



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA DESDE EL PUNTO DE
VISTA SISTÉMICO**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORA: MARÍA FERNANDA CORONEL PEÑAHERRERA

DIRECTOR: DR. JUAN AGUILERA

CUENCA- ECUADOR

2007

Dedicatoria:

A Dios, a mis padres Eugenio y Judith dedico este trabajo monográfico, por el apoyo incondicional que me brindan todos los días de mi vida.....

Agradecimientos:

En primer lugar agradezco a Dios por brindarme la sabiduría suficiente para desempeñar esta investigación, a mis padres, a mi esposo, a mi director Dr. Juan Aguilera por haberme guiado en la elaboración de dicho Trabajo Monográfico, agradezco a profesores y compañeros que supieron impartir sus conocimientos y agradezco al Sr. Paúl Castro y a mi gran amiga Carolina Ramírez por el apoyo incondicional en esta etapa de mi vida.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de Contenidos.....	iv
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
1.- Introducción.....	1
2.- Objetivos.....	2
2.1- Objetivo general.....	2
3.- Capitulo I.....	3
3.1.- ¿Que es un desorden Alimenticio?:.....	3
3.1.1- Concepto:.....	3
3.1.2 Clasificación de TCA.....	3
3.2.- Anorexia Nerviosa.....	4
3.3- Bulimia Nerviosa.....	5
3.4- Comedor Compulsivo y Obesidad.....	5
3.5.- El Cerebro y los Desordenes Alimenticios.....	8
4.- Capitulo II.....	12
4.1.- Teoría Sistémica.....	12

4.1.2.- Una Mirada Sistémica a los Desordenes Alimenticios.....	12
4.2.- Teoría General de los Sistemas y su Aplicación al Estudio de las Familias.....	16
4.3.- Terapia Sistémica como se Utiliza en los TCA.....	24
5.- Capitulo III	
5.1.- Hacia una Conceptualización de la Familia Como Sistema.....	27
5.2.- Conceptualización de la Estructura Familiar.....	27
5.3.- Sistemas de Creencias Familiares.....	32
5.4.- La Estructura Familiar.....	33
5.5.- Antecedentes Familiares.....	45
6.- Capitulo IV.....	47
6.1.- Signos, Síntomas y Tratamiento para TCA.....	47
6.1.1.-Reconozca los Síntomas	47
6.2.- Tratamiento para el TCA.....	48
6.3.- Relación entre Trastornos de la Conducta Alimentaría y Determinadas Características de la Personalidad.....	59
6.4.- Testimonio de una persona que ha sufrido Trastornos de Conducta Alimentaría.....	61
7.- Conclusiones.....	67

Resumen:

En los últimos años se ha presentado un nuevo problema de salud con una elevada mortalidad como son: los Trastornos de la conducta alimenticia que afectan a mujeres comprendidas entre doce y veinticinco años con factores de riesgo como: estrés emocional, padres sobre protectores, separados, alcohólicos, adicciones, que presenten factores hereditarios y la presión social por estar delgado.

Para esto conoceremos el enfoque sistémico que ayudara a tratar los subsistemas familia y pacientes con óptimos resultados.

Conocer la visión que tiene la terapia sistémica acerca de los trastornos de la conducta alimenticia y las características de las personas que la padecen

Abstract:

A new health problem with a high death rate has appeared in the last few years. This is an eating disorder that affects twelve to twenty-five year-old women. Risk factors include emotional stress; overprotecting separated, alcoholic, or addicted parents, hereditary factors; and de social pressure for being slim.

The systemic approach will help to treat the family and patient subsystems with optimal results. It is important to know the vision of the systemic therapy about eating disorders and de characteristics of the people who suffer from it.

1.- INTRODUCCIÓN

Hasta hace unas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria o TCA (anorexia, bulimia y obesidad) han sido considerados un problema de salud por la magnitud de los síntomas, esta ha sido abordada a través de estudios que explican que se dan por los aspectos genéticos, biológicos, clínicos e influencias del medio.

La población que padece de anorexia, bulimia y obesidad, suele asumir conductas de falta de conciencia de la enfermedad, por lo que es una población de difícil acceso de ahí la importancia de hacer un estudio de estas conductas, sus características y consecuencias.

Es difícil que en una sociedad donde actualmente se crean mitos, especulaciones y complicaciones alrededor de las cosas mas sencillas se evite que las personas caigan en enfermedades y trastornos relacionados con la autoestima, la imagen y la moda.

Los trastornos alimenticios como su nombre lo dicen giran al rededor de la alimentación, por esto es difícil combatirlos ya que comer es el eje de nuestra cultura, comer es necesario para el organismo, pero desafortunadamente se han creado muchos mitos alrededor de la comida. En cada cultura existe un concepto de belleza, por ejemplo en alguna tribus indígenas africanas las mujeres con cuello largo o labios gruesos son las mas atractivas, antiguamente en china las mujeres con pies pequeños y corto caminar eran considerada como sex símbolo.

En occidente el concepto que hemos desarrollado de belleza es la delgadez. Actualmente más de la tercera parte de la juventud quiere adelgazar, debido a la presión que el medio ejerce sobre esta. La Anorexia, la Bulimia y la Obesidad, causa que la vida de quien la padezca gire alrededor de la comida pero no la pueda consumir, esto hace que se insoportable vivir con ella. Los trastornos alimenticios se propagan con la efectividad de un virus aunque no lo son.

2.- OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GENERAL

Conocer la visión que tiene la terapia sistémica a cerca de los trastornos de la conducta alimenticia y las características de las personas con TCA (anorexia, bulimia y obesidad) y la influencia del medio.

2.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conceptualizar y determinar los trastornos de la conducta alimenticia.
- 2.- Determinar los conceptos que la Teoría Sistémica señala sobre los trastornos de la conducta alimenticia.
- 3.- 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.
- 4.- Etiología del problema, tratamiento, testimonios con TCA

3.- CAPITULO I

3.1.- ¿QUE ES UN DESORDEN ALIMENTICIO?:

3.1.1- CONCEPTO:

Existe cuando las actitudes de una persona hacia la comida y el peso, son tales que los sentimientos hacia el trabajo, escuela, relaciones, actividades diarias y emociones, son determinadas por lo que se ha o no se ha comido o por un número en la báscula (Siegel, Brisman y Weinshal, 1988). Las personas que sufren un desorden en la alimentación se caracterizan por:

Extremistas en cuanto a consumo de alimentos, que puede manifestarse por una pérdida severa de peso, rápidos aumentos de peso, o fluctuaciones muy importantes en peso.

Esta a disgusto con su imagen corporal, a menudo acompañado de una distorsionada percepción de las señales del cuerpo (hambre, enojo, fatiga, etc.).

Prácticas poco saludables para mantener el peso, como son: ayuno, inanición, comer compulsivamente, uso indiscriminado de laxantes, medicamentos para bajar de peso, diuréticos y exceso de ejercicio. Un miedo irracional a engordar y un deseo obsesivo de adelgazar. Los dos desórdenes más comunes son la **Anorexia Nervosa y la Bulimia Nervosa Y Obesidad.**

3.1.2 CLASIFICACION DE TCA:

Los trastornos alimenticios se clasifican en:

- Anorexia Nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Comedor compulsivo
- Obesidad

3.2.-ANOREXIA NERVIOSA

Es el trastorno alimenticio más común entre mujeres adolescentes actualmente. Se caracteriza principalmente por la alteración de la percepción corporal, quiere decir que quien la presenta se siente gordo, por ende deja de comer y se rehúsa a mantener el peso mínimo establecido por su edad y estatura, hasta el 15% menor del peso ideal.

Las personas anoréxicas usualmente son muy buenas personas, consientes, trabajadoras y buenas estudiantes. Tienden a tratar de complacer a todo el mundo, buscando la aprobación y evitando conflictos. Se preocupan por cuidar a los demás y estriban en la perfección, pero debajo de ésta actitud, se sienten inseguras e inadecuadas. Quieren ser especiales, para sobresalir de entre las masas. Tratan de alcanzar éste objetivo perdiendo peso y conservándose delgadas. La anorexia, al igual que la bulimia pueden matar.

Distorsión de una imagen corporal. Se refiere así misma como gorda, cuando es obvio que no lo está.

En las mujeres, ausencia de al menos tres períodos menstruales consecutivos sin razones aparentes o incapacidad para iniciarlos en las adolescentes prepúberes (se considera que una mujer tiene ausencia de menstruaciones si sus períodos ocurren solamente después de la administración de medicamentos hormonales). Ejercicio compulsivo.

3.3- BULIMIA NERVIOSA

Se caracterizan por episodios frecuentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vomito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio, como en la anorexia existe una alteración de la percepción.

Las personas bulímicas usualmente tienen problemas de ansiedad, depresión e impulsividad. Suelen ser muy dependientes de su familia aunque profanan lo

contrario. Muchos tienen problemas para confiar en los demás y tienen pocas relaciones afectivas satisfactorias. La bulimia, al igual que la anorexia pueden matar.

A veces el comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia por sí misma no produce pérdidas importantes de peso. Lo que sí produce a veces, debido a los vómitos provocados, son problemas gastrointestinales e hipopotasemias (concentraciones bajas de potasio en sangre) graves, así como lesiones en los dientes debido a la acidez de los vómitos.

La bulimia aparece sobre todo en adolescentes, en especial en las mujeres debido a mecanismos psicológicos; el más obvio es la respuesta a la presión social que valora la delgadez como atractivo físico, pero también por las dificultades para asumir un cuerpo sexuado. Para tratar la enfermedad se utilizan diversas terapias de grupo y terapias de condicionamiento. Los antidepresivos pueden también ser efectivos, pues muchos de los bulímicos sufren también depresión.

3.4- COMEDOR COMPULSIVO Y OBESIDAD.

El comedor compulsivo, también llamado Desorden de la Alimentación por Comilonas, es un síndrome de comilonas persistentes y frecuentes que no son acompañadas por los comportamientos compensatorios de purgación que se requieren para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa.

Las comilonas en el comedor compulsivo son definidas exactamente igual que en la bulimia nerviosa, es decir, la ingestión de grandes cantidades de alimento en circunstancias específicas, así como la pérdida de control sobre lo que se come, la cantidad que se come y cuándo se come.

Come rápidamente

Come hasta el punto en que está incontrolablemente satisfecho

Usualmente come a solas

Muestra irritabilidad y enojo consigo mismo después de la comilona.

Se siente incapaz de controlarse. Tiene historias de haber intentado todo tipo de dietas

El comer le ayuda a disminuir su ansiedad y estrés. Se siente avergonzada de su figura. Inicia una dieta nueva cada mañana

Visita a todos los "doctores de dieta" sin éxito o con éxitos temporales

Esconde comida

Se siente muy culpable por sus comportamientos hacia la comida.

Usualmente es una persona obesa y deprimida.

Cuando logra disminuir de peso, generalmente lo recupera en forma rápida.

En contraste con los pacientes bulímicos, que usualmente utilizan el ejercicio como una conducta compensatoria y se exceden en el mismo consistentemente, los comedores compulsivos tienden a ser inactivos. Constantemente los invaden sentimientos de culpa, vergüenza, coraje. . Existe un pequeño grupo de personas que purgan en forma ocasional, pero no con la regularidad con que lo hacen los que padecen bulimia.

Pueden estar genéticamente predispuestos a tener un peso mayor al que se considera el ideal cultural, así es que por eso se someten a diferentes dietas, se "matan de hambre", y luego tienen una comilona como respuesta a esa hambre. O pueden comer por razones emocionales: para sentirse mejor con ellos mismos, para consolarse, para escapar de situaciones que los molestan, para esconder su dolor. Los programas de dieta no son la respuesta adecuada ya que las dietas generalmente empeoran el problema.

El tratamiento del comedor compulsivo debe incluir manejo médico, lograr la normalización en la forma de comer a través de una terapia nutricional adecuada, rutina de ejercicios, terapia psicológica individual, familiar y de

pareja, terapias de grupo, medicamentos para mejorar la depresión y la ansiedad, y en algunos casos, hospitalización.

Obesidad: Es la condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa en el tejido adiposo bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como el músculo. En condiciones normales ésta constituye el 25% del peso corporal en mujeres, y el 15% en los varones.

El depósito de grasa, cuya capacidad energética es dos veces superior a la de proteínas o carbohidratos, es una forma de almacenamiento energético para necesidades futuras. Sin embargo, cuando estas reservas grasas son excesivas representan un problema de salud. Los datos de las compañías de seguros demuestran que las personas cuyo peso sobrepasa en un 30% el peso ideal tienen mayor riesgo de padecer enfermedades, y de manera especial niveles altos de colesterol, diabetes, enfermedades de la vesícula, trastornos cardiovasculares, hipertensión, algunas formas de cáncer y artritis; asimismo, las intervenciones quirúrgicas suponen un mayor riesgo en este grupo de pacientes. La mayoría de los comedores compulsivos son obesos.

2. Índice de masa corporal

.BMI = peso actual / (altura²)

Considerando el peso de actual de la persona en kilogramos y su altura en metros.

El valor de efectuar esta operación, se debe comparar con la siguiente tabla:

Referencia	Valor mínimo	Punto de corte	Valor máximo
d3		deficiencia nutricional en 3er grado	16
d2	16	deficiencia nutricional en 2do grado	17
d1	17	deficiencia nutricional en 1er grado	18,5
bp	18,5	bajo peso	20
normal	20	normal	25
sp	25	sobrepeso	30
o1	30	obesidad en 1er grado	35
o2	35	obesidad en 2do grado	40
o3	45	obesidad en 3er grado	

Causas de la Obesidad

La obesidad sólo es debida a trastornos del sistema endocrino en contadas ocasiones. En la mayor parte de los casos, la obesidad es la consecuencia de un aporte de energía a través de los alimentos que supera al consumo de energía a través de la actividad; este exceso de calorías se almacena en el cuerpo en forma de grasa. Sin embargo, el metabolismo basal, la mínima cantidad de energía necesaria para mantener las actividades corporales, varía de una persona a otra, de manera que hay personas que utilizan, de manera natural, más calorías para mantener la actividad corporal normal. La obesidad puede también deberse a la falta de actividad, como sucede en las personas sedentarias o postradas en cama.

En el desarrollo de la obesidad influyen diversos factores, además de los que ya se han mencionado, como factores genéticos, o factores ambientales y psicológicos. Se ha observado que hijos adoptados con padres biológicos obesos tienden a tener problemas de sobrepeso aunque sus padres adoptivos no sean obesos. Sin embargo, todavía no está claro cómo los genes influyen en la obesidad. Estudios realizados en ratones pusieron de manifiesto que cuando determinados genes faltaban o estaban mutados se facilitaba el desarrollo de la obesidad. Sin embargo, estas investigaciones no han tenido el mismo resultado en humanos. Por otro lado, los hábitos alimentarios familiares y sociales también tienen importancia y muchas veces se recurre a una ingesta excesiva de comida en situaciones de estrés y ansiedad.

3.5.- EL CEREBRO Y LOS DESORDENES ALIMENTICIOS

Las mujeres están en mayor riesgo de sufrir de desórdenes alimentarios debido a la manera en que sus cerebros procesan la información. Las mujeres parecen ser más sensibles a la apariencia física.

Un grupo de científicos descubrió que el cerebro femenino responde de manera diferente que el masculino cuando está expuesto a ciertas palabras relacionadas a la imagen física.

Los descubrimientos podrían aportar una explicación al por qué por cada hombre 10 mujeres desarrollan la anorexia y bulimia.

Los desórdenes alimentarios constituyen un gran problema en Gran Bretaña. Se calcula que por lo menos 165.000 personas, 90% mujeres, sufren de alguno y que una de cada 10 morirá por causa de su condición

Tanto la anorexia, la bulimia, como la obesidad están estrechamente vinculadas a las enfermedades mentales.

En la actualidad, la mayoría de las muertes entre pacientes psiquiátricos ocurre entre los que padecen de uno de estos desórdenes alimentarios. Pero hasta el momento, no se había encontrado una explicación al por qué las personas sufren de estos males.

A pesar de que la composición genética influye de alguna manera, los problemas con la alimentación también pueden ser el producto del estrés en la escuela, depresión y hasta la pérdida de un familiar o amigo.

El último estudio se inclina hacia una causa fisiológica.

Los científicos utilizaron 13 hombres y 13 mujeres y los expusieron a una serie de exámenes en los que se les pidió que leyeran dos grupos de palabras.

Palabras desagradables De cada hombre que sufre de un desorden alimenticio, 10 mujeres lo padecen.

Uno consistía de palabras desagradables que describían la imagen física, mientras que el otro era un grupo de palabras neutrales. A cada persona se le pidió que clasificara las palabras de acuerdo a cuán agradable o desagradable le parecían.

Al mismo tiempo, los investigadores captaron el funcionamiento de sus cerebros, utilizando imágenes de resonancia magnética para medir cuáles partes del cerebro se activaba más durante el experimento. Los resultados mostraron que, entre las mujeres, las palabras desagradables estimulaban una

parte del cerebro llamada la amígdala, que se activa cuando una persona cree que está en peligro.

Pero entre los hombres, esta parte del cerebro mostró poca actividad durante las pruebas. En cambio, usaron una parte del cerebro llamada corteza medial prefrontal, que se vincula a la racionalización de la información.

"La falta de activación en la amígdala entre los hombres sugiere que ellos tal vez no procesen las palabras desagradables sobre la imagen física como información amenazadora, mientras que las mujeres sí lo hacían", dijeron los científicos.

"Nuestros resultados sugieren que los hombres procesaron las palabras de manera más cognitiva que emocional. Por el otro lado, las mujeres las procesaban de manera más emocional".

Comedor nocturno

El síndrome del comedor nocturno, en inglés Night Eating Síndrome (NES) se refiere al acto de despertar y levantarse de la cama para comer compulsivamente o bulímicamente. Es frecuente en los hombres.

Desorden Afectivo Estacional

En 1980 se describieron los rasgos diferenciales de una enfermedad afectiva que implicaba la depresión otoñal o invernal recurrente. Siendo una de sus características el aumento del apetito, especialmente de comidas dulces e hidratos de carbono que provocan aumento de peso.

Ortorexia

Este padecimiento consiste en la obsesión patológica por la comida biológicamente pura. La clave es la actitud hacia la comida, que se considera patológica si cambia el estilo de vida. Esa actitud conlleva unas consecuencias que van desde el desarrollo de intolerancia a algunos alimentos y alergias hasta desequilibrios nutricionales.

Vigorexia

Es un desorden emocional consistente en la percepción distorsionada de las características físicas, de modo similar a como sucede con la anorexia, pero a la inversa. La persona afectada de vigorexia nunca está lo bastante musculosa, lo que le lleva a realizar pesas de forma compulsiva, hasta que su cuerpo alcanza desproporciones grotescas.

¿Cuáles son las causas de los desórdenes de alimentación?

Pese a que no existe una causa específica, los expertos sugieren que una variedad de factores pueden incrementar el riesgo de que se presenten. Los desórdenes de alimentación pueden presentarse por factores físicos, emocionales, sociales o familiares.

Por ejemplo, una persona joven que tiene un pariente cercano con un desorden de alimentación, o cuyos padres o hermanos lo critican constantemente, puede desarrollar un trastorno de alimentación. Los desórdenes de alimentación pueden ser comunes también en personas que presentan depresión, desorden obsesivo-compulsivo y otras formas de desórdenes de ansiedad. La gente joven con frecuencia desarrolla desórdenes de alimentación al lidiar con los cambios de la adolescencia.

Además, pueden ser influenciados por las imágenes que muestran los medios de comunicación de adolescentes irrealmente delgados. Atletas, bailarines, gimnastas, figuras de patinaje podrían sucumbir a los desórdenes de alimentación por la presión extrema de tener cuerpos delgados.

4.- CAPITULO II

4.1.- TEORIA SISTEMICA

4.1.2.- UNA MIRADA SISTEMICA A LOS DESORDENES ALIMENTICIOS

La comida es una parte esencial de la vida; es necesaria para sobrevivir. Cuando una persona se encuentra bajo estrés, el apetito y la forma en que ve la comida muchas veces se ven afectados. Puede perderse el interés en comer, puede comerse más de lo usual o anhelar intensamente cierto tipo de comidas. Comúnmente, todo esto se pasa cuando se resuelven las dificultades y la vida retorna a la normalidad.

Sin embargo, para algunos, la comida puede convertirse en una preocupación abrumadora, hasta el punto de terminar dominando sus vidas. Es muy común que las personas – especialmente las mujeres – se encuentran insatisfechas con su peso y su figura. Desde los medios de comunicación, la presión es constante para que creamos que "flaco" significa "lindo, exitoso, feliz" y "gordo" significa "poco atractivo e indeseable", ya los varones jóvenes están más propensos a sufrir uno de estos trastornos.

Esta preocupación por la comida puede parecer la única forma de manejar el estrés o la incertidumbre, provocando una gran confusión, inclusive daños reales al cuerpo, como:

- El cuerpo puede sufrir daños internos por la pérdida excesiva de peso y falta de las sustancias que el organismo necesita.
- El cuerpo puede volverse muy sensible a temperaturas extremas.
- Es común sentirse débil y con poca resistencia para llevar el ritmo diario de nuestras actividades.
- En el caso de las mujeres, el ciclo menstrual puede verse afectado.
- El ritmo habitual de sueño puede verse perturbado.
- Hay depresión o decaimiento, y cambios constantes en el humor.

Conoce la terapia sistémica:

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar adquirió desarrollo desde las décadas de 1950 y 1960, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Debido a que en sus comienzos se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de

terapia familiar sistémica, como una manera genérica de mencionar a las lecturas sistémicas que se ocupa de las organizaciones humanas en general. Las lecturas sistémicas se basan en diferentes teorías y lecturas epistemológicas. A grandes rasgos la terapéutica apoyada en concepciones sistémicas (Terapia familiar sistémica TFS, Terapia de pareja, o en grupos) se nutre principalmente de tres grandes fuentes.

Teoría General de Sistemas

Cibernética o "Feedback"

Teoría de la Comunicación

Por un lado en la Teoría General de Sistemas, según la cual un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto).

Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la "totalidad", y no en "sumatividad", porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

La otra gran fuente teórica que sirve como base de sustentación es la cibernética. El concepto de "Feedback", determina que cualquier conducta de un miembro de un sistema se transforma en información para los demás. En este sentido se habla entonces de feedback positivo o negativo, según que las acciones favorezcan o tiendan a corregir acciones. La cibernética toma el concepto de "Homeostasis", según el cual a partir del feedback se tiende al mantenimiento de la organización del sistema.

La teoría de la comunicación, sirve como la tercera gran fuente de desarrollo teórico. Se toma partida en un axioma básico. "Es imposible no comunicar", en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (incluso el silencio o la mirada, o la indiferencia dirían: "prefiero ignorarte", pero siempre comunican algo).

Por lo que la teoría general de los sistemas se interesa por la manera en que los participantes en la comunicación, marquen, pauten o dividan las secuencias de comunicación, y como estas se acomodan como causas y efectos de las interacciones. La terapia basada en aspectos sistémicos, se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio.

La terapia sistémica utiliza también conceptos evolutivos, por ejemplo al considerar diferentes etapas de desarrollo, por ejemplo de un sistema familiar (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia, maduración). De esta manera cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra. La manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización, etc.

Toda organización busca su estabilidad mediante diversos procesos. Y desde esta estabilidad sobreviene el caos, el desorden, que no es más que el principio de un nuevo ordenamiento diferente, que seguramente será un nuevo estado con mayor experiencia y de mayor complejidad. Por lo tanto esto implica una idea de salud que incluye el desorden. En este sentido la terapéutica se ocupa de los sistemas estructurales de las relaciones, de los subsistemas basados en uno mayor, de la integración de los miembros en él, del respeto

hacia cada uno de los miembros (protegiendo la diferenciación de cada uno), de las nueva y viejas reglas de conducta de cada sistema o subsistema (límites familiares, alianzas internas). Desde esta perspectiva la terapéutica tiene un amplio campo de acción. Trabaja sobre las jerarquías, la permeabilidad de los miembros y las formas de organización de los sistemas.

Se observan dos tipos de sistemas, los aglutinados (límites difusos de familias o grupos) o los sistemas llamados desligados (límites rígidos). Los sistemas aglutinados desdibujan los roles de cada uno de sus miembros, exagerado el sentido de pertenencia y desdibujando la autonomía personal, inhibiéndose la autonomía (por ejemplo de los niños). En estos sistemas pierden diferenciación los subsistemas, todos los miembros sufren cuando uno lo hace, y cualquier modificación de la estructura del sistema modifica al resto. En cambio los sistemas desligados se organizan de manera en que en los casos más extremos, cada miembro constituye un pequeño subsistema, porque si bien se relacionan, lo hacen escasamente, por lo que se manifiesta un amplio sentido de independencia y tolerancia a las variaciones entre sus miembros. En estos casos la influencia de cada uno de los miembros no influirá en demasía en los demás. La clave de la intervención sistémica es introducir un cambio significativo en la interacción de los miembros de un sistema que haga innecesaria la manifestación sintomática de uno varios miembros.

En la práctica se suscitan diferentes enfoques que el terapeuta no debe dejar de tener en cuenta, por ejemplo los dichos de un médico, de un docente o un familiar, o un compañero de trabajo de un paciente dado no tienen porque coincidir, porque no importa cual es la idea de mayor veracidad, sino que se pueda producir otro tipo de relaciones. Para ello el psicoterapeuta recurrirá a diferentes alianzas terapéuticas, y podrá intervenir utilizando técnicas paradójales en las relaciones estereotipadas. La intervención sistémica se ocupa de las terapias llamas de parejas o intervenciones grupales. Considera que los vínculos conyugales también presentan las características de un sistema. Aquí se puede aplicar el útil concepto de “tríada rígida” entendida como los sistemas relacionales paterno-filiales en las que uno o varios de los hijos son usados (sin una necesaria intención deliberada) para evitar conflictos

familiares.

La Intervención Sistémica se diferencia de la mayoría de las demás expresiones terapéuticas, en que estas se interesan en el psiquismo humano. La intervención sistémica en cambio plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Así no interesa un individuo “enfermo” sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención. Se diferencia también de otras maneras de intervención grupal o familiar en que no considera a los miembros de un grupo familiar como apoyatura del individuo enfermo. La intervención sistémica utiliza así la interacción como elemento de trabajo y comunicación. Es así que no se atiende en el “¿por qué?” Un individuo acciona de determinada manera sino en el “¿cómo?” lo hace. De igual manera no importa quién hace qué, sino ¿cuándo? se realiza una determinada conducta.

4.2.- TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS Y SU APLICACIÓN AL ESTUDIO DE LAS FAMILIAS

Factores Familiares

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Sin embargo, se puede asegurar que no hay un tipo de familia en particular que promueva trastornos como la bulimia y la anorexia. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia. En general, los factores familiares predisponentes a la aparición de una psicopatología alimentaria son los siguientes:

- * Tener familiares obesos o que padezcan algún desorden alimentario. Tener antecedentes familiares de trastornos depresivos, obsesivos o alcoholismo.
- * Convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física.

* Perjuicios y mala transmisión de valores.

* Los antecedentes de obesidad o trastornos alimenticios son un factor predisponente importante. La mayoría de los casos de psicopatologías suelen darse porque algún familiar haya padecido trastornos u obesidad; las personas con bulimia son las que tienen mayor probabilidad de tener familiares obesos.

* Existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con trastornos alimenticios, sobre todo aquellas que sufren de bulimia.

* La concesión de una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso y el aspecto por parte de la familia predispone a la aparición de trastornos alimenticios, así como la insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres, o la presión por parte de las padres en los hijos para que "conserven la figura".

* Aceptar y mantener vigentes los prejuicios, por pequeños e insignificantes que sean, puede favorecer al desarrollo de una psicopatología.

Los niños se encuentran en la misma sociedad que los adultos y como ellos experimentan las mismas influencias. En ellas, los menores quedan mediatizados por los adultos y mayores que tienen más cerca y que son más significativos desde una perspectiva socioafectiva. La información verbal que los padres dan a sus hijos influye sobremanera en la vida de éstos y puede predisponer a la aparición de un trastorno alimenticio, sobre todo si al futuro paciente se le es transmitido el concepto de belleza y delgadez como sinónimo de triunfo en la vida.

Factores Socioculturales

Los factores sociales que predisponen a la enfermedad, e incluso la desencadenan, son muchos y muy complejos. La presión social y mediática que existe en torno a la línea y el adelgazamiento tiene un papel decisivo en la

aparición y desarrollo de la enfermedad; la moda y la publicidad incitan más frecuentemente a adelgazar que a mantener una buena salud.

Los factores socioculturales predisponentes que podrían influenciar e incluso desencadenar el curso de la enfermedad son, en general, la presión y los estereotipos sociales, que se demuestran en:

a. Los trastornos culturales, representados por la cultura de la delgadez y concesión de importancia al "Mito de la Belleza".

b. La discriminación y el rechazo social hacia los obesos.

b1. Discriminación en general.

b2. Discriminación laboral.

b3. Discriminación en cuanto al mundo de la moda.

c. La manipulación.

c1. Coacción publicitaria.

c2. Mercado del adelgazamiento.

c3. Difusión del cuerpo delgado de los modelos como estereotipo.

c4. Difusión de páginas pro-anorexia a través de Internet.

a. A partir de 1960 aproximadamente, la medicina decidió que ser obeso no era saludable. Con este concepto se buscó indicarle a las personas como llevar una mejor calidad de vida, pero también nacieron la industria de las dietas, la preocupación por la delgadez y la dictadura de la silueta. Las personas que sufren de desórdenes alimenticios encontraron en el concepto expuesto una solución "mágica" para todo: adelgazar.

En nuestra sociedad existe preocupación por la comida, las dietas, el talle. Se considera como ideal el cuerpo esbelto, y hay una creencia de que la gordura es mala. La delgadez, que se asocia, de algún modo, con belleza, elegancia,

prestigio, juventud, aceptación social, etc, aparece como la solución salvadora, machacada como la clave del éxito desde todos los medios. Muchas personas suponen que una silueta de modelo - tal vez imposible para la estructura de algunos individuos- les garantizará la felicidad; ese deseo de adelgazar supone un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, por ser aceptado y no rechazado.

En la sociedad actual parece prevalecer la apariencia física, y los trastornos culturales han llevado a crear una auténtica "cultura de la delgadez", al tiempo que se le ha concedido importancia al "mito de la belleza", que posee las siguientes características:

- El mito
- El rechazo social
- La discriminación
- Medios de comunicación

Es objetivo. Se fundamenta en la imparcialidad y en la razón.

El mensaje tiene su base en la neutralidad.

Es ahistórico. En esta cuestión el mito da a entender que cuanto más bella sea una persona tanto más atractiva será sexualmente. Vincula a la belleza con la salud.

b. El rechazo social es uno de los factores que predisponen altamente a la aparición de la enfermedad.

El rechazo se caracteriza por una profunda ignorancia en cuanto al tema alimenticio: al obeso se le atribuye la responsabilidad de su enfermedad. La obesidad está considerada como la consecuencia de un vicio y el obeso una persona que se entrega a él, es decir, se cree que el obeso es gordo porque quiere, ya que come sin control y con glotonería.

Esta falta de conocimiento acerca de la obesidad y el rechazo se manifiestan de distintas formas, tanto en general como en el mundo laboral o en la moda.

b1. Discriminación en general

El rechazo al obeso está tan compenetrado en nuestra sociedad que un niño de seis años de edad ya lo tiene totalmente interiorizado (se ha observado que los niños a esta edad atribuyen características positivas - bueno, simpático, feliz- a una persona delgada y características negativas - tramposo, sucio, lento- a una persona gruesa), pues el modelo a seguir, los adultos, poseen esos mismos prejuicios.

La discriminación se manifiesta en los detalles más insignificantes de nuestra vida cotidiana, como por ejemplo en los asientos del colectivo, que son estrechos y no están pensados para personas corpulentas. El mundo parece haber sido pensado para una determinada parte de la población, dejando afuera a personas con capacidades físicas diferentes, entre las que se incluyen los obesos, entre otros grupos como los minusválidos.

Pero el rechazo no solo se manifiesta en el orden de las cosas, sino en el mismo trato que las personas tienen hacia los obesos. Se observó que en una serie de colegios prestigiosos, el número de chicas obesas admitidas era desproporcionadamente menor que el de chicas delgadas. Esto sucedía sin que existieran diferencias significativas ni en el cociente intelectual ni en el expediente escolar previo. Sólo los prejuicios podrían explicar estos hechos.

b2. Discriminación laboral.

Por lo general se considera erróneamente que las personas con sobrepeso son menos competentes, desorganizadas, indecisas e inactivas. En mujeres se agrava mas cuando buscan trabajo solicitan “buena presencia”, lo que suele implicar tener un cuerpo mas delgado. Un empleo es mas asequible cuando se es delgada como en el caso de las azafatas que pueden ser despedidas por problemas de peso siendo controladas en exceso incluyendo sus medidas.

Ha podido también verificarse que se considera que las mujeres mas emprendedoras, y social y laboralmente mas activas, son delgadas, mientras que a las mas voluminosas se les atribuye funciones de madre o esposa.

b3. Discriminación en cuanto al mundo de la moda

Es muy frecuente que las casas de moda no fabriquen talles para personas excedidas de peso.

c. La manipulación sobreviene desde los diversos medios de comunicación (prensa, revistas, TV), que realizan la difusión de la delgadez; el receptor de los mensajes es invadido y manipulado hasta el punto de llegar a ser víctima de unas pocas personas (especialistas en marketing, diseñadores, empresarios del mundo de la dietética, modistos etc.) que deciden cómo debe ser el cuerpo ideal.

Existe una relación entre las imágenes de delgadez anormal que dominan los medios de comunicación y el aumento de las patologías vinculadas al ideal físico.

La manipulación se ejerce a través de:

- Coacción publicitaria

Los medios de comunicación junto con mensajes verbales lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que facilitan la difusión y consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez.

El papel que la televisión ejerce en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez es muy importante, ya que es el medio de comunicación más intensivo. El modelo suministrado por televisión es el de la mujer sumamente delgada y joven; el mensaje tácito brindado es que para ser exitosa y linda hay que ser muy delgada, como las modelos y actrices que figuran en la pantalla.

- Mercado del adelgazamiento

La publicidad comercial impone los estereotipos estéticos corporales que afectan a la población, con sus mensajes incorpora el estereotipo estético, lo concreta y potencia. Se ha comprobado que casi uno de cada cuatro anuncios

que llegan a un público femenino invitan de alguna manera a la mujer, a perder peso.

- Difusión del cuerpo delgado de los modelos como estereotipo

Los modelos, en la sociedad vigente el día de hoy, suelen constituir un ejemplo a seguir para muchas personas. Esto puede constituir un factor de riesgo, ya que sus cuerpos a veces excesivamente delgados (sus pesos son logrados a veces a causa de trastornos alimentarios; muchos modelos sufren psicopatologías alimentarias), puede incitar a las personas que los toman de ejemplo a comenzar a perder peso, y a caer en un trastorno alimenticio.

Los diseñadores también promueven o consienten en cierto modo este tipo de enfermedad, como es el caso de Calvin Klein que en "El País Semanal" hizo estas declaraciones: " ¡Yo no promociono la anorexia! Pero creo que si voy a enseñar mi ropa prefiero enseñarla en personas delgadas. La ropa sienta mejor a la gente que «cuida» de su cuerpo y que está delgada. La imagen es importantísima". Esas cuatro frases encierran todo un sistema de valores, toda una ideología que en la que realmente sustenta la cultura de la delgadez e influye en muchos casos en la aparición de una psicopatología de este estilo.

- Difusión de páginas pro-anorexia a través de Internet

Muchos sitios de Internet para adolescentes ofrecen información peligrosa vinculada con la anorexia nerviosa, que conducen a los jóvenes insatisfechos con su cuerpo a caer en esta enfermedad u otra relacionada. Emplean eslóganes como "Si no sos delgada, no sos linda"; "Ser delgada es más importante que estar sana"; "No te olvides de contar las calorías para comer sin culpa"; "El agua es suficiente para sobrevivir", e instan a los jóvenes en general a dejar de comer para perder peso.

Buena parte de los textos está presentada como confesiones, tiene la forma de diario o manual de consejos on-line y está firmada en su mayoría por chicas orgullosas de su condición física. Escriben sugerencias sobre cómo ocultar la pérdida de peso para que los padres y amigos no insistan en que la enferma coma, o cómo hacer para superar los análisis clínicos.

Según una nota publicada en un diario argentino, el 78% de los visitantes cibernéticos de estas páginas son menores y la mayoría de los de idioma castellano proviene de España pero tiene una gran cantidad de usuarios argentinos.

3. Factores Desencadenantes de una Psicopatología Alimentaria

Está demostrado que no hay un factor precipitante único en cuanto a las psicopatologías alimentarias en general. Algunas veces es posible determinar eventos externos gatillantes, disparadores. Por ejemplo, una paciente de anorexia de 23 años menciona un aborto como factor disparador. En cambio, una paciente de bulimia de 14 años lo atribuye a un picnic en el cual comió lechón todo el día. Una amiga le señaló que se acercaba el verano y que sería conveniente que comenzara a cuidar su peso. Según palabras de la paciente, sintió que se moría del papelón. Otra paciente de bulimarexia, también de 14 años, que veía que su cuerpo cambiante comenzaba a ser curvilíneo, señala las críticas por parte de compañeras del colegio hacia una conocida con sobrepeso y una incipiente depresión producida por un sentimiento de soledad como factor desencadenante.

Lo que sí se ha determinado es que el común denominador de la repercusión que tiene el evento para el paciente es que siente gran dolor de dos maneras:

1-Como una amenaza de pérdida del autocontrol.

2-Como una amenaza o real pérdida de la autoestima.

El evento disparador puede ser una separación o pérdida, un problema familiar.

Nuevamente, el disparador diverso remite a una consecuencia convergente: la amenaza a la autoestima y a la sensación de control del mundo, que conduce a un incremento de la preocupación por el cuerpo y a la convicción de que se sentirá más en control de la propia persona si se pierde peso.

En resumen, el trastorno alimenticio se precipita por algún acontecimiento estresante o en un momento preciso del ciclo vital, y luego se perpetúa por

muchos de los factores causales originales, junto a los efectos del trastorno alimentario en sí mismo.

Los factores desencadenantes de la enfermedad suelen ser uno o varios de los siguientes:

Haber ganado peso recientemente y estar a régimen, (el 80% de los casos de trastornos alimentarios aparece cuando se comienza una dieta de adelgazamiento sin ningún tipo de control médico) Padecer alguna enfermedad que dificulte o impida comer durante unos días (amigdalitis, gastroenteritis).

Haber incrementado el ejercicio físico.

Recibir críticas sobre el tipo o el peso, en cualquier ambiente.

También se relaciona su inicio con la falta de aceptación de los cambios corporales durante la adolescencia, con un aumento acelerado de peso, cambios significativos en la vida o responsabilidades, enfrentarse a situaciones nuevas, difíciles o estresantes, o con complejos relativos al físico.

4.3.- TERAPIA SISTEMICA COMO SE UTILIZA EN LOS TCA

El campo de la terapia familiar ha tenido un considerable desarrollo tanto en la anorexia como en la bulimia y obesidad. De las investigaciones realizadas se desprende la eficacia de la terapia familiar especialmente en pacientes anoréxicas adolescentes. Estudios realizados en el hospital de Maudsley encontraron que las pacientes adultas con AN respondían mejor a la terapia familiar que a la psicoterapia individual. Sin embargo, en el tratamiento de la bulimia este extremo queda menos claro, aunque según las historias de un grupo de pacientes bulímicas jóvenes, los resultados son favorables.

Al igual que otras disciplinas la terapia familiar de Selvini también ha evolucionado, a lo largo de los años, en su aplicación a los TCA; desde la primera etapa del método paradójico, pasando por la época de las prescripciones invariables, para desembocar en el método de la revelación del

juego familiar. De la comparación de estos tres métodos se deduce que las pacientes tratadas con técnicas paradójicas obtienen una media de tratamiento más largo que con otros sistemas, lo que significa mayor posibilidad de recaídas y de hospitalizaciones. Minuchin sugiere que la terapia familiar debe corregir el estilo amalgamado, la rigidez y la tendencia a la evitación de conflictos dentro de la familia.

En definitiva, la terapia familiar plantea los siguientes objetivos: primero: abordar y controlar el trastorno alimenticio; segundo: modificar la estructura familiar definiendo las fronteras intergeneracionales apropiadas y tercero: recuperar el potencial evolutivo del sistema familiar con el fin de lograr un proceso de separación y de individuación de la paciente.

Obviamente requiere una serie de estrategias terapéuticas. Se trata, pues, de hacer una evaluación sistémica del trastorno de alimentación y de establecer una relación de colaboración terapéutica con los padres para, en una primera fase, seguir pautas de control en relación con la conducta alimentaria, y posteriormente, implicarles en el proceso de cambio, evitando sentimientos de culpa. En todo momento resultará interesante procurar el contacto individual con el paciente, al margen de las sesiones con el grupo familiar, es decir el manejo de los dos subsistemas.

LOS RECURSOS Y EL ÁMBITO DEL TRATAMIENTO

Los TCA son entidades psicopatológicas y psiquiátricas que necesitan un equipo interdisciplinario que colabore con su tratamiento, se sugiere la intervención de un Servicio de Dietética y Nutrición ya sea de manera ambulatoria u hospitalaria y el de Salud Mental, para lo que hay que definir claramente los objetivos y límites de todos los implicados como delimitación de medios y rol terapéutico; implicación de familiares, colaboración interprofesional.

Tratamiento ambulatorio

Este tratamiento puede realizarse en las siguientes circunstancias: fases iniciales de la enfermedad, menor sintomatología problemas psíquicos y

somáticos, mayor motivación, soporte familiar y problemas familiares manejables en psicoterapia individual y de grupo.

Hospitalización de día

El Hospital de Día es un recurso de reconocida utilidad en el tratamiento de determinadas situaciones que se producen en los trastornos psiquiátricos: aquéllos en que no sea suficiente el control en servicios ambulatorios, y al mismo tiempo no precisen hospitalización completa; algunos pacientes que han sido dados de alta de una unidad hospitalaria y requieren un servicio intermedio entre ésta y el centro ambulatorio. El tratamiento en Hospital de Día es esencialmente dinámico y activo.

Unidades de hospitalización

La hospitalización total del paciente con TCA se produce con malnutrición comprometedora (25% peso según edad y estatura) en la AN; enfermedades somáticas asociadas; importante comorbilidad psiquiátrica (trastorno de ansiedad, depresivo, riesgo autolítico); falta de cobertura socio-familiar; fracasos reiterados de otras modalidades de tratamiento.

El ingreso hospitalario tiene como perspectiva de manera temporal la separación del paciente de su medio habitual para posteriormente reintegrarse al mismo con seguimiento a mediano o largo plazo.

5.- CAPITULO III

5.1.- HACIA UNA CONCEPTUALIZACION DE LA FAMILIA COMO SISTEMA

El trabajo propone un nuevo concepto diferente a los que no hacen referencia al grupo familiar como unidad de atención médica, psicológica y social. La propuesta constituye el componente teórico de un modelo de evaluación para proveer información para el diagnóstico de la salud en las familias.

Una política pública, un movimiento de desarrollo de los servicios de salud, un campo que agrupa los diferentes grupos de edad o específicos.

Según la OPS la salud de la familia es de prioridad en la salud de la adolescencia, niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, maternidad segura y saludable y la reducción de la mortalidad materna. Se reconoce la indivisibilidad de la madre, padre y niño en el proceso de salud.

Se aprecia con relativa frecuencia la extensión del concepto de salud individual a la familiar existiendo un ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar.

Para Clavijo Portieles, la familia saludable es cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes, con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y el ambiente.

5.2- CONCEPTUALIZACION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

La teoría histórico - cultural del desarrollo creada por L.S Vygotsky ofrece una concepción teórica general que reconoce la influencia decisiva de las mediaciones sociales y el rol de la familia como potenciadora del mismo. La familia transmite de generación en generación su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres, aspectos muy vinculados con la producción de la salud, a escala del hogar.

En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos. En su seno se forman los motivos y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo. El funcionamiento familiar resulta un factor predisponente en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes.

Las regularidades psicológicas de la vida familiar.

La teoría general de los sistemas ofrece el marco conceptual para la comprensión del funcionamiento de la familia. El enfoque sistémico y la dialéctica de la relación sociedad - grupo - individuo constituyen principios esenciales para la investigación familiar. En resumen, diferentes enfoques teóricos contribuyen a la construcción de un marco de referencia integrador consonante con los principios más generales de producción del fenómeno psíquico, de la socialización como proceso necesario en la formación y desarrollo de la personalidad que se inicia en la familia, del condicionamiento social del comportamiento humano que se refracta en la familia y ejerce potentes influencias, y de las particularidades de funcionamiento grupal en la familia, grupo de vínculos relevantes entre sus miembros.

La concepción de salud del grupo familiar.

La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales, que se definen a escala microsocial en el contexto del hogar. Se define como la capacidad de la familia de cumplir con

sus funciones, propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, afrontar constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia.

La familia potenciadora del desarrollo crea en el hogar un clima de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Este tipo de familia enfrenta problemas y toma decisiones sin adoptar mecanismos destructivos, asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse en forma transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida, y es capaz de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesite.

Se considera que la familia potenciadora del desarrollo tiene la fuerza necesaria para satisfacer las necesidades biopsicosociales de sus miembros, enfrentar las regularidades del tránsito por el ciclo vital, así como producir motivaciones y comportamientos favorecedores de la salud. En la salud de la familia se sintetiza el legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural del ámbito de su existencia, y el modo en el que se asume la situación de salud y enfermedad de sus integrantes.

Como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones, debido a las influencias de cambio de los factores que la conforman producidos por las vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida familiar, por las etapas del ciclo de vida individual de sus integrantes con sus característicos eventos de salud, por la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad, y por la propia característica de las relaciones interpersonales familiares.

La integración del conocimiento de complejidad y concatenación de fenómenos sociales que se definen en la familia, la concepción materialista dialéctica, la contribución del pensamiento epidemiológico y la psicología relacional del grupo familiar, permitió la visión de los aspectos condicionantes de la salud, asumiendo la concepción holística e integradora

de lo biológico, lo social, lo ambiental y lo psicológico en lo grupal significativo de la salud de la familia.

Los aspectos condicionantes de la salud familiar se configuran en 6 dimensiones: contexto socio-económico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social.

. Contexto socio - económico y cultural de vida familiar.

Teniendo en cuenta la importancia del contexto social, económico y cultural de la vida familiar como sustrato esencial de la salud, tomando como referencia resultados relevantes de investigaciones y la opinión de los expertos consultados, se propone bajo esta dimensión incluir las categorías relacionadas con la inserción socio-laboral de la familia, la situación económica y las condiciones materiales de vida del hogar, junto a las expresiones del mundo cultural que vive la familia como son la religiosidad y los valores ético morales.

. Composición del hogar.

Esta dimensión se refiere a las características de la estructura visible del núcleo familiar, como son el número de convivientes, las relaciones de parentesco entre ellos y con relación a un jefe de familia, la edad y el sexo. El hogar es la unidad residencial que reúne al grupo familiar de convivencia habitual, aunque no compartan vínculos consanguíneos ni de parentesco, y a la vez excluye aquellos familiares que no participan de la convivencia y las relaciones cotidianas.

. Procesos críticos de vida familiar.

Denominamos procesos críticos a la situación que genera en la familia la vivencia de acontecimientos de diferente naturaleza que potencialmente afectan la salud en un determinado período. Suponen valoraciones y

repercusiones en las relaciones familiares, en los sentimientos, producen elevadas exigencias y cambios en su funcionamiento interno.

Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable de acuerdo con el significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, provocan nuevos retos y ponen a la familia en situación de crisis.

. Relaciones intrafamiliares.

La familia desarrolla ciertas pautas o maneras de relacionarse entre sí. Este conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares también llamado funcionamiento intrafamiliar va a estar en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros; va a constituir el clima propicio para el equilibrio psíquico, la expresión amorosa, la confianza y la estabilidad, y va a constituir un referente de conductas morales y relaciones a imitar por parte de los hijos, quienes con el tiempo las van asumiendo como principios relacionales.

. Afrontamiento familiar.

Llamamos recursos de afrontamiento a la capacidad que tiene la familia de movilizarse, tomar decisiones que actúen sobre los problemas, y al modo en que se comporta frente a los procesos críticos. El afrontamiento familiar tiende a configurar un estilo relativamente estable de afrontar, como grupo, los procesos críticos de la vida familiar.

. Apoyo social.

El apoyo social constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana, y especialmente ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades.

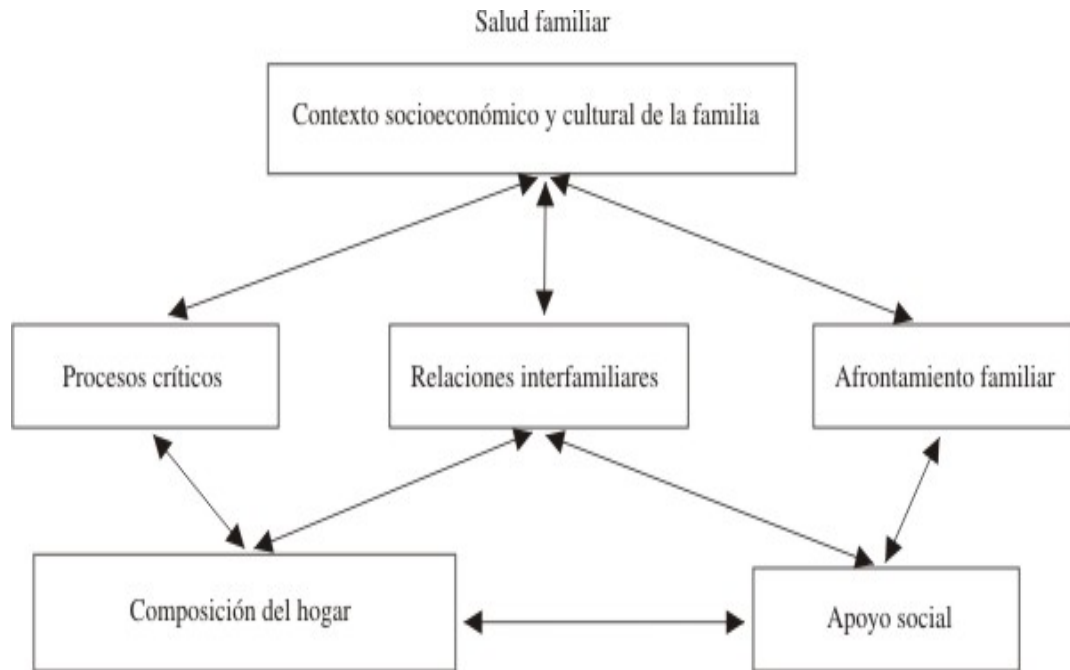


FIG. Esquema de salud familiar.

Se distinguen 2 niveles en la naturaleza de estos aspectos. El contexto socio-económico y cultural, la composición del hogar y el apoyo social constituyen el nivel estructural que representa el sustrato primario en el cual se produce la salud del grupo familiar. Sobre este sustrato se gesta el conjunto de procesos críticos que le son inherentes a la vida familiar, el afrontamiento familiar como respuesta a tales procesos, y el conjunto de las relaciones intrafamiliares que producen el funcionamiento familiar, procesos mediante los cuales se modulan las influencias de los cambios de la vida socio familiar.

5.3.- SISTEMAS DE CREENCIAS FAMILIARES

Las creencias de la familia acerca de la enfermedad, su sentimiento de que

pueden controlarla y su actitud hacia los profesionales de la salud influyen poderosamente en la manera de afrontar la enfermedad (Rolland).

La experiencia que la familia tiene de la enfermedad depende, por una parte, de las características biológicas de la enfermedad y, por otra, de aspectos psicosociales ligados a las características de la familia y del entorno social. En este sentido, el sistema de creencias familiar actúa como un mediador entre la realidad "objetiva" de la enfermedad y su significación específica, determinada por el entorno cultural en el que aparece.

Pautas transgeneracionales.

La manera en que responden las familias a la enfermedad crónica, frecuentemente se transmite de generación en generación. A lo largo de la historia familiar se han ido elaborando creencias, expectativas y rituales que serían de gran ayuda conocer para poder detectar patrones de afrontamiento que se repiten, como la negación, sobreprotección o desprotección, y las coaliciones familiares. Todo ello se podría descubrir mediante la elaboración de un genograma que abarcara al menos las tres generaciones precedentes.

Acontecimientos vitales estresantes

El paciente y la familia, aunque afectados por la enfermedad, han de seguir su desarrollo evolutivo, completando el ciclo de crecimiento individual y familiar.

Muchas veces, la familia tiene que hacer frente a otros factores estresantes, como una muerte inesperada, la pérdida del empleo o un divorcio, y en ocasiones incluso acontecimientos positivos, como el cambio de domicilio o el matrimonio, que también sumergen a la familia en un nuevo desequilibrio.

5.4.- LA ESTRUCTURA FAMILIAR

El tratamiento de la familia aporta una nueva perspectiva: relaciona el comportamiento disfuncional con la red de interacciones producidas en el seno familiar y la considera como una unidad bio-psico-social-espiritual. Este abordaje terapéutico de la familia en su totalidad ha supuesto un paso más en la evolución de la sicopatología mental, ya que trastornos que no mejoraban mediante tratamientos individuales, han podido resolverse con la aplicación de esta terapia.

La terapia familiar es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo y familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. El terapeuta familiar no se limita a la interacción de la familia tal como ha sido internalizada, por ejemplo, por el niño, sino que puede experimentar por sí mismo la forma en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Desarrolla entonces una teoría interaccional para explicar el fenómeno que observa.

Carlos Sluzki define la FAMILIA como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen.

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- a) La protección psico-social de sus miembros (interno)
- b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

a) En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación.

El sentimiento de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extra familiares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación.

b) Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Esta función social ha sido fuente de ataques contra la familia por movimientos contraculturales.

La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, el cuando y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema.

De este modo, el sistema se mantiene ofreciendo resistencia a todo cambio, más allá de cierto nivel, con el fin de conservar las pautas, preferidas tanto tiempo cuanto le es posible. Toda desviación que se aleje del umbral de tolerancia del sistema suscita una serie de mecanismos homeostáticos que restablecen el nivel habitual. Aparecen, por tanto "requerimientos de lealtad familiar y maniobras de culpabilidad".

Sin embargo, la familia debe responder a cambios internos y externos para

poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad. Por eso una familia se transforma con el correr del tiempo adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando

.

La familia posee una complejidad y originalidad propia, con unas peculiaridades que no son equiparables a las de sus miembros, considerados aisladamente ("el todo es más que la suma de las partes"). Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente (totalidad). Se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia.

Se autorregula con la compensación de los fenómenos contrarios: homeostasis y cambio. Quiere esto decir que las realimentaciones pueden ser negativas o positivas. Las primeras anulan o atenúan el impulso al cambio, favoreciendo la homeostasis. Las segundas amplían y refuerzan los estímulos para cambiar, favoreciendo el crecimiento y la transformación (morfogénesis).

Posee un orden jerárquico que permite la viabilidad del grupo, mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en último término por el principio de equi-linalidad.

El concepto de ESTRUCTURA describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. O dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas

o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al "estres" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

La familia normal no puede ser distinguida de la familia, anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia. Podemos adelantar que la etiqueta de patología debe reservarse a las familias que frente a las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes. En estas familias el terapeuta debe convertirse en el actor del drama familiar, incorporándose a las coaliciones existentes para modificar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostasis. Sin embargo, un gran número de familias que se incorporan a la terapia deberían ser consideradas y tratadas como familias corrientes en situaciones transaccionales, que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. En estas familias el terapeuta confía en la motivación de la familia como camino para la transformación.

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable por parte del observador. Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.

El terapeuta, al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites y pautas transaccionales" para elaborar hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuales no. Comienza, así, por establecer un MAPA FAMILIAR.

Un mapa familiar es un esquema organizativo. Constituye un dispositivo

simplificador muy útil, que le permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtiene.

El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos. Al igual que el antropólogo, el terapeuta estructural de familia recurre a un mapa para organizar los datos que recoge.

ALIANZAS Y COALICIONES

Por "alianza" se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas. La alianza supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie.

La "coalición", en cambio, es la unión de dos miembros contra un tercero. Es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero. La coalición divide a la tríada en dos compañeros y un oponente.

SUBSISTEMAS Y CLASES DE LÍMITES

A) SUBSISTEMAS

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas". Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Así, por ejemplo, el "subsistema conyugal" (matrimonio), se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de

constituir una familia. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunte la acción del otro en muchas áreas. Deberán ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

El "subsistema parental" (padres), se constituye al nacer el primer hijo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. Ello se convierte en un laboratorio de formación social, para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual.

El "subsistema fraterno" (hermanos), es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir. SUPRASISTEMA: Engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto.

El sistema familiar que hemos descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información.

El suprasistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones de todo tipo, etc. Las informaciones que produce enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

B) CLASES DE LÍMITES

Los "límites" de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Así, por ejemplo, cuando la madre (M) le dice a su hijo mayor (H): "No eres el padre de tu hermano; si anda en bicicleta por la calle, dímelo y yo lo haré volver, pero no vuelvas a gritarle", el límite del subsistema parental queda definido de forma clara (es la madre la que va a ejercer la función ejecutiva: "yo lo haré volver"). Gráficamente tenemos:

(subsistema parental ejecutivo) --- H (subsistema fraterno)

Si el subsistema parental incluye un hijo en "rol parental" (HP), el límite queda definido por la madre, por ejemplo, al decir al niño: "Hasta que vuelva del almacén, Ana se ocupa de todo":
MYHP (subsistema ejecutivo) hijos (subsistema fraterno)

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de "límites difusos", por un lado, y de "límites rígidos", por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal. Gráficamente, los tres tipos de límites, se representan:

* Límite CLARO --- Límite claramente definido

* Límite DIFUSO --- Límite permeable

* Límite RÍGIDO --- Límite no permeable

La familia con límites difusos recibe el nombre de "familia aglutinada"; la familia con predominio de límites rígidos, se llamará "familia desligada".

Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia

requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

Por tanto, las operaciones en los extremos del continuo señalan áreas de posible patología. El terapeuta debe operar como un delineador de límites, que clarifique los límites difusos y abra los límites excesivamente rígidos.

REGLAS FAMILIARES

JACKSON caracteriza a la familia como un sistema gobernado por reglas. Las reglas son "formulaciones hipotéticas elaboradas por un observador para explicar la conducta" observable de la familia.

La regla es una inferencia, una abstracción, una "metáfora" por la que el observador abarca la redundancia que observa. El concepto más simple y claro que puede darse de las "reglas" es que son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable".

Hay, por ello, un "acuerdo" para obrar de un determinado modo, lo cual no quiere decir que esto sea tan consciente como puede parecer al exponerlo de este modo. La mayoría de las veces se trata de un acuerdo que no goza de las características de ser consciente y, aunque parezca paradójico, muchas veces tal acuerdo no es conocido ni por los mismos participantes. Lo van construyendo como fruto de ajustes que facilitan el mantenimiento de una "homeostasis familiar", que de otro modo quedaría comprometida.

En la familia que comienza no hay reglas establecidas. Cada miembro componente de la misma aportará, a lo sumo, sus propias experiencias y sus propios modelos de intercomunicación según los esquemas aprendidos o elaborados en el sistema familiar de origen; pero esto no bastará para todo lo que ahora han de ir estructurando.

Este conjunto de reglas o leyes con que se va construyendo el sistema familiar a lo largo del tiempo y a través de inevitables reajustes por tanteo y error, es semejante al programa de un calculador. En la familia puede ser observado tal funcionamiento en términos de aquí y ahora. El descubrimiento de las reglas que rigen la vida de un sistema familiar es obra que requiere una larga y cuidadosa observación, semejante a la que tendría que poner en práctica el desconocedor del juego del ajedrez, por ejemplo, que tratase de ver cuáles son las reglas que ponen en práctica dos jugadores a lo largo de una partida.

Las reglas las podemos clasificar en tres categorías:

A) Reglas reconocidas (rr):

Son reglas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta. Comprenden acuerdos en distintas áreas, tales como normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidad de ciertos papeles, expresión de necesidades personales, etc

B) Reglas implícitas (ri):

Estas reglas constituyen funcionamientos sobreentendidos acerca de los cuales la familia no tiene necesidad de hablar de modo explícito. Se dan en la dinámica de la familia, aunque no se han verbalizado.

C) Reglas secretas.

Estas son las más difíciles de descubrir al estudiar una familia. Son modos de obrar con los que un miembro, por ejemplo, bloquea las acciones de otro miembro; son actos que tienden a desencadenar actitudes deseadas por quien manipula el resorte que los provoca. Así, por ejemplo, en una familia la regla secreta establece que una conducta dé autonomía e independencia en la hija vaya seguida por una queja psicósomática de la madre y esto conlleve una mayor implicación del padre en la casa.

MITO FAMILIAR

El concepto de "mito familiar" ha sido desarrollado fundamentalmente por FERREIRA. Por mito familiar entiende "un número de creencias bien sistematizadas-y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación".

El mito prescribe atributos a cada uno de los miembros de la familia. Así, por ejemplo, en una familia, el marido debe llevar a la esposa en auto dondequiera que ella necesite ir (a menudo en detrimento de las actividades comerciales del marido), porque ella no sabe y tampoco se interesa en aprender a conducir. Aunque ésta pauta se ha mantenido desde que se casaron

hace quince años, la esposa la explica en términos de que "es torpe para la mecánica", un juicio que su marido apoya y corrobora.

En términos de la relación, los mitos familiares tienen un valor económico

muy preciso. En su manifestación implícita, son verdaderos programas de acción que ahorran cualquier pensamiento o elaboración posterior.

Parece ser que en el contexto de la relación familiar, para cada rol individual definido existe un contra-rol oculto en la persona de otro o de otros miembros de la familia. Así, en el ejemplo anterior, el mito de que la madre era torpe para la mecánica llevaba implícita la manifestación de que, de hecho, algún otro miembro de la familia "no lo era". Cuando una familia le adjudica a uno de sus miembros el título de "paciente", automáticamente le confiere a uno o más de los otros miembros la etiqueta opuesta de "no paciente". Y, en la misma medida en que lo primero implica un rol, lo segundo implica lo que debemos llamar un contra-rol, que afirma y complementa al otro.

Algunos mitos parecen haber sido transferidos de generación en generación; es posible que la asignación de un rol implicado en el mito familiar juegue algún papel en la elección y aceptación de la pareja. El mito familiar tiende a formar parte de la "imagen interna" de la familia y expresa la forma en que es percibido, no tanto por los demás, como por sus miembros, desde adentro.

STIRLIN clasifica los mitos en tres grupos:

A) Mitos de armonía:

B) Mitos de perdón y expiación:

C) Mitos de rescate:

En cuanto a desvelar un mito familiar, la cuestión es sumamente interesante para el terapeuta. Puesto que el mito funciona con el fin de mantener la relación y de preservar su naturaleza, el asunto es extremadamente delicado para la familia y requiere la mayor delicadeza y discreción de parte del

terapeuta, ya que una insistente tentativa de revelar la verdad detrás del mito corre el riesgo de producir resultados insospechados.

FUNCIÓN PROTECTORA DEL SÍNTOMA.

Si un niño presenta una conducta problemática, queda singularizado dentro de la familia como una fuente especial de preocupación para los padres, que se ven envueltos en una lucha para modificarlo. El niño puede tener un síntoma cualquiera dentro de una amplia variedad (terrores nocturnos dolores de cabeza, piromanía, enuresis), pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en el intento de ayudarlo y cambiar su comportamiento.

Un progenitor puede tener problemas en su trabajo, roces con sus parientes o enfrentar una amenaza de separación de su cónyuge, pero la pareja dejará de lado sus propios problemas, al menos temporalmente, para asistir a su hijo o controlarlo.

La conducta problemática de los niños puede servirles a los padres de maneras muy específicas. Por ejemplo, un niño puede desarrollar un problema que obligue a su madre a permanecer en su casa para cuidarlo, con la consecuencia de que la madre no deberá enfrentarse con la búsqueda de un trabajo.

El problema del niño ofrece al progenitor una excusa conveniente para eludir situaciones desagradables. Si cuando el padre vuelve a su casa turbado y preocupado el hijo se porta mal, en vez de seguir preocupado por su trabajo el padre puede descargar su enojo contra el chico; el mal comportamiento del niño es útil para él. Además, haciendo que su padre se enoje con él, le ahorra a su madre tener que ayudar a su marido, ya sea compadeciéndose de sus problemas o discutiendo con él. De este modo, pues, el niño ayuda a sus dos progenitores.

Esto no significa que el niño planea deliberadamente proteger a los padres suscitando su preocupación. No se puede afirmar, que para entender todos los síntomas de los niños lo mejor es considerarlos desde el punto de vista de

su función protectora. A veces un problema presentado es resultado de la negligencia o de un padecimiento físico.

5.5.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Existe un riesgo mayor entre los parientes de primer grado. Se ha observado a si mismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos de estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos de tipo Compulsivo / purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos.

Predisposición familiar:

Algunas de las descripciones más antiguas de la AN subrayan el papel patogénico de la familia. Se han descrito a las madres como dominantes, intrusas y ambivalentes, mientras que a los padres se les ha considerado como pasivos y poco eficaces.

Algunos autores han observado patrones específicos de interacción, que incluyen enredos, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos familiares, aunque concluyen que la patología familiar puede ser muy bien un resultado del trastorno más que una causa (Vandereycken y Vanderlinden, 1989)

Sin embargo, los TCA muestran una agregación familiar, no sólo desde el punto de vista biológico; en estudios de prevalencia a lo largo de la vida de trastornos del apetito en familias de pacientes con AN, las mujeres familiares de primer grado tienen un riesgo significativamente más alto que los controles (Halmi et al. 1991). Asimismo se ha encontrado una mayor preocupación de las madres por las dietas y la figura que en la población general (Hill et al. 1990; Levina et al. 1994). Desde la perspectiva de la Terapia de Familia Sistémica (Minuchin, 1985) la familia de la paciente con AN es la familia psicosomatógena, que consta de 3 factores:

- el tipo de funcionamiento familiar en juego se caracteriza por

aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos.

- implicación del niño en el conflicto parental, formándose una triada rígida.

- la vulnerabilidad fisiológica del niño constituye un componente necesario, pero no suficiente, en la aparición del síndrome psicósomático.

Rästm et al. (1991) en un grupo de 51 casos de AN comparados con un grupo control, no encontraron apoyo para mantener la idea de la "familia anoréxica típica"; sin embargo, sí encontraron una mayor frecuencia e importancia de los problemas habituales en el grupo de AN, así como un mayor índice de depresión en sus madres y mayor prevalencia de muerte entre familiares de primer grado.

6.- CAPITULO IV

6.1.- SIGNOS, SINTOMAS Y TRATAMIENTO PARA TCA

6.1.1.- Reconozca los Síntomas

Los síntomas fisiológicos y actitudes de comportamiento más notables de los tipos de desórdenes alimenticios más comunes son los siguientes:

Anorexia nervosa

- Pérdida de peso significativa (al menos un 15% del peso corporal normal)
- Amenorrea (pérdida de la menstruación) por al menos tres meses seguidos
- Tiene un color pálido, y a menudo siente mareos o se desmaya

- Mantiene una alimentación restrictiva, como dietas severas o ayunos prolongados
- Rituales extraños de alimentación, como contando los bocados de cada alimento, cortando la comida en pedazos muy pequeños o preparando comida para otros mientras que rehúsa comer
- Miedo intenso a engordar, el cual no disminuye conforme progresa la pérdida de peso
- Distorsión de la imagen corporal: se siente "gorda"
- Se rehúsa a mantener un peso normal mínimo
- No existe ninguna enfermedad física que pueda explicar la pérdida de peso

Bulimia nerviosa

- Fluctuaciones frecuentes en el peso, a veces en un rango de 10 a 15 libras
- Glándulas inflamadas, cachetes u ojos hinchados
- Se "atraca" y luego tiene sentimientos de culpa, pensamientos despreciativos de sí mismo y miedo de no poder parar de comer voluntariamente
- El "atacón" o la purga ocurren en promedio al menos dos veces por semana durante tres meses
- Se esfuerza repetidamente por tratar de perder peso con dietas severamente restrictivas, el vómito inducido, un régimen de ejercicio excesivo, o el uso de laxantes, enemas, diuréticos o medicamentos
- Con frecuencia está deprimida y es severamente autocrítica de sí misma
- Su valor personal está fuertemente influenciado por lo que pesa

Desorden del atracón (binge-eating)

- Aumento de peso
- Hipertensión y fatiga inducidas por el peso

- Se "atraca" y luego tiene sentimientos de culpa, pensamientos despreciativos de sí mismo y miedo de no poder parar de comer voluntariamente
- El "atacón" ocurre en promedio al menos dos veces por semana durante seis meses
- Va de una dieta a la otra
- Restricción de actividades sociales por vergüenza del peso
- Come poco delante de otros mientras mantiene un peso elevado
- Su peso es el enfoque más importante de su vida

Se pasa fantaseando que sería una mejor persona si fuera delgada

6.2.- TRATAMIENTO PARA EL TCA

Los objetivos del tratamiento para la anorexia consisten en la renutrición, alcanzar y mantener un peso y estado nutricional adecuados y prevenir y tratar las posibles complicaciones médicas.

La hospitalización se hace con pacientes con severa comorbilidad física y con problemas familiares. El tiempo de inmovilización debe ser el menor posible pues se ha comprobado que el ejercicio físico beneficia a los pacientes, en primer lugar porque contribuye a la formación de calcio, y en segundo lugar, porque mejora su salud mental. También se considera una acción positiva la incorporación a la vida cotidiana lo más pronto posible.

Es necesario un seguimiento de al menos cuatro años tras el alta médica, según este médico queda mucho por hacer para conseguir que los pacientes se traten el tiempo suficiente.

En cuanto al tratamiento ambulatorio, abarcará distintos aspectos del paciente por lo que se deberá realizar una psicoterapia individual y en grupos; proporcionar las pautas para una correcta alimentación; utilizar en las bulimias los fármacos inhibidores de los receptores de la serotonina que dan buen

resultado; y proporcionar aquellos otros fármacos que contribuyan a mejorar el estado de salud.

Las familias tendrán que estar al tanto de todos los aspectos terapéuticos que se están utilizando con su hijo para apoyar el tratamiento y reforzarlo.

El tratamiento de la Anorexia Nerviosa tiene dos objetivos: la normalización del estado nutricional y de los hábitos alimentarios y el manejo de los problemas psicológicos y familiares asociados con el trastorno. En primer lugar, es necesario ganarse la confianza de la paciente antes de iniciar el tratamiento. Cuando el trastorno es leve-moderado, se recomienda el tratamiento ambulatorio: educación de los hábitos de alimentación, corrección de la alteración nutricional, psicoterapia dirigida a la resolución de los conflictos de la paciente y trabajo con la familia. Aunque las orientaciones terapéuticas varíen, en todas se precisa una participación activa del terapeuta, sin ser coercitivo ni dominante. Se debe trabajar sobre las alteraciones de la imagen corporal y la corporalidad, las interacciones interpersonales, evitando la dependencia del terapeuta hacia posiciones de autonomía personal. Ante los cambios de terapeuta las anoréxicas suelen reaccionar con regresión. En cualquier caso, el tratamiento debe ser a largo plazo, ya que tras la recuperación clínica persisten cogniciones alteradas con relación al peso, la figura o la dieta.

Los principios del tratamiento de la bulimia son los mismos que para la anorexia: educación de hábitos sanos de alimentación, psicoterapia centrada en las áreas conflictivas y normalización de parámetros orgánicos. La hospitalización se debe realizar cuando existen alteraciones analíticas severas o el control de las conductas de purga/vómitos es imposible en el ámbito ambulatorio

Estructura y funciones del equipo multidisciplinar en el abordaje global del paciente y su familia.

Ya se ha comentado que estos son trastornos de causalidad multifactorial, cuya alteración básica es psicopatológica. Sólo desde ésta perspectiva puede entenderse que existan. Así, la clínica de la desnutrición voluntaria es muy distinta a la de la desnutrición involuntaria. También se ha insistido en cómo, al principio, la existencia de malnutrición y desnutrición es, precisamente, la

causa del empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica. Al implicarse factores de tipo distinto, psicológicos, psicopatológicos y físicos, con una alta gravedad potencial en muchas ocasiones, el abordaje debe ser, lógicamente, multidisciplinar, debiendo hacerse en equipo, y no a cargo de un solo profesional.

La estructura de los equipos asistenciales varía mucho en función de la disponibilidad de los distintos servicios y también del ámbito asistencial en el que esté siendo evaluado-tratado el paciente (Atención Primaria, Atención Especializada, Nivel Hospitalario de Consulta Externa, Hospital de Día o Ingreso Hospitalario).

Al tratarse de trastornos de naturaleza psiquiátrica, el profesional que siempre debe asumir el peso del diagnóstico, la orientación terapéutica, la coordinación de los equipos asistenciales y la supervisión de los tratamientos es el Psiquiatra. Psiquiatra de adultos cuando se trate de mayores de 18 años y psiquiatra infanto-juvenil cuando sean pacientes menores de 18 años. En la primera fase del tratamiento es imprescindible la figura del médico nutricionista (especialista en dietética y nutrición), que debe valorar el estado nutricional del paciente y, en función de los hallazgos, pautar su rehabilitación nutricional. Su papel es, en esta fase, muy relevante pero no debe implicarse en cuestiones puramente psicopatológicas y sí colaborar en la psicoeducación y en la "educación nutricional", en estrecha colaboración con el Psiquiatra. En fases posteriores su función es menos relevante, aunque debe supervisar al paciente durante un tiempo prolongado. Esta función pueden llevarla a cabo también endocrinólogos. También los médicos internistas, pediatras y ginecólogos pueden colaborar ocasionalmente en el abordaje, sin estar integrados en los equipos. Para el tratamiento psicoterapéutico es muy importante contar con un Psicólogo clínico, formado y con experiencia en terapias cognitivo-conductuales, plenamente integrado en el equipo, cuya actividad debe ser siempre supervisada por el psiquiatra. De cara al manejo de las situaciones sociales y familiares que complican la evolución también es deseable la presencia de un trabajador social integrado parcialmente en el equipo. En el ámbito de la hospitalización, en régimen de internamiento sobre todo, es muy

relevante el papel del personal de enfermería, siendo deseable la presencia de una enfermera como parte integrante del equipo asistencial, requiriéndose también de personal auxiliar de enfermería. En el ámbito del hospital de día debe contarse además con terapeutas ocupacionales y otro tipo de personal. En la situación ideal de plena disponibilidad de personal, sería por último muy deseable contar en los equipos con un terapeuta de familia que asuma las funciones del tratamiento integral de las familias.

El tratamiento farmacológico para pacientes con bulimia es el de los síntomas asociados (ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos o descompensaciones psicóticas). En adultos se ha comprobado la eficacia a corto plazo de los antidepresivos para control de los vómitos, pero la recurrencia es común.

Los antidepresivos parecen tener un efecto antibulímico independiente de su efecto antidepresivo. Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la bulimia son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, en función de su efectividad, efectos secundarios y calidad de vida y las interacciones alimentarias en el segundo caso, con el riesgo.

Terapias cognitivo-conductuales

Anorexia Nerviosa

El tratamiento psicológico es el más importante, aunque las pacientes gravemente mal nutridas suelen mostrarse muy resistentes al tratamiento, siendo difícil que aparezcan cambios cognitivos hasta que no se recupera, al menos en parte, el peso normal. Pese a ello, se recomienda empezar tempranamente el tratamiento psicológico: la psicoterapia de apoyo, las técnicas de relajación y la psicoeducación contribuyen a que no perciba el tratamiento conductual como algo meramente coercitivo. En la actualidad, se ha dado más preponderancia en el tratamiento de la anorexia a la terapia de orientación cognitivo-conductual, reservando la terapia de orientación analítica para la maduración de las pacientes o cuando los trastornos de personalidad contribuyen a la enfermedad o dificultan el cumplimiento de la terapia. Desde el

punto de vista conductual, la anorexia sería un conjunto de conductas reforzadas por factores ambientales que refuerzan la delgadez y estímulos aversivos que producen ansiedad (pensamientos acerca del aumento de peso). En los años ochenta, se comienza a dar cada vez más importancia al papel que los aspectos cognitivos juegan en la aparición y mantenimiento de la anorexia nerviosa. Desde este enfoque se considera que las alteraciones emocionales y cognitivas observadas en la anorexia, a menudo ayudan a precipitar y mantener los patrones de la alimentación inadecuados que caracterizan a estos pacientes y que provocan la pérdida de peso (Schlundt y Jonson, 1990), por lo que su modificación es imprescindible de cara a la recuperación del paciente. De este modo se empiezan a desarrollar tratamientos que, sin abandonar el objetivo principal de la ganancia de peso, se centran en la eliminación de dichos pensamientos con el fin de reemplazarlos por otros que promuevan unos patrones de comida y actividad más saludables. Dichos tratamientos se han basado en la adaptación de la terapia cognitiva de Beck y han abordado aspectos diferentes como las ideas irracionales a cerca del peso, la baja autoestima, las distorsiones de la imagen corporal, etc.

Para la consecución de estos objetivos proponen el desarrollo de procedimientos cognitivos dirigidos a que el sujeto identifique sus ideas disfuncionales acerca de uno de estos aspectos y las sustituya por otras más adaptativas. Así, por ejemplo, de cara a normalizar el peso y la ingesta, trabajan los errores cognitivos en torno a la alimentación, el peso, la sensación de control sobre la comida, etc.

En el área de la autoestima los esfuerzos se dirigen a que el cuerpo y la silueta no constituyan el aspecto central que determine la valoración que otros hacen de él, y que aprenda a percibir sus aspectos positivos.

Respecto al aumento de la autoconciencia y confianza personal, el objetivo es que la persona aprenda a reinterpretar tanto las sensaciones y percepciones corporales, como las emociones y sentimientos que producen las situaciones estimulares y las conductas de los otros, dotando al paciente de estrategias de afrontamiento que le permitan enfrentarse en lugar de evitar.

Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en el ámbito de la bulimia nerviosa, estos procedimientos no han sido suficientemente estructurados y sistematizados, por lo que resulta difícil evaluar su eficacia, dado que bajo el epígrafe de tratamiento cognitivo-conductual se han agrupado una gran variedad de procedimientos que van desde la reestructuración de las ideas irracionales, al entrenamiento en habilidades sociales o en solución de problemas. Además el escaso número de trabajos realizados, la ausencia de grupos de controles, la presencia de múltiples variables contaminadoras, las diferentes variables dependientes consideradas y la diversidad de técnicas empleadas, limitan enormemente las conclusiones a cerca de la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (Freeman, 1995; Johson, Tson y Varnado, 1996).

Bulimia Nerviosa

En cuanto al tratamiento psicológico, dentro del modelo cognitivo-conductual, se han empleado los modelos de exposición con prevención de respuesta, con dos variantes: confrontación con estímulos externos (exposición y prevención del vómito y exposición y prevención del episodio bulímico) y confrontación con estímulos internos (sentimientos y pensamientos negativos que aparecen tras la visualización de la propia imagen a través de un monitor de T.V.), terapia cognitivo-conductual (la presión social por un determinado ideal de belleza conduciría a una dieta restrictiva, seguida de cogniciones irracionales respecto a la figura y alimentación, hambre y desinhibición y episodios bulímicos en interrelación) y la terapia interpersonal, que supone que los problemas interpersonales son el desencadenante y la causa de la bulimia, centrándose en la solución de estos problemas.

Los tratamientos para la bulimia nerviosa llevados a cabo desde este enfoque surgen en su mayoría del trabajo pionero de Fairburn (1981). Su propuesta terapéutica parte del supuesto de que las ideas disfuncionales que la paciente tiene respecto a la comida y a su propio cuerpo constituye el eje central del trastorno bulímico. Este autor indica que determinadas características cognitivas, como la tendencia a valorarse a uno mismo en función de la figura y

el peso, la baja autoestima, el elevado perfeccionismo y la presencia de pensamiento dicotómico (por ejemplo: "si tomo una chocolatina no podré parar de tomar chocolate"), favorecen el miedo a engordar. Este funcionamiento cognitivo facilita que la persona sea especialmente sensible a los cambios de peso o intente mantener un control estricto sobre la comida. A su vez esta conducta de control excesivo o de restricción alimentaría incrementa la vulnerabilidad al atracón que a su vez va seguido de vómitos o conductas de ayuno, lo que ayuda a perpetuar el ciclo restricción-atracón típico de la bulimia.

El tratamiento que propone Fairburn (1993, 1995c) consta de tres fases.

La primera usa principalmente técnicas conductuales para el control del atracón y de las conductas purgativas, en la segunda se incide principalmente en la modificación de los componentes cognitivos del trastorno y en la tercera se prepara a la paciente para la terminación del tratamiento, abordando la prevención de recaídas.

Esta propuesta inicial ha sido modificada tanto por el propio Fairburn (1993) como por otros investigadores, añadiendo al paquete terapéutico básico otras técnicas como por ejemplo, relajación, o exposición más prevención de respuesta (Agras, 1993). Así por ejemplo, Raich (1994) propone un programa de tratamiento para realizarlo bien de forma individual o grupal, en pacientes con bulimia y anorexia purgativa.

En la primera fase se dirigen todos los esfuerzos a motivar para el cambio de la conducta alimentaría inadecuada, al establecimiento de un patrón de conducta regular y a la eliminación de las conductas purgativas. En la segunda fase se realiza reestructuración cognitiva con el fin de modificar los pensamientos desadaptados respecto de la comida, dieta y peso y se van introduciendo "alimentos prohibidos" de forma gradual.

Una diferencia respecto al tratamiento propuesto por Fairburn, es la inclusión de la técnica de exposición y prevención de respuesta respecto a los alimentos prohibidos, y de técnicas dirigidas a la modificación de la imagen corporal (análisis de los modelos estéticos vigentes y su relativización, reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados relacionados con su propio

cuerpo, exposición a distintas situaciones que eran evitadas y por último, reducción de rituales de comprobación del propio cuerpo). La última fase está orientada a la prevención de recaídas.

Los tratamientos anteriormente expuestos se han mostrado más eficaces que el tratamiento farmacológico exclusivamente y que las psicoterapias no directivas en el control tanto de la sintomatología bulímica como de la psicopatología asociada (Agras y cols. 1992; Johnson, Tsoh y Varnardo, 1996; Kirkley y cols., 1985). El tratamiento más eficaz en Bulimia se consigue combinando tratamiento farmacológico (Fluoxetina) y terapia cognitivo-conductual.

Los estudios que han comprobado la eficacia diferencial de las intervenciones conductuales frente a las cognitivo-conductuales han puesto de manifiesto que no existen diferencias en la eficacia de ambos tratamientos en lo que se refiere a la reducción de los atracones y de las conductas purgativas. Sin embargo, parece que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz en lo relativo a la disminución de la preocupación acerca del peso y de la dieta, facilita una mejor identificación de las señales de plenitud y saciedad, produce una mayor mejoría en el funcionamiento social del paciente y menor tasa de recaídas (Freeman y cols., 1985; Wolf y Crowther, 1992; Yates y Sambrillo, 1984; Fairburn y cols., 1993; Thackwray y Smith, 1993; Cooper y Steere, 1995).

Comedor Compulsivo y Obesidad:

La terapia que prescriben los especialistas contempla fármacos como antidepresivos, la cual se complementa con sesiones de apoyo psicológico en la que se orienta al paciente a que reconozca su enfermedad y mejore su autoestima. En casos extremos habrá que vigilar las conductas impulsivas y tener bajo llave tanto refrigerador como ciertos alimentos, para lo cual se requiere de colaboración de la familia. En el caso de personas obesas, lo ideal es controlar primero las crisis y después iniciar una dieta para bajar de peso.

Se han probado distintos métodos de adelgazamiento para combatir la obesidad, como: pastillas milagrosas, dietas líquidas, inyecciones, parches y fajas y un sinnúmero de productos, que en realidad lo único que hacen es engañar a la persona que lo adquiere.

En los últimos años ha aparecido un nuevo fármaco, cuyo principio activo es el orlistat, para el tratamiento de pacientes obesos o con sobrepeso. Este medicamento actúa inhibiendo las lipasas gastrointestinales lo que modifica la absorción de las grasas por el organismo. Este tratamiento se acompaña de una dieta baja en calorías.

Hay técnicas quirúrgicas que complementan los tratamientos de la obesidad. Una de ellas, el bypass intestinal, consiste en la resección de un segmento de intestino para reducir la absorción de nutrientes. Esta técnica produce numerosos efectos colaterales como diarrea crónica o lesiones hepáticas, e incluso la muerte, por lo que cada vez se emplea con menos frecuencia. Otra técnica es el bypass gástrico, que consiste en disminuir la capacidad del estómago empleando grapas u otros procedimientos. Queda así un reservorio gástrico de pequeño tamaño que evita que el paciente pueda ingerir grandes cantidades de alimento.

El tratamiento más común consiste en la incorporación de dietas hipocalóricas. Muchos profesionales recomiendan dietas de entre 1.200 y 1.500 calorías diarias, aunque en algunos casos se puede recurrir a dietas de entre 400 y 800 calorías por día. La realización de un ejercicio regular también puede ayudar a reducir la obesidad. Debido a que la obesidad está considerada por muchos como una alteración en los hábitos alimenticios de quienes la padecen, hay terapias que tratan de modificar este comportamiento patológico. Se enseña a los pacientes a comer sólo en determinados momentos del día o en lugares específicos, a comer despacio, y a llevar relación escrita de los alimentos ingeridos.

Psicoterapias de grupo

Resultan eficaces, pues permiten la integración empática, ventilación compartida de conflictos, y el funcionamiento con técnicas diversas, de

orientación psicodinámica o cognitivo-conductual. En las Bulimias, como trastornos de tipo adictivo, la "autoayuda" (similar a la que se practica en grupos de alcohólicos o ludópatas) puede ser de gran utilidad. En los grupos de orientación cognitivo-conductual se utilizan técnicas como:

- A nivel fisiológico: Relajación progresiva de Jacobson y/o Benson y respiración abdominal.
- A nivel cognitivo y conductual: Técnicas de exposición, reestructuración cognitiva, modificación de pensamientos e ideas irracionales, habilidades sociales y solución de problemas.

Autorregistros.

Se recomienda que los grupos sean homogéneos en algunos aspectos: por ejemplo, no suele ser conveniente la inclusión en un mismo grupo de anoréxicas restrictivas y bulímicas. En cuanto a edades y tipos de evolución, también es recomendable cierta homogeneidad, si bien suele ser positivo que pacientes con gran mejoría clínica compartan grupo con otras recién diagnosticadas. Las técnicas de grupo pueden aplicarse a pacientes, familiares o hacerse grupos mixtos pacientes-familiares.

Programa de Intervención Grupal en T.C.A.

Terapia de grupo cognitivo conductual

Objetivos:

- Integración empática en el grupo
- Reconocimiento y aceptación del TCA.
- Información sobre TCA, factores que los desencadenan, comportamiento y repercusiones a nivel personal y social (Importancia de la medicación).
- Información sobre la alimentación: Tipo y cantidades necesarias cada día así como su metabolización en el cuerpo, consecuencias y repercusiones que tiene sobre el organismo una mala y/o deficiente alimentación. Hábitos y comportamientos desajustados que tienen las personas con TCA.
- Desmitificación de los ideales y perfeccionismo, trabajando la diferenciación entre el ideal de persona y la persona ideal, corrigiendo los pensamientos y creencias erróneas al respecto.

- Derechos y obligaciones del adolescente e información sobre cambios que se experimentan en el cuerpo al pasar de la infancia a la pre-adolescencia y la adolescencia, problemas derivados de comportamientos impulsivos, sexuales, así como del abuso de sustancias y hábitos tóxicos. Trabajando los problemas afectivos, de conducta y los conflictos y disfunciones familiares.
- Qué es la ansiedad, el estrés y la depresión. Diferencia, causas y consecuencias a los tres niveles de respuesta del organismo. (cognitivo, fisiológico y motor)
- Trabajar la autoestima a partir de la reducción y control de la ansiedad que les genera las obsesiones por el peso e imagen corporal, disminuyendo los sentimientos de culpa e inutilidad, modificando los pensamientos y los comportamientos rígidos (valores no sanos), adaptándolos a otros más sanos.
- Trabajar el control de la ira, enseñándoles la diferencia entre asertividad, agresividad y pasividad. Expresión de molestia, desagrado y disgusto.
- Hacer y recibir críticas y también peticiones, hacer y recibir cumplidos y trabajar la mirada y contacto ocular.
- Definir qué son los pensamientos automáticos e ideas irracionales y las consecuencias que tienen.
- Trabajar los pensamientos alternativos positivos, generadores y reductores de la ansiedad.
- Definir qué es un problema, enseñándoles a buscar la respuesta más adecuada a cada problema.
- Repaso diario al comienzo de cada terapia dependiendo de la necesidad del grupo de temas como: Desfocalización de la atención sobre la comida y peso, estreñimiento, plenitud, control de vómitos, control de impulsos generadores de malestar interpersonal, familiar etc., las causas y consecuencias que han sufrido durante la semana así como la contaminación que les puede generar la interacción entre ellas, dando más importancia y copiando los comportamientos negativos de las que están peor y minimizando los comportamientos positivos de las que están mejor.

6.3.- RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DETERMINADAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD.

El 48,5% de las jóvenes diagnosticadas de anorexia o bulimia padece también un trastorno de personalidad. Esta es una de las conclusiones de un estudio realizado por científicas de la Universitat Jaume I que pretende desentrañar si existe alguna conexión entre los trastornos alimentarios y determinadas características de la personalidad

Dar respuesta a ese enigma puede tener una importancia capital por varias razones. Una de ellas es la prevención, porque descubrir una relación entre los trastornos alimentarios y los de personalidad podría ayudar a detectar a tiempo a personas que, por determinados rasgos de su personalidad, son especialmente vulnerables a desarrollar anorexia o bulimia.

Otra de las razones tiene que ver con el tratamiento de estas patologías. Aunque los tratamientos son efectivos, hay un porcentaje elevado de recaídas. Desentrañar la influencia de los trastornos de personalidad en la propensión a la recaída puede ayudar también a aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento.

Con estos objetivos en mente, las investigadoras del Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología analizaron la personalidad de 150 mujeres jóvenes con una edad media de 24 años y distribuidas en tres grupos distintos. Un primer grupo compuesto por jóvenes diagnosticadas de una bulimia nerviosa de tipo purgativo (60%) y de anorexia nerviosa de tipo purgativo (40%), un segundo grupo compuesto por participantes que, sin estar enfermas, mostraban conductas de restricción alimentaria y, por último, un tercer grupo de control.

Lo que vimos es que un 48,5% de las pacientes del primer grupo, es decir, chicas con anorexia o bulimia nerviosas, cumplía criterios de un trastorno de personalidad», comenta Azucena García Palacios, investigadora principal del estudio. Los patrones de personalidad patológica más frecuentes eran el tipo evitativo y el autodestructivo. Unos patrones que, al acompañar a los trastornos

alimentarios, pueden tener un papel importante en el fracaso de los tratamientos de la anorexia y la bulimia.

Este resultado apoya la idea cada vez más extendida de la necesidad de diseñar y validar programas de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria que incluyan componentes y estrategias dirigidos al tratamiento de la patología de la personalidad, señalan las autoras.

Por otro lado, las investigadoras hallaron que las participantes del segundo grupo (compuesto por jóvenes no enfermas pero con ciertas conductas de restricción alimentaria que pueden interpretarse como un preludio de la anorexia o la bulimia) presentaban puntuaciones «significativamente» mayores con respecto al grupo control en aspectos de patología alimentaria y de personalidad. Es decir, que además de una cierta tendencia a controlar su ingesta de calorías, estas jóvenes poseían ciertos rasgos de personalidad patológica

Una información relevante a tener en cuenta es que el hecho de padecer una patología de la personalidad tiene un alto valor predictivo con respecto a la gravedad, comorbilidad con otros trastornos como los desórdenes del estado de ánimo, la historia de intentos de suicidio, o el número de hospitalizaciones psiquiátricas, así como la respuesta al tratamiento, concluyen las investigadoras.

6.4.- TESTIMONIO DE UNA PERSONA QUE HA SUFRIDO TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

Testimonio de una persona Bulímica

Hola bueno soy Sol este año fue uno de los peores de mi vida tengo 14 años cumplidos en octubre el 3 bueno este año estuve como loca buscando agencias para entrar a desfilar ahora entre a una que se llama XXXXXX y bueno...pero antes de entrar para mi fue todo un caos antes estaba con XXXXX (otra agencia) pero como son muy grandes las chicas de ahí y supuse q no me llamarían mas me fui busque busque..encontré agencias malísimas y

espantosas...hice fotos desfiles...pero en la mitad del año tuve un gran problema comencé como interesada de la moda a ver el canal FTV...todos los días lo miraba cuando llegaba del colegio...es mas me quedaba horas después de las 12 d la noche mirando los desfiles de Milan y New York... pero una vez me agarro un ataque,...yo como toda chica odio cuando como y se me hincha la panza que tengo...entonces mire tantos desfiles que me dieron ganas de ser como esas chicas súper flacas que le entra de ropa cualquier cosa..me encantan entonces un día me interese mucho en la bulimia y anorexia..ya que las chicas de la tele no eran normales era obvio que no hacían dietas si no que no comían o vomitaba me metí en Internet puse en google BULIMIA y después de buscar tanto me apareció una foto de una boca abierta con tres dedos casi en la garganta y dije mm!! ni loca pero el tiempo paso y mas me quería parecer a esas chicas..me bestia con la ropa q me hiciera lo mas flaca posible me hacia los rodetes como usan ellas sin pintura en la cara pálidas y con un delineado en la parte de arriba en los ojos quería ser igual a ellas flaquéisima así que un día me puse las pilas y como llegue temprano del colegio estaba sola y m fui al baño...lo intente y no pude solo vomitaba flema fue un día muy glorioso para mi ...pero sabia que por dentro iba a ser el peor día de mi vida...y así fue porque todos los días vomitaba cada comía...me veía muy flaca pero cuando miraba a otras chicas decía hay porque yo no puedo ser mas flaca todavía!

Hubo días que deje de comer y llegaba pálida a mi casa...casi me desmayaba...fueron pocos días los que no comí nada...pero hubo otros que comía demasiado...siempre me pasaba que una semana estaba re delgada súper y la otra ya como no aguantaba me comía todo eso era terrible para mi entonces me di cuenta de que tenia que seguir vomitando...en todos lados...hasta en los shoppings cuando con mi novio iba a comer nadie sabe nada ni mis papas ni mi novio...pero dudan. Dudan de que no como mejor para mi porque piensan que me puedo controlar en las comidas pero no ha escondidas como mucho vomito cuando estoy con gente no como nada cuando voy al baño tardo horas pero no dudan nada porque de chiquita tardaba horas...encima a veces mis papas me ven comer y bien pero lo peor es que no saben que cuando no me ven vivo vomitando es algo horrible pero por dentro cuando m veo en el espejo soy feliz...hubo un tiempo en que casi no tenia panza ni cola era re feliz pero no daba mas del hambre así que comí mas de la

cuenta y volví otra vez a pesar 55kl antes pesaba 53kl yo quiero llegar a 50 después d ahí estaría re feliz pero es imposible llegar a eso con dietas por eso tome esta forma...igual en mi colegio me ven como un hueso caminando pero yo me veo mas gorda que cualquier otra persona...por eso en el colegio tampoco comía nada la preceptora dudaba y todo el tiempo me preguntaba si estaba bien porque hubo casos en los que me veía decaída pálida o cuando hubo un cumpleaños en el cole comimos torta...pero como la noche anterior yo no había comido nada...arrase con todo y después fui al baño sola..la preceptora dudaba mucho mi amiga también me tiene todos los movimientos controlados por eso no quiero ir a su casa...porque comería como siempre y no quiero y seria capaz de abrirme la puerta del baño para ver lo que hago...es horrible mi novio si se enteraría me mataría el dice que me ama así como soy pero yo no me amo me odio me amo cuando doy todo mi esfuerzo en esto...en el colegio...tuve problemas porque a veces no me salían bien las pruebas por cansancio y eso...lo peor de todo es que mis papas pensaban que yo no hacia nada por vaga...pero eso es lo peor como no quieres que sepan tu problema te tienes que aguantar todo lo que te digan como...NUNCA HACES NADA SIEMPRE DEPRIMIDA DE TODO!! y sin embargo no saben por el problema que pasamos ahora en XXXXX (la agencia) vi y hay chicas increíblemente flacas pero no se como hacen...y encima de cadera yo tengo 94 como tengo q llegar a 90cm o 92cm es una locura...pero bueno hace meses que estoy con esto y ataco gravemente mi cabeza porque no puedo curarme de decir “hay comí mucho estoy re gorda” es imposible curarse de eso espero que chicas que traten de asemejarse a las demás se miren primero ellas para ver si necesitan o no eso obviamente que no pero hay chicas hermosas que mueren por esta maldita enfermedad así era yo súper feliz....ahora lo soy pero solo por 2 minutos cuando vomito...luego mi vida es negra por lo menos tengo a mi novio que me ama y a mi familia si supieran

Testimonio de una persona anoréxica

Hola mi nombre es María y estoy en proceso de "cura" de la anorexia, soy bastante alta mido 1.84 y llegué a pesar 42 kilos y a pesar de ello me sentía obesa, no podía ponerme de pié porque no tenía la suficiente fuerza, tomaba

agua y la vomitaba porque mi estómago no toleraba alimento, siempre me la pasaba enferma y pues como no si mis defensas ya no existían en fin era un cadáver ambulante y obviamente mis padres no sabían ya que vivía sola en otro país porque me fui a estudiar supuestamente y claro estaba que no iba a la escuela, una amiga a la que odié en su momento llamó a mis padres y vinieron sabrán la enojada que me di, porque yo "no estaba enferma", mis papás me vieron y soltaron en llanto, me llevaron a la clínica donde permanecí dos meses y medio internada debido a mi desnutrición y a los problemas cardiacos que ya tenía, claro más todos los problemas era mmmm como se puede decir un catálogo de enfermedades. Fue horrible porque me sentía fatal y a la vez me sentía obesa. La anorexia es una enfermedad que pude ser tratada. Ahora que ya se puede decir que estoy en recuperación me arrepiento del daño que me hice, tengo secuelas de por vida como es el que no podré tener hijos debido a mis problemas cardiacos de por vida.

Y lo que más lamento es el sufrimiento que les causé a mis padres. Digan no a la anorexia.

Testimonio de una persona anoréxica

Paola tiene tez trigueña, cabello negro con rasgos de su otro esplendor, ojos inexpresivos, pesa 40 kilos, mide 1.75 metros y está en una etapa aguda de anorexia. Come todo el día piña y cuando acaba se siente tan mal que se toma

hasta tres litros de agua. Paola tiene 15 años. A pesar de su debilidad ella hace todo lo posible por controlar a sus padres, con quienes vive en una ciudadela apartada.

Al salir a merchar ella sólo quiere que compren cosas baratas y nos les deja traer el número de abarrotes suficientes para la semana. Paola se preocupa por la crisis económica del país, teme mucho por el capital económico de sus padres y por la forma en que estos trabajan.

Las peleas entre sus padres y ella son terribles. Paola no teme que la vean delgada, no le importa que sus huesos se marquen de manera impresionante y la gente siempre se la quede mirando.

Después de cuatro años de sufrimiento intenso por su trastorno tiene problemas con las directivas de su colegio por su inocultable enfermedad. En el colegio culpabilizan a sus padres y les recriminan diciendo que la niña podría ser mal ejemplo para sus compañeras. También les advierten que no se responsabilizarán si a la niña le pasa algo en el colegio. Paola estudia en un colegio de prestigio donde el índice de afectadas por trastornos alimentarios tiene preocupada a la Asociación de Padres de Familia. A pesar de todo Paola consiguió que la emplearan en vacaciones para ayudar en algo a sus padres con la carga económica. Se la pasa todo el día en su trabajo y al regresar a casa le dice a su madre que en el colegio ella 'comió'. Dos meses después de que Paola empezó a trabajar sus padres encontraron a una psicóloga joven que ha leído mucho sobre el tema de los trastornos de la alimentación. Se lleva bien con la niña y ha empezado a mostrar síntomas de mejoría.

Testimonio de una persona obesa

Empezare desde el principio, soy una chica de 27 años, española, y como la mayoría de los obesos, fui una niña gordita, una adolescente con un sobrepeso considerable y en la edad adulta, una obesidad extrema.

Desde pequeñita, solo tengo recuerdos de los niños de mi colegio llamándome gorda, cuantas veces e intentado disimular para que los demás no se dieran cuenta de que esos insultos eran para mi, y como toda mi vida he tenido que hacer un 200% de mas esfuerzo que una persona delgada, para caer bien, aunque por dentro cada día, he roto a llorar.

Mi madre, la verdad, nunca se ha preocupado mucho de mi situación, para ella era más fácil tener que recordarme constantemente lo gorda que estoy, como si yo no tuviera ojos en mi cara. A ojos de los de mí alrededor, yo nunca he sufrido por el tema de

mi sobrepeso, y creo que nadie en este mundo me conoce realmente. Mi adolescencia, la he perdido, he pasado toda mi juventud encerrada en una habitación, y salía de casa para lo justo, para ir al instituto y a trabajar, poco mas he hecho. Siempre me he enamorado en secreto, de esos chicos que nunca se enamorarían de mí, de una gorda.

A los 22 años tuve la gran fuerza de voluntad de hacer un régimen, y logre ponerme en 63 kilos, imaginaos, pesando siempre mas de 100 kilos, llegar a esa meta fue fabuloso. Yo, usando una talla 40, poniéndome ropa "normal" tengo que decir que fui muy feliz, tan feliz como nunca lo había sido.

Empecé a salir, a relacionarme, en fin, mi vida dio un cambio de 180 grados, pero lo que no sabia cuanto cruel es el efecto yoyo..a lo que me he convertido ahora, en una obesa que pesa mucho mas de 100 kilos, una vida destrozada, porque toque el cielo con mis dedos, y no solo he vuelto al fondo, sino que me he hundido pero bien.

La idea de hacer esta modesta página, como he dicho antes, ha sido por desahogo personal, pero con sinceridad, también porque necesito hablar con gente que sepa de lo que hablo y que me entienda, y poder ayudarnos unos a otros espero que mucha gente se anime a poner su historia aquí, a mi me haría bien, y se que a otras personas también. Gracias por escucharme.

7.- CONCLUSIONES

Con este trabajo he podido analizar los alcances y limitaciones que tiene la teoría sistémica en el tratamiento de los trastornos alimenticios como son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, comedor compulsivo y obesidad, siendo su principal arma para luchar en contra de estas enfermedades mentales.

El tratamiento del grupo familiar como sistema principal y los subsistemas como individuo, sin embargo estos trastornos para ser tratados por medio de esta terapia pueden verse complicados al existir en el caso de la anorexia nerviosa una disminución de peso tan severa, o descompensaciones en el caso de la bulimia, que ni siquiera con

hospitalización se pueda sobrellevar, dando como consecuencia la muerte del paciente.

Sin embargo, esta terapia sería inútil si es que la sociedad no lucha de manera conjunta contra estos desordenes alimenticios, desde la escuela, la familia, promoviendo conciencia acerca de este tipo de trastornos, así como las actitudes saludables sobre la imagen corporal y la comida que son necesarios en la prevención de este tipo de desordenes. Tratando de controlar el mercado de la publicidad, la influencia del medio a través de la televisión, la moda, el cine, cambiando en la mente el estereotipo de mujer perfecta igual a delgadez extrema.

Toda esta presión del medio ocasiona también una baja autoestima que si no es sobrellevada ocasionara comedores compulsivos y obesidad, que en etapas de ansiedad, depresión e inseguridad si no tienen un soporte profesional adecuado empeoraran cada vez mas su dependencia a la comida.

Según el análisis que he realizado y a la experiencia que en el ámbito personal he experimentado la aplicación que proyecto dar al presente trabajo será implementar prevención y tratamientos para personas con Trastornos de la Conducta Alimenticia, una Clínica de Rehabilitación a personas con este tipo de desordenes, en el que se incluya la terapia sistémica como base principal, e interactuando con otros tipos de terapias como individual, de grupo, cognitivo-conductual etc, y con la ayuda de profesionales calificados será el soporte a una etapa motivacional y de superación de problemas individuales que los pacientes presenten como consecuencia de la presión de ser una mujer “PERFECTA”?