza al hombre y a la mujer, borrando formas externas de diferenciación corporal.

Por otro lado, menciona las transformaciones en los roles femeninos y masculinos, dados los cambios laborales, familiares y de identidad sexual de la época. Así como también hace hincapié en las modificaciones en los vínculos tempranos, viéndose acortada la lactancia, la permanencia en el hogar y la relación madre-hijo, dado los cambios familiares que responden a las necesidades económicas y también a los roles materno y paterno. (Tato, 2006)

“...La actitud del hombre contemporáneo es voraz...” (Tato, 2006, p.102), he aquí otro aspecto al que se dirige dicha autora, haciendo referencia al consumo, no solo en lo que atañe a la oralidad, sino también a lo material.

Por último Tato (2006), pone énfasis en el “deber ser” que caracteriza a nuestra época, refiriéndose a los mandatos que se nos impone, desde el cómo debemos vestirnos, a cómo debemos ser físicamente, que debemos y que no debemos comer, hasta como debemos vivir.

2.3 Epidemiología

En el DSM-IV (2002) se enfatiza que más del 90 % de los pacientes diagnosticados con anorexia nerviosa son mujeres y que generalmente se trata de un trastorno que aparece en la pubertad, siendo estos casos de un pronóstico más próspero que aquellos que surgen en la niñez. Inclusive se señala que es muy raro el inicio de esta enfermedad en mujeres mayores de cuarenta años.

Stierlin y Weber (1997) plantean que es más común el surgimiento de la anorexia en la pubertad porque se trata de una etapa que trae consigo muchos cambios, se hacen evidentes cambios físicos que muchas veces las niñas no están preparadas emocionalmente para los mismos, tratándose de una etapa muy ambivalente, llena de contradicciones. Por otra parte, destacan que la actitud del adolescente hacia la lealtad familiar pierde importancia y comienza a tener relevancia las asociaciones con amigos, los nuevos valores y la nueva información, actitudes que despiertan gran ansiedad en la familia.

En su artículo sobre “La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar” Díez (2005) señala que dos de cada mil mujeres sufren de este trastorno en algún momento de su vida, mientras que los hombres lo padecen dos de cada diez mil. El autor refiere que al ser tan limitado el número de casos de anorexia en hombres existen muy pocos estudios al respecto. Esto lo atribuye a la presión que ejerce la sociedad sobre los modelos femenino “delgado” y masculino “musculoso”, cuestión que difiere de las reflexiones de Tato (2006), quien plantea que la estética de hoy fomenta la estilización de los cuerpos vivos a la figura del maniquí, lo que uniformiza los cuerpos tanto femenino como masculino.

Por otra parte, en el DSM-IV (2002) se destaca que la anorexia nerviosa es un trastorno más común en las sociedades industriales, ya que en las mismas no hay escasez de alimentos.

2.4 Etiología

Se han mencionado ciertos aspectos que se consideran influyentes en la constitución de esta sintomatología, como lo son los medios masivos de comunicación desde la expresión de mensajería fomentando la delgadez y la tipología ideal de mujer como “flaca”. Por otro lado, se ha puesto énfasis en la tendencia a surgir estos

síntomas en sociedades de primer mundo, en las cuales no escasea el alimento. Sin embargo la anorexia nerviosa se trata de un trastorno que no presenta elementos que se consideren “causales”, ni desde la psiquiatría ni desde la medicina. (Tato, 2006)

Díez (2005) subraya que la anorexia es un trastorno de origen multifactorial, ya que existen varios componentes que contribuyen en la génesis, evolución y mantenimiento de la enfermedad. Plantea que un elemento que puede incidir en la aparición de conductas anoréxicas en la adolescencia son los cambios que propician tensiones en el joven, como puede ser un cambio de hábitat y de lugar de estudios o una ruptura afectiva por ejemplo, circunstancias que pueden ocasionar sentimientos de ansiedad o depresión que afecten el apetito.

Por otra parte el autor menciona que los entrenamientos deportivos rigurosos suelen tener relación con el surgimiento del trastorno, así como también situaciones sufridas de abuso sexual. Señala al entorno familiar como posible influyente en la génesis de la enfermedad, ya sea desde padres perfeccionistas, hasta el origen biológico por trastornos de la alimentación en otro miembro de la familia. Ante ello destaca la importancia de tener en cuenta no solo al protagonista de la enfermedad para su posible tratamiento, sino también a su familia y al entorno social. (Díez, 2005)

Tras la multiplicidad de factores que pueden incidir en la conformación de esta enfermedad, en quien escribe, se desprende el interés por conocer más a fondo el papel que ocupa la familia, ya sea en la etiología de este padecer, así como también en el mantenimiento de la enfermedad. Ante ello surgen ciertas interrogantes ¿La familia cumplirá un rol activo? ¿Influirá el tipo de interacción que el enfermo guarda con los suyos a la hora de la aparición y mantenimiento de este trastorno?

Sin la intención de caer en reduccionismos que hagan al entendimiento de la anorexia nerviosa como causa-efecto de la dinámica familiar, en el presente trabajo teniendo en cuenta los planteos de Onnis (1990), se apuntará a proponer una lectura circular que permita ubicar el problema dentro del contexto en el cual aparece, haciendo hincapié en la influencia activa del sujeto en la organización familiar y viceversa. Con este propósito y como motivo a las interrogantes anteriormente planteadas, se abrirá paso a ciertos conceptos provenientes de la Teoría Sistémica que permiten comprender al individuo y a su familia como sistemas abiertos en constante interacción. (Vidal, 2001)

TEORÍA SISTÉMICA

“La visión sistémica contrapone a la fragmentación reduccionista de los componentes una organización poblada de significados de las partes mismas.”

(Watzlawick & Ceberio, 1988, p. 15)

Como se planteó anteriormente, el modelo sistémico entiende al individuo y a la familia como sistemas abiertos que interactúan constantemente. Ahora bien ¿qué se entiende por sistema? Vidal (2001) plantea que un sistema es “...un agregado de elementos o partes interactuantes, que guardan entre sí relaciones de no independencia parcial, de modo que el comportamiento de un elemento en cierta relación es diferente del que presenta en otra relación”. (p. 35)

Ludwing Von Bertalanffy enuncia la Teoría General de Sistemas en la década del cuarenta, buscando un modelo aplicable a todos los sistemas complejos. (Vidal, 2001) Dicho autor plantea que todos los organismos vivos son sistemas abiertos, expresa; “Un sistema abierto es definido como sistema que intercambia materia con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales”. (Bertalanffy, 1989, p. 146) En cambio los sistemas cerrados no intercambian información con el medio, tratándose de sistemas físicos.

De modo que, tanto el individuo, como la familia y la sociedad, al tratarse de organismos vivos, conforman sistemas abiertos.

Las principales propiedades que presentan los sistemas abiertos son; totalidad, equifinidad y causalidad circular. El principio de **totalidad** supone que cualquier cambio en alguno de sus componentes y en las relaciones que lo conforman repercute en el sistema todo. **Equifinidad** refiere a la capacidad que tiene todo sistema abierto de partir de puntos diferentes y llegar a finales similares, así como también su contrario, partir de un mismo origen y terminar en finales distintos. Este principio involucra lo determinado y lo aleatorio, ya que la evolución es la que va definiendo al sistema. Por último, la **causalidad circular o feedback** presume que la estabilidad y el cambio pueden convivir en un sistema, existiendo dos tipos de feedback, uno positivo y uno negativo. El negativo cumple la función de homeostasis

devolviendo al sistema a su estado anterior. El positivo, en cambio, promueve la transformación del sistema. (Vidal, 2001)

Otro de los aportes de Bertalanffy (1989) a los modelos sistémicos fue que introdujo el término “interacción” expresando que;

Es necesario estudiar no solo partes y procesos aislados, sino también resolver los problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultantes de la interacción dinámica de partes y que hacen el diferente comportamiento de estas cuando se estudian aisladas o dentro del todo. (p. 31)

Watzlawick y Ceberio (1988) manifiestan que tanto la Teoría General de los Sistemas como los desarrollos de la Cibernética movilizaron al mundo científico de la época, confrontando sus postulados de linealidad y objetividad. De este modo entró en crisis el modelo analítico que procuraba separar las partes para poder comprender el todo. Plantean que; “Superar estas concepciones conlleva una permutación epistemológica, la capacidad de relacionar circularmente las distintas fracciones del sistema, para hablar de *totalidad*, en lugar de *sumatividad*”. (p. 15)

Los diversos aportes epistemológicos mencionados, provenientes de campos teóricos independientes, como fueron la Teoría General de los Sistemas (Ludwing Von Bertalanffy, 1953), la Cibernética (Wiener, 1948) y por otro lado los postulados de la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) propiciaron cambios en el área de la Psicología, dando surgimiento a la Terapia Familiar Sistémica. (Botella & Vilaregut, s. f.)

La realidad de la época también favoreció la aparición de estos modelos de tratamiento ya que se comenzó a observar en el ámbito clínico la importancia de los vínculos familiares en los aspectos mentales de pacientes con psicosis. Reichmann (1948), por ejemplo, añade el término de madre esquizofrenógena, para referirse a las madres de pacientes esquizofrénicos como ambivalentes en la relación con su hijo, mostrándose seductoras y sobreprotectoras con este, al mismo tiempo que rechazantes y frías. (Vidal, 2001) Más adelante, Jackson (1957) introduce el concepto de homeostasis familiar, tras observar clínicamente que ante la mejoría de un paciente psiquiátrico, ocurrían repercusiones un tanto drásticas en los demás miembros de la familia. (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1985)

Rodríguez (1995) plantea que lo novedoso del modelo sistémico como forma de tratamiento es relacionar el síntoma con el contexto donde surge, para evitar un aislamiento artificial del mismo. Menciona que ignorar la relación que guarda el síntoma del paciente con su contexto puede propiciar a la cronicidad de la enfermedad.

3.1 Conceptualización de Familia

En el diccionario de la Real Academia Española (2014), se define a la familia como un grupo de personas que pueden estar unidas por lazos de parentesco. Etimológicamente proviene de la palabra *familus* que significa sirviente y refiere a los criados y esclavos que habitan en el mismo hogar bajo la autoridad del patrón o dueño del lugar.

El autor Pichón Riviere (1982) define a la familia como;

...una estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), y enunciado los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal. (p. 59).

Por otro lado, la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009), plantea que el concepto de familia dependerá de cada sociedad y cada cultura. La UNODC considera a la familia como el núcleo básico de una sociedad, integrando a los niños y a las personas que los cuidan, que pueden ser sus padres biológicos u otros adultos o parientes, según la situación, la sociedad y la cultura. Plantean que la dinámica familiar cumplirá un papel importante ya que la “buena crianza” será un factor protector, preservando a los niños de problemas de comportamiento de riesgo y salud mental, como la delincuencia o el abuso de drogas. La familia podrá dar seguridad económica pero también emocional, así como orientar supervisando pautas apropiadas de conductas, pudiendo atender las necesidades básicas de los sujetos.

3.2 Familia como sistema

Desde un enfoque sistémico, Vidal (1991) concibe a la familia como; "...un sistema abierto, una estructura organizada de individuos que tienen entre sí vínculos estrechos, estables, que están unidos por necesidades básicas de sobrevivencia, que comparten una historia y un código singular". (p. 25)

Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo-Corigliano (1989) expresan; "...la familia es un sistema activo en transformación constante; dicho de otro modo: un organismo complejo que se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicológico a los miembros que lo componen". (p. 16) Andolfi (1991) en "Terapia Familiar: un enfoque interaccional" plantea que, para poder analizar la relación entre las conductas individuales y el grupo familiar, es preciso comprender a la familia como un todo orgánico, aplicándole los principios de los sistemas en general. Estos principios permiten advertir que esta relación supera y a la vez articula las partes.

Según este autor la familia como sistema abierto intercambia constantemente con la sociedad a la que pertenece. La misma le impone cambios los cuales pueden propiciarse tras modificaciones de empleo en algún miembro, cambios de ambiente, etcétera. Por otro lado advierte que en la familia también coexisten exigencias que provienen de las necesidades de sus propios miembros y de su ciclo vital, como puede ser el nacimiento de un nuevo integrante, la independencia de un hijo, una muerte e inclusive un divorcio. (Andolfi, 1991) Estas tensiones, ya sean producidas desde el interior de la familia o desde el exterior, provocan desequilibrios en el funcionamiento familiar, Andolfi et al. (1989) plantean que estos desajustes promueven transformaciones de ciertas reglas familiares en pos de asegurar la unión y el crecimiento psicológico de sus integrantes.

Por otra parte, Minuchin junto con Fishman (1985) definen a la familia como; "...un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción..." (p. 25), plantean que estas pautas conforman la estructura familiar, es decir, "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1979, p. 86). Por lo tanto, dicha estructura rige el funcionamiento de cada integrante, posibilitando la adaptación a los cambios a través de la flexibilidad de estas pautas que denominan como "transaccionales" y la disponibilidad de reglas alternativas.

Las pautas transaccionales refieren a la jerarquía de poder que debe existir entre padres e hijos, la cual debe poseer distintos niveles de autoridad. Las funciones parentales deben complementarse, aceptando la interdependencia de cada uno, pero trabajando en equipo cuando sea necesario. (Minuchin, 1979)

Minuchin (1979) entiende que las funciones del sistema familiar se cumplen a través de los subsistemas. Vidal (2001) retoma estos conceptos y explica que por un lado existe el sistema conyugal, compuesto por ambos padres, por otra parte el sistema parental en sí y por último el sistema fraterno. Siendo estos subsistemas “estables” dentro de la familia, ya que también existen otro tipo de alianzas que tienden a modificarse según las edades, los diferentes intereses y funciones de cada uno.

El subsistema conyugal está conformado por la pareja de esposos, que puede ser entablado por un hombre y una mujer, o en el caso de parejas homosexuales por dos personas del mismo sexo. Este sistema opera en los hijos como matriz identificatoria, no solo de la identidad sexual, sino también de modos vinculares (Vidal, 2001). Según Minuchin (1979) los cónyuges deben tener límites que los preserven de las interferencias de otros sistemas, por ello deben poseer un espacio propio que les brinde un sostén emocional.

Por otra parte, el subsistema parental se compone por la pareja de padres, o por el adulto que cumple las funciones parentales. Dichas funciones suponen “amparo, protección, educación, socialización, orientación de los hijos,...inversiones narcisistas, sexuales, códigos valorativos, normativos y de significación (Vidal, 2001, p. 80). Minuchin (1979) entiende que los padres deben poseer una autoridad flexible que les permita comprender las necesidades propias de la etapa de desarrollo de sus hijos.

“El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales”. (Minuchin, 1979, p. 97) Según el autor la diferenciación entre hermanos, por sexo, edad, gustos, aptitudes, etc., consolida la singularidad de cada uno y así da valor a las diferencias.

Minuchin (1979) considera que el sujeto va logrando cierto sentido de individuación a través de la participación en estos subsistemas, así como también en grupos extrafamiliares y destaca que para que exista un funcionamiento familiar

adecuado es necesario que los límites sean claros y permitir el relacionamiento entre los miembros del subsistema y los demás.

Desde la propuesta de este autor la claridad en los límites es fundamental para evaluar el funcionamiento de una familia. (Minuchin, 1979)

3.3 ¿Familias disfuncionales?

Minuchin y Fishman (1985) destacan que la familia no es estática, sino que la misma está en proceso de cambio constante, producido por las demandas desde dentro y fuera del holón familiar. Plantean que; “Como todo organismo vivo, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución”. (p. 35)

Sin embargo, Minuchin (1979) sostiene que existen familias que pueden propiciar la aparición de patologías en alguno de sus miembros, lo que atribuye, como se mencionó más arriba, a la flexibilidad y rigidez de los límites entre subsistemas familiares y grupos externos. El autor hace referencia a familias en las cuales los límites se hacen difusos a raíz del aumento en la comunicación entre sus miembros y del sentido de pertenencia. De este modo disminuye la autonomía de cada uno, que es la que protege la diferenciación del sistema. A estas familias las denomina como Aglutinadas.

Por otra parte, menciona otro tipo de funcionamiento familiar en el que los límites entre subsistemas se tornan rígidos, ya que se ve dificultada la comunicación. En este tipo de familia, a las que les da el nombre de “desligadas”, sus miembros no poseen sentido de pertenencia ni de lealtad a su familia, lo que no permite el apoyo entre estos. (Minuchin, 1979)

El autor hace referencia a que lo aglutinados o desligados son estilos transaccionales utilizados por todas las familias, sin embargo cuando uno de estos funcionamientos prevalece en extremo propicia la disfuncionalidad familiar. (Minuchin, 1979)

Andolfi et al. (1989) por su parte advierten que existen familias que al percibir ciertos cambios como amenazantes, reaccionan favoreciendo la aparición de una sintomatología en algún miembro, amortiguando de este modo el caos familiar. Este sujeto permite la unión familiar ya que a través de su función de “paciente designado” los demás miembros amoldan sus conductas a estas nuevas circunstancias. Este

modo de funcionamiento puede oscilar en el tiempo, cambiando a otro sujeto o a otra sintomatología, siendo de este modo una designación fluctuante en el tiempo.

Dichos autores plantean que también se dan casos de familias que viven catastróficos los cambios evolutivos, de este modo mantienen pautas de una determinada fase, en otra, de modo rígido. Esto provoca la detención del tiempo en una fase del desarrollo específica y reduce así el espacio personal de cada miembro de la familia, provocándose una designación rígida e irreversible de aquel que hace de regulador homeostático, ya que se transforma en indispensable para la evolución de la familia. Refieren a que en este tipo de familias puede surgir tanto un síntoma disociativo como un comportamiento depresivo o anoréxico. (Andolfi et al., 1989)

Respecto a la rigidez en la familia, cuestión en la que hacen hincapié estos autores, Fernández (2004) en su artículo “El impacto de la enfermedad en la familia” sostiene que las familias más rígidas suelen tener más dificultad para responder a las crisis, ya que les cuesta adaptarse a las nuevas dinámicas.

Dicho autor expresa que una enfermedad significa una crisis, ya que produce cierta desorganización e impacta en cada miembro de la familia de modo diferente. Plantea que para poder adaptarse a estos cambios se ponen en funcionamiento mecanismos de autorregulación, generándose cambios en las interacciones lo que puede llevar al equilibrio o desequilibrio y así poner en riesgo el bienestar del enfermo y la funcionalidad familiar. Señala que hay ciertos factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia, donde incluye además de la flexibilidad o rigidez de los roles familiares, la etapa del ciclo vital en que se encuentre la familia, la cultura familiar, el nivel socio-económico, así como también la capacidad de la familia para la resolución de conflictos. (Fernández, 2004)

2. FAMILIAS ANORÉXICAS

“...el “cuerpo que habla” parece expresar no solamente los movimientos de lo intrapsíquico o las huellas de la biografía del sujeto, sino el sufrimiento más complejo de una situación interactiva de la que el sujeto participa y que no puede dejar de influir en su “idioma”.”

(Onnis, 1990, p. 83)

En relación al objetivo de esta monografía, que se ha propuesto investigar desde un abordaje sistémico la dinámica familiar cuando uno de sus integrantes padece anorexia nerviosa, a continuación se presentan los principales autores que han estudiado a estas familias. Luego se profundiza en los diferentes aspectos de esta dinámica haciendo hincapié en el perfil de estas familias, la relación con sus familias de origen y el perfil de la anoréxica en particular.

Los autores Salvador Minuchin (1980) y Mara Selvini Palazzoli (1981) fueron pioneros en la investigación de los trastornos de alimentación con una mirada puesta en la familia. (Onnis, 1990)

Minuchin (1978) entiende a la anorexia nerviosa como una enfermedad psicosomática y la clasifica como “secundaria”, ya que no existiría en estos casos una disfunción fisiológica aparente como si ocurre en los trastornos psicosomáticos que denomina como primarios. A su vez destaca que esta enfermedad supone también un determinado tipo de organización familiar y la involucración del paciente identificado en el conflicto parental. (Speier, 1986)

Selvini Palazzoli (1981) por su parte, ha realizado diferentes estudios que le han permitido delimitar ciertos caracteres frecuentes en las familias de las anoréxicas, enfocándose en los modos comunicacionales de estas familias. (Onnis, 1990)

Onnis (1990) ha ampliado las investigaciones de los autores anteriormente citados, sosteniendo al igual que Minuchin (1978) que la anorexia se trata de una enfermedad psicosomática. Plantea que en estas familias existen problemas en los estilos de comunicación y en la organización estructural.

Por otra parte, Stierlin y Weber (1997) a partir de sus estudios sobre esta patología, han observado que en familias donde se presenta algún integrante con una conducta anoréxica se hacen presentes ciertos patrones en las relaciones entre sus miembros. Para ello formulan un “tipo ideal de familia con un miembro anoréxico” (p. 33), este término “tipo ideal” el cual lo toman de Max Weber (1913), refiere a un constructo que les permite describir, a través de su propia experiencia, a estas familias. Destacando la unión muy fuerte a lo largo de varias generaciones, compartiendo un código de conductas que esta interiorizado en cada uno de sus integrantes, el cual gira en torno a normas implícitas del tipo; “mejor dar que recibir”, “mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás”, “solo me siento bien si los demás se sienten bien” (p. 34).

En lo que refiere a la actualidad, se han hallado dos investigaciones mexicanas, una de los autores López y Nuño que data en el año 2009 y una más actual del año 2013 de González, Romero, Rascon y Caballero, las cuales han realizado estudios cualitativos en población con estas características.

4.1 Perfil de las Familias Anoréxicas

Minuchin (1980) ha trabajado e investigado a diferentes familias, entre ellas; once familias con hijas anoréxicas, diez con hijos asmáticos, y nueve con niños diabéticos. Estos estudios le permitieron observar patrones disfuncionales comunes en los modos de interacción y organización de estas familias, independientemente del síntoma psicossomático que presentaban. (Onnis, 1990) Plantea que el síntoma puede surgir en un miembro como intento de solución a la disfunción que presenta su familia, o por el contrario, aflorar por diferentes circunstancias de la vida, pero siendo utilizado como un mecanismo por parte del grupo familiar para perpetuarlo. (Speier, 1986)

Son cuatro las características típicas que ha descrito sobre estas familias; el aglutinamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación del conflicto. (Onnis, 1990)

Con **aglutinamiento** refiere a la superinvolucración recíproca entre los miembros, siendo escasa la privacidad y la autonomía. Aparece confusión en los roles, ya que los límites entre sujetos y generaciones son débiles (Onnis, 1990). “Las familias anoréxicas están atrapadas en la especie de dependencia donde la entrega, la lealtad y el bienestar del grupo son fundamentales”. (Minuchin, 1985, p. 89)

En relación a esta característica, Stierlin y Weber (1997) destacan que, en las familias anoréxicas, estamos frente a un escenario que fomenta la renuncia personal ante la importancia de la cohesión familiar, en el cual la individuación de cada sujeto se hace difícil. Con el término individuación, hacen referencia a "...la percepción, tolerancia y aceptación de las diferencias y la individualidad así como de la ambivalencia" (p. 36). Sostienen que, en el caso de estas familias, este aspecto parece estar obstaculizado por la importancia que tiene vivir en torno a las expectativas que los demás tengan de uno, lo que implica un fuerte autocontrol para poder ajustarse a las normas que propone el medio, no solo familiar sino también social "los ideales de la familia y los de la sociedad suelen reforzarse mutuamente hasta el punto de confundirse ambos". (p. 35)

Cabe señalar aquí que, según estos autores el sentido de justicia es una característica representativa de estas familias. Plantean que en los padres se refleja a través de la autoimposición de querer a todos los hijos de la misma manera, con excepción de favoritismos. Este aspecto hace imposible la formación de alianzas, fomentando así la contradicción ya que en determinadas circunstancias de la existencia de una familia, los autores entienden que se dan ciertos privilegios o incluso injusticias con algún miembro. En lo que atañe al estilo de "familias anoréxicas", esas preferencias se deben negar y borrar del diálogo familiar, dando así mensajes contradictorios particularmente a los hijos, donde por un lado se les transmite una manera de pensar y por otro, a través de ciertas conductas, se expresa lo opuesto. (Stierlin & Weber, 1997)

Volviendo a las características que destaca Minuchin (1980), la **sobreprotección** se representa a través del alto grado de interés de unos con otros, haciéndose visible cuando un integrante asume una conducta sintomática, los demás buscan protegerlo en todo sentido, oprimiendo así conflictos familiares. Es por ello que la enfermedad de un miembro, circularmente, oficia de protección a la familia toda. (Onnis, 1990)

La **rigidez** es simbolizada tras la importante resistencia al cambio. En apariencia, se presentan como familias unidas y armoniosas, donde la preocupación es centrada en la enfermedad de uno de sus integrantes, negando así la necesidad de cambios en el interior de la familia. Este aspecto hace que la vinculación con el afuera sea escasa, apuntando siempre a conservar la homeostasis familiar. (Onnis, 1990)

En similitud con los planteos de Minuchin (1980), Stierlin y Weber (1997) sostienen que en las familias con un miembro anoréxico existe "...una tendencia hacia la fusión, el desmantelamiento u oscurecimiento de fronteras entre individuos y generaciones..." (p. 40), lo que genera la formación de murallas para con el mundo exterior, rechazando todo aquello que amenace la estabilidad familiar. Esta tendencia hacia la fusión apunta a sostener la armonía y evitar los conflictos, pero por otra parte, el hecho de que las diferencias entre los individuos se intenten aplacar, hace que la agresividad contenida comience a aflorar tras la aparente armoniosidad. De este modo plantean que se desarrolla una especie de formación reactiva en la familia, anudando esfuerzos mayores para conservar dicha armonía y como consecuencia, las murallas contra toda posibilidad de cambio se fortalecen.

En cuanto a la **evitación del conflicto**, Minuchin (1980) advierte que se denota a partir de la baja tolerancia al mismo, poniéndose en escena ciertos mecanismos para aplacar los desacuerdos, buscando que queden ocultos. (Onnis, 1990)

Con respecto a este último apartado, Onnis (1990) se adhiere a los planteos de Minuchin (1980) y también hace hincapié en este aspecto, planteando que además de evitación existe miedo al conflicto, lo que hace que cualquier tensión o desacuerdo sean considerados como peligrosos para la unidad familiar. A su vez agrega que suelen dar la imagen de familias armoniosas, por ello el síntoma del enfermo encierra una función protectora que evita así los conflictos y por sobre todo, evita la privacidad de los cónyuges. El paciente participa de modo activo en esa triangulación, ya que "...el síntoma influye a su vez con una retroacción circular (o feed-back) sobre el mantenimiento de aquellos modelos interactivos disfuncionales". (p. 77) Así se explica la circularidad del proceso que se ha mencionado como principio de los sistemas abiertos, el síntoma se muestra ambivalente ya que por un lado es la expresión de la disfuncionalidad familiar y exige así un cambio, y por otro lado intenta mantener la rígida homeostasis familiar.

Selvini Palazzoli (1981) por su parte, ha llevado a cabo una investigación exhaustiva sobre diferentes casos de anorexia y bulimia a partir de año 1971. Como se expresó anteriormente, estos estudios le permitieron definir características que se hacen frecuentes en estas familias, con especial énfasis en los modos comunicacionales de las mismas. Plantea que cada sujeto rechaza los mensajes de los demás, encontrándose frecuentes problemas en la comunicación. Por otro lado revela que existen dificultades para tomar posesión del papel de líder, lo que conlleva

a que ningún integrante asuma responsabilidad alguna. Stierlin y Weber (1997) al respecto destacan que la ausencia de liderazgo en situaciones de crisis que lo ameritan, suele ser un aspecto que caracteriza a las familias anoréxicas. Los padres, en estos casos, parecen sabotearse entre sí cuando de la crianza de los hijos se trata. Aparece así, el riesgo de que la lucha por el poder se dé de un modo más subterráneo “el poder será obtenido por el miembro de la familia que dé más, se sacrifique más, y satisfaga menos sus propias necesidades personales” (p. 42).

Por último, Selvini Palazzoli (1981) destaca que en estas familias está prohibida toda alianza de dos contra un tercero, las cuales deben ser negadas. Expresa; “Resulta sugestivo que en un sistema en el cual cualquier comunicación tiene tan alta probabilidad de provocar un rechazo, el rechazo al alimento aparezca como una modalidad extrema perfectamente a tono con el estilo dominante del sistema”. (Onnis, 1990, p. 81)

En relación a los modos comunicacionales en estas familias, Onnis (1990) entiende que cuando existe dificultad en la comunicación entre los padres, lo que les impide definir su propia relación, se involucra a un tercero, en este caso a un hijo para que medie en la comunicación entre estos, produciéndose así una “triangulación” rígida y como resultado un gran estrés emocional que puede conducir a la estabilización de síntomas psicósomáticos, incluyendo a la anorexia en esta tipología.

4.2 Familias Anoréxicas y la relación con sus familias de origen

En el período que transcurre entre 1988 y 1996, Selvini Palazzoli junto con Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) ha ampliado sus investigaciones a partir del tratamiento clínico de cincuenta y dos familias con hijas anoréxicas. Dicho estudio significó para la autora salir de una perspectiva demasiado sistémica de la familia, para considerar la individualización de cada sujeto, observando la historia de cada personaje y el relacionamiento con sus familias de origen.

Cabe destacar que en todos los casos asistidos en esta segunda etapa, se trataba de jóvenes que no estaban casadas y convivían con sus padres, así como también se constató, por parte de los investigadores, la ausencia de casos de separación y divorcio en los padres de estas jóvenes. De cincuenta y dos familias estudiadas, cincuenta y una poseía padres casados y juntos, tratándose de familias

rígidamente inseparables, con dificultades para vivenciar las crisis conyugales. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

En cuanto a los padres de estas jóvenes, en su mayoría provenían de familias más carenciadas que sus esposas, con alto porcentaje de permanencia en internados durante su infancia. Estos varones tendían a idealizar a sus propios padres, sin reconocer insuficiencias afectivas por parte de estos, buscando permanentemente merecer su amor. Según Selvini Palazzoli et al. (1999), ello los ha llevado inconscientemente a elegir en sus esposas una especie de madre que esté atenta a sus necesidades, pero generalmente conservando una actitud machista que los ha hecho creer inútil discutir con ellas, ya que las consideraban irracionales.

Stierlin y Weber (1997) también han estudiado desde un enfoque generacional a estas familias y destacan, en concordancia con los planteos de Selvini Palazzoli et al. (1999), que los padres de hijas anoréxicas generalmente fueron en sus propias familias hijos ávidos por cumplir con las expectativas de sus padres. Además sostienen que cuando sus padres se vuelven ancianos, suelen llevárselos a vivir a sus casas.

Selvini Palazzoli et al. (1999) han observado en estos varones rasgos narcisistas de personalidad, lo que aluden al momento socio-histórico al que pertenecen, caracterizado por la Segunda Guerra Mundial, tratándose de una sociedad machista donde no existía cabida a la expresión de sentimientos, teniendo que mostrarse competitivos e individualistas. Sostienen que a grandes rasgos parecen ser padres distantes en la relación con sus hijos, tanto física como emocionalmente, sobre todo en la niñez, comenzando un contacto más cercano con estos a partir de la adolescencia.

En relación a las madres de las anoréxicas-bulímicas, Selvini, Palazzoli et al. (1999) destacan que se trata de mujeres “sacrificadas” y encajadoras de humillaciones”. Con el término “sacrificadas” hacen referencia a que estas mujeres siempre están dispuestas a hacerse cargo de los deberes de los demás, sin límite alguno. Inclusive resultan incapaces de hacer algo para su propio gusto. Los autores utilizan la expresión “encajadoras de humillaciones” para señalar que estas madres resultaron humilladas y poco consideradas por sus familias de origen, y que luego la historia se repite en su relación conyugal, debiendo asistir permanentemente a los deseos de sus esposos.

En cuanto a la relación conyugal entre estos padres se expone la excesiva adecuación a las necesidades de sus maridos, aspecto que han observado en estas mujeres en los comienzos de la pareja. Al parecer ello ha llevado a satisfactorios primeros tiempos de matrimonio. Estos varones valoran la disponibilidad afectiva de sus esposas, afecto que siempre han deseado recibir de sus propias madres. Los autores plantean que por esta razón estos sujetos se comportan halagadores con sus mujeres, tratando de que estas experimenten la vivencia de importancia que tampoco recibieron de sus familias de origen. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

Los aspectos señalados conllevan, según los autores, a que estas parejas tengan poca tolerancia a las desestabilizaciones que acarrea la crianza de los hijos y también a los conflictos que puedan surgir con sus familias de origen o con el ambiente exterior. A su vez destacan que los primeros años de vida de la hija, futura anoréxica, coinciden frecuentemente con dificultades existenciales en los padres, que los ha llevado a la insatisfacción mutua. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

Un aspecto importante al cual hacen referencia Stierlin y Weber (1997), en relación a estas parejas, es que parecen preferir matrimonios en donde sea más importante la comprensión y la igualdad de intereses que el amor, perdiendo importancia el sexo en estas relaciones, “A los cónyuges les resulta más importante ser buenos padres para sus hijos, y buenos hijos de sus propios padres, que buenos amantes el uno con el otro” (p. 38), por lo tanto suelen tomar muy seriamente el papel de progenitores, ocupando sus roles de un modo tradicional, en donde el varón se encarga de llevar el dinero al hogar y de mantener cierto status social, y la mujer de cuidar a sus hijos.

Es de destacar que estos matrimonios suelen ser duraderos, a causa de la rigidez que caracteriza su modo de funcionar, buscan mantenerse juntos bajo cualquier circunstancia, tornándose difícil los cambios. (Stierlin & Weber, 1997)

2.3 Perfil de la Anoréxica

Si bien este trabajo no ha pretendido enfocarse únicamente en la anorexia nerviosa femenina ya que, como se expresó en el primer capítulo, vienen en aumento los casos de varones diagnosticados con este trastorno, sin embargo la literatura que abunda al respecto es sobre mujeres anoréxicas. Por lo tanto a continuación se

exponen diferentes aportes de Selvini Palazzoli et al. (1999) sobre la personalidad de estas muchachas y la vinculación que trae consigo la familia.

Selvini Palazzoli et al. (1999) han descrito tres subtipos de futuras anoréxicas. El tipo A refiere a pacientes centradas en la figura materna. En este caso, la intimidad y complicidad en la pareja de padres, que es lo que atrae a la hija en la implicación edípica, son un tanto nulas, desarrollando en estos casos una función compensatoria hacia la madre.

Dentro de este subtipo incluyen a las anoréxicas “tipo dependiente”, tratándose de jóvenes en las que predomina un rol sexual infantil, no llevan una vida social aislada sin embargo suelen tener problemas para reconocer sus propias necesidades, subordinándolas a las de las demás. Según los autores las “tipo dependiente” son muchachas que idealizan particularmente a su madre, siendo muy poco transgresoras, más allá de su síntoma. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

El tipo B por el contrario, se trata de pacientes centradas en la figura paterna, de hecho frustradas por la inobservancia de la madre. En estos casos sí pudieron constatar provocaciones sexuales entre ambos cónyuges. Por un lado madres que traicionan a sus esposos, tras la desvalorización de estos, por otro, maridos insatisfechos por la frialdad de sus esposas. En ambos casos, la hija que se encuentra en la adolescencia, empatiza con la depresión del padre, uniéndose a él para poder complacerlo y así recibir su aprobación, dedicándose a todo aquello que él valoriza, como los deportes, la buena escolaridad y el hipercontrol. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

En el subtipo B los autores destacan a las anoréxicas “tipo borderlaine”, tratándose predominantemente de anoréxicas bulímicas. En este caso suelen ser mujeres con un rol sexual activo e incluso seductor y generalmente no se encuentran aisladas. Estas chicas “...basan su crecimiento en la inversión paterna, desconfiadas de la relación de apego ambivalente y desorganizada con la madre.” (Selvini Palazzoli et al., 1999, p. 199)

Las anoréxicas tipo C son jóvenes cedidas en su primera infancia a niñeras o parientes, lo que no favoreció el apego con sus padres. En estos casos no se encuentra un vínculo de dependencia disfrutable en su infancia. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

Selvini Plazzoli et al. (1999) subrayan en esta categoría a las anoréxicas “tipo obsesivo-compulsivo”, adolescentes que controlan desmedidamente su propia alimentación, encontrándose muy aisladas socialmente. Los autores manifiestan que en su mayoría a estas chicas les ha faltado un vínculo preferencial, ya que no lo han tenido ni de su madre ni de su padre; “La relación con la madre no es fusional como en el tipo dependiente, ni inestable como en el tipo borderlaine, sino más bien caracterizada por una histórica barrera, por la distancia, por la incomunicación y la inaccesibilidad.” (p. 205) A su vez sostienen que el padre en estos casos se halla ausente en la vida emocional de la hija.

Por último estos autores hacen referencia al “tipo narcisista”, tratándose de mujeres rígidas sexualmente e infantiles, encontrándose más a menudo aisladas socialmente. Este tipo de anoréxicas encaja dentro de los subtipos B y C, encontrándose en estos casos carencias en la infancia y repetidos intentos de seducción por parte de ambos padres durante la adolescencia de la joven. (Selvini Palazzoli et al., 1999)

Según Selvini Palazzoli et al. (1999), los casos constatados como anoréxicas tipo C, difieren de la propuesta de Minuchin (1985) y el modelo familiar que este destaca, ya que dicho autor ha mencionado la entrega, la lealtad y el bienestar en este tipo de familias como aspectos destacados, cuestión que no ocurre en este subtipo de pacientes observadas por Selvini Palazzoli y su equipo.

2.4 Anorexia y Familia en la actualidad

Se ha encontrado escasa bibliografía que data en el presente siglo acerca del funcionamiento familiar en la anorexia nerviosa desde un enfoque sistémico. Se han recabado al respecto dos investigaciones mexicanas que han realizado estudios cualitativos en población con estas características.

Una de ellas ha apuntado a analizar como los sujetos que sufren anorexia nerviosa y su familia conviven con dicho trastorno y cuentan su historia. (González et al., 2013)

Se trató de un estudio cualitativo que buscaba indagar las experiencias familiares en cuatro momentos: el inicio del trastorno, durante el tratamiento, en la recaída, y en la remisión. Para ello se eligió a una familia conformada por tres

miembros; la madre, el padre y la hija, quien presentaba anorexia nerviosa. (González et al., 2013)

González et al. (2013) destacan que la joven presentó conductas rígidas fluctuando entre el control y la impulsividad. Llevaba una relación conflictiva con sus padres; siendo la confidente para la madre. Su padre, por su parte, era bastante exigente y rígido.

De acuerdo a dicha investigación, la rigidez y el control por parte de alguno de los padres, así como también la pérdida de jerarquías en la familia son elementos relevantes en la aparición y mantenimiento de la anorexia. Los investigadores destacan que los padres parecen ser incapaces de darse cuenta de las manifestaciones del padecimiento, pero sin embargo se encuentran sobreinvolucrados con la hija. Plantean que la percepción que se tenga del trastorno por parte de la familia, por lo tanto, tiene un papel importante a la hora de la intervención y la respuesta al tratamiento. (González et al., 2013)

A continuación se expone otra de las investigaciones halladas la cual se trata de un estudio exhaustivo que ha buscado caracterizar la estructura familiar de dos generaciones en mujeres con anorexia o bulimia, la generación de abuelos y la de padres. (López, & Nuño, 2009)

López y Nuño (2009) recabaron los datos a través de entrevistas semi estructuradas a ocho jóvenes con tratamiento en alguna de ambas patologías.

Como resultado han expuesto que la estructura familiar de ambas generaciones se caracterizó por pautas rígidas donde se visualizó gran control e inflexibilidad para asumir cambios. Por otra parte, las conductas sobreprotectoras convertía a mucha de estas familias en aglutinadas. En algunas de las generaciones de abuelos se describió que ejercían control rígido, sobre sus hijos y sobre sus nietos. (López, & Nuño, 2009)

Las pautas de la familia contemporánea fueron más aglutinadas entre padres-hijas y desligadas y rígidas entre madres-hijas. La estructura familiar también estuvo caracterizada por la formación de coaliciones y estilos comunicativos que ubicaron a la joven entre ambos padres, en una especie de conflicto de lealtades con ausencia de

límites generacionales. Aspecto que subraya un juego parental caracterizado por un divorcio emocional. (López, & Nuño, 2009)

Por otra parte, las pautas de comunicación establecieron mensajes de doble vínculo que se relacionaban con la imagen ideal, pero como contrapartida rechazando a la vez la búsqueda de ese ideal. (López, & Nuño, 2009)

Con este estudio López y Nuño (2009) han advertido que las características de estas familias que oscilan entre la rigidez y el aglutinamiento, no permiten asumir nuevas reglas, de este modo terminan por favorecer el mantenimiento del síntoma. Proponen considerar a la familia como parte esencial del tratamiento de la anorexia, ya que entienden que las pautas de interacción que manejan hacen detener la búsqueda del uso de servicios de salud.

REFLEXIONES FINALES

La presente monografía ha significado el acercamiento a un campo temático diferente en lo que respecta al tránsito personal por Facultad de Psicología. La Teoría Sistémica es abordada en algunos ciclos, aportando una visión de las distintas teorías psicológicas, pero no es el caso de los trastornos de la alimentación y en particular de la anorexia nerviosa. A ello se debió el interés por conocer esta enfermedad, al decir de Anzalone (2010) "síntoma contemporáneo". (p.37)

¿Es la anorexia nerviosa producto de la contemporaneidad? Si bien diferentes autores trabajados como Dio (2000), Gamero (2002) y Tato (2006) mencionan que en la antigüedad existían casos de anoréxicas que dejaban de alimentarse para rendirle culto a Dios, la anorexia nerviosa como patología se ha patentado en el siglo XIX a raíz del aumento en los casos. Como se ha planteado existen múltiples factores que inciden en la conformación de esta enfermedad, entre ellos factores psíquicos que pueden ser predisponentes a la tendencia abusiva (el abuso al ayuno y a las dietas), lo que se refleja en los subtipos de anoréxicas que plantea Selvini Palazzoli (1999). Sin embargo se trata de un trastorno que involucra mucho más que no alimentarse, implica también una percepción distorsionada del propio cuerpo, implica no comer por seguir modelos estéticos que nos ofrecen los medios masivos de comunicación diariamente como sinónimo de belleza, ello hoy en día se acrecienta con las redes sociales, en este espacio las personas tienen la libertad de brindar variada información, pudiendo fomentar determinadas prácticas insanas para verse delgados/as. Este aspecto sí podría apelar a la influencia que ejerce la época contemporánea en esta patología, como plantea Tato (2006) la cultura de hoy exalta determinados estereotipos para insertarnos con éxito en la sociedad.

Cuerpos estilizados, dietas, promociones para bajar de peso, entrenamientos deportivos extremos como sinónimo de salud, por otro lado se fomenta el consumo de comida chatarra constantemente, creando una gran confusión en el espectador. Ante ello es de suponer que este trastorno afecte principalmente a los adolescentes, como plantean Stierlin, y Weber (1997) la adolescencia se trata de una etapa del desarrollo plagada de cambios, los cuales no solo vienen dados por las modificaciones en el cuerpo físico, sino que ello trae aparejado repercusiones en el psiquismo. El adolescente experimenta la vinculación con grupos de pares y el alejamiento de su familia, ya no se encuentran en sintonía con todo lo que plantean sus padres, sino que

empiezan a confrontar con estos. Cambios de humor, angustias por abandonar el niño que eran, la asunción de un nuevo cuerpo y la entrada a un nuevo mundo, con distintas responsabilidades, hace que los jóvenes se encuentren más a merced de ser atravesados por todo aquello que “nos venden” los medios masivos.

La anorexia nerviosa se trata de un trastorno de la alimentación producto de la confluencia de estos múltiples aspectos mencionados. Sin embargo no solo los factores sociales, evolutivos y psíquicos contribuyen en la génesis y mantenimiento de esta enfermedad, de los cuales se podría hacer una monografía específica. Este trabajo ha buscado profundizar en el rol de la familia, en los patrones de interacción entre los miembros de la familia anoréxica que fomentan a la perpetuación de los síntomas del enfermo, para lo cual se ha privilegiado una mirada sistémica.

La Teoría Sistémica ha brindado una óptica diferente de pensar al individuo, a los grupos, a la familia y a la sociedad a partir de la década del 50. Como plantean Watzlawick y Ceberio (1988) este modelo teórico ha significado salir de concepciones dicotómicas, de causa-efecto, para pensar en términos circulares, comprender que cualquier modificación en una de las partes, y en las relaciones entre ellas, repercute en el sistema todo. Ello aportó a la Psicología una perspectiva amplia para la comprensión del sujeto dando nacimiento a la Terapia Familiar Sistémica.

La importancia de cambiar el lente cuando una enfermedad aqueja a un paciente, teniendo en cuenta no solo a ese sujeto particular, sino ampliar la visual hacia los modos de interacción que ese individuo tiene con su entorno, es de vital importancia en el qué hacer del Psicólogo. No somos sujetos aislados, formamos parte de una familia, de un barrio, una ciudad, un país, un mundo del cual no estamos ajenos sino que incidimos en él con nuestras acciones.

Como sostienen Minuchin y Fishman (1985) la familia se encuentra en constante transformación a causa de las demandas que imponen sus propios miembros y también la sociedad. A través de mecanismos de feedback negativo la familia tiende a la homeostasis, mientras que el feedback positivo le va a permitir transformarse y adaptarse a nuevas circunstancias. Estos procesos tienden a complementarse, sin embargo en el caso de las familias anoréxicas parece prevalecer la tendencia al equilibrio, cerrándose las fronteras para con el exterior. En su mayoría los autores coinciden en que esta enfermedad afecta la dimensión flexibilidad rigidez en los límites familiares, no solo en la vinculación con el afuera, sino entre los diferentes subsistemas.

El término “familias aglutinadas” que utiliza Minuchin (1979) refleja claramente a las familias anoréxicas. Aglutinar refiere a “Unir, pegar una cosa con otra” (Real Academia Española, 2014), estas familias pareciera que tienden a unirse, a pegotearse, a superinvolucrarse, a aplacar los conflictos. Su sentido de pertenencia es tan exaltado que ello no solo perjudica la relación con grupos de pares, sino que afecta principalmente a sus miembros. Se comienzan a desdibujar los límites generacionales entre padres e hijos, a confundir los roles, a disiparse las jerarquías. “Todos somos uno”, no hay padre, madre, hijo, hermano, porque ninguno goza de autonomía, en pos de asegurar la unión familiar.

Los extremos tienden a unirse, estas familias tan rígidas, tradicionalistas, padres que buscando cumplir rigurosamente su rol siguiendo los estándares que exige la cultura, acaban por transmitir a sus hijos mensajes contradictorios. En esa búsqueda interminable por ser buenos padres se genera una competencia entre ambos, olvidando el vínculo de pareja que es lo que les brinda a los hijos la matriz identificatoria sexual y vincular como sostiene Vidal (2001). Queriendo evitar las alianzas, terminan por conformarse triangulaciones rígidas según Onnis (1990), involucrando a los hijos en los conflictos maritales para que oficien de mediadores en la comunicación entre sus padres. El autor plantea que el hijo involucrado es aquel propenso a desarrollar una sintomatología.

Otro problema que trae la rigidez en la familia, es la poca tolerancia a los cambios, y entre estos se encuentran los evolutivos. Cuando los hijos entran en la adolescencia comienzan a experimentar la vinculación con el afuera. Si la familia tiene poca tolerancia a las desestabilizaciones que ello provoca, buscará mantener las reglas a las que estaban acostumbrados obviando los cambios del hijo adolescente, incrementando el control hacia este como si todavía fuese un niño. Al parecer ello es lo que sucede en algunos casos de anorexia, los padres no asumen estas diferencias y el joven a través del cuerpo expresa la disconformidad que ello le causa ¿Y qué mejor que a través del cuerpo, el cual está viviendo cambios físicos importantes?

Los síntomas del anoréxico terminan por hacerse necesarios para la evolución de la familia, resulta paradójico porque si bien el enfermo (aquel tal vez más predispuesto por su propia estructura de personalidad, por su edad, por los factores sociales que en él repercuten) busca denunciar una situación familiar disfuncional a través de sus síntomas, por otro lado permite perpetuar los modos de interacción de la familia toda y así mantenerla unida. Los demás miembros se amoldan a esta situación,

señalando a uno como el “enfermo”, y evitando asumir una situación compleja de la que todos participan. He aquí lo que se planteó al comienzo en palabras de Minuchin (1978) en este proceso no existen víctimas ni victimarios, se trata de una patología que circularmente protege a toda la familia.

Los estudios realizados por los autores trabajados consagran un panorama amplio de familias con integrantes anoréxicos. Ello permite advertir ciertos patrones de interacción en estas familias como posibles influyentes en la aparición y mantenimiento de la patología. Sin embargo la familia como sistema abierto supone el principio de equifinidad, lo que significa que no siempre partiendo de los mismos orígenes se va a llegar a finales similares. Esta propiedad de los sistemas abiertos permite la transformación, la evolución y lo aleatorio. Cada familia es única y particular, por lo tanto cada situación familiar va a ser diferente.

Este trabajo ha pretendido brindar un aporte que genere visibilidad en esta enfermedad compleja, tan frecuente en la actualidad como es la anorexia nerviosa. Los tratamientos son de gran importancia, al tratarse de una patología multideterminada requiere de una asistencia integral que incluya a la familia. En este sentido, la terapia familiar sistémica posee herramientas para trabajar con esta problemática, entendiendo que aunque el que asista a terapia sea solo un miembro de la familia, los cambios que se produzcan en este, van a repercutir en todo el sistema. En cambio si se considera solamente al paciente identificado como el portador de la problemática se estarán ignorando los patrones de interacción que la perpetúan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolo-Corigliano, A. M. (1989). *Detrás de la máscara familiar, La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Anzalone, E. (2010). La anorexia como síntoma de la contemporaneidad. En Anzalone, E., Bafico, J., González Imáz, M., *La actualidad del síntoma*. (pp. 37-43) Montevideo: Psicolibros, Waslala.
- Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Botella, L., & Vilaregut, A. (s. f.) *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Recuperado de: <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>
- Brisac, G. (1999). *Pequeña*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Díez, I. (2005). *La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar*. Recuperado de: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>
- Dio, E. (2000). Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis* n° 4. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=103&a=Anorexiabulimia-Un-intento-de-ordenamiento-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>
- DSM-IV-TR, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson s.a.
- Fernández, M. Á (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(006). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12822/12141>
- Fundación Manantiales (s. f.). *Tratamientos Bulimia y Anorexia*. Recuperado de: http://www.manantiales.uy/bulimia_anorexia.php
- Gamero, C. (2002). Introducción. En La insoportable levedad del nunca comer. *Revista Vivat Academia*, n° 36. Recuperado de: <http://www2.uah.es/vivatacademia/anteriores/n36/ambiente.htm#16>

- González, L., Romero, M., Rascon, M., & Caballero, A. (2013). *Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58225671005.pdf>
- López, B., & Nuño, B. (2009). *Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091i.pdf>
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. (1985). *Calidoscopio Familiar, imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2009). *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-S.pdf>
- Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los trastornos psicossomáticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Real Academia Española, (2014). *Diccionario de la lengua Española*. Recuperado de: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Riviere, P. (1982). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez, B. (1995). *La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia*. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15465/15325>
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Speier, A. (1986). *Silvina: Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stierlin, H., & Weber, G. (1997). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura comprensión y tratamiento de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Gedisa.

- Tapia, C. (2014). *El 14 % de jóvenes de edad liceal sufren bulimia o anorexia*. Recuperado de: <http://www.elpais.com.uy/informacion/jovenes-edad-liceal-sufren-bulimia.html>
- Tato, G. (2006). *Mensajes del cuerpo: enfoque psicosomático del enfermar*. Montevideo: Trilce.
- Vidal, R. (1991). *Conflicto psíquico y estructura familiar*, Montevideo: Ciencias.
- Vidal, R. (2001). *Conflicto psíquico y estructura familiar. Sistemas abiertos: interacciones entre consciente e inconsciente, realidad psíquica y realidad, determinismo y azar*. Montevideo: Psicolibros.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H, & Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder
- Watzlawick, P., & Ceberio, M. (1988). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder.