



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR PRESENTE
EN LA ANOREXIA FEMENINA EN LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA**

**Monografía previo a la obtención del
título de PSICOLOGA CLÍNICA**

Alumna: ANDREA ABRIL MOLINA

Director: MST.. GERARDO PEÑA CASTRO

CUENCA - 2007

A MIS PADRES

Y A MI HIJA

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a la UNIVERSIDAD DEL AZUAY por haberme abierto las puertas para empezar a cumplir mis sueños.

También a cada uno de mis maestros universitarios pues sin sus enseñanzas nunca podría haberlo realizado puesto que su dedicación y el amor a la enseñanza sembraron en mi, grandes ideales a nivel intelectual y humano.

Al doctor Gerardo Peña, quien ha sido mi profesor desde los primeros años educativos hasta concluirlos y ahora tengo el honor de que él sea mi director de monografía y continué brindándome su saber y colaborando en el desarrollo de la misma.

Agradezco también a mis Padres, quienes con sus sacrificios y amor me dieron los estudios, sobre todo a mi Madre, que ahora esta en el cielo puesto, que me ayudo en los momentos más difíciles de mis años universitarios. Y, sobre todo agradezco a Dios quien fue el que puso a cada una de estas grandes personas en mi camino de aprendizaje para llegar al principio de mi mundo profesional.

RESUMEN

Esta monografía describe a la estructura familiar y la influencia que tiene la misma en la aparición de la anorexia nerviosa, observándose el predominio de estilos de crianza sobreprotectoras, rechazantes y ambivalentes

Estas familias suelen presentar grandes miedos al conflicto, mostrando una imagen de una familia armoniosa y sin problemas favoreciendo al desarrollo de la enfermedad.

Por lo que la anorexia y la familia se interrelacionan.

ABSTRACT

This research work describes the familiar structure and the influence it has in the anorexia appearance, noticing the prevalence of overprotecting breeding styles, rejected and useless.

These families use to show up. Huge fear to the shown conflict, showing a harmonious family image and without any problems, making easy the sickness development.

Being for that the anorexia and the family related each other.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN .. | 6 |
| 1 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA SISTÉMICA EN LA FAMILIA .. | 8 |
| 1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA FAMILIA COMO SISTEMA..... | 8 |
| 1.2 LA ESTRUCTURA FAMILIAR. | 17 |
| 1.2.1 <i>Indicadores de funcionamiento saludables en la familia.....</i> | <i>20</i> |
| 1.3 CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA EN LA FAMILIA..... | 22 |
| 1.4 FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES..... | 23 |
| 2 ANOREXIA Y FAMILIA .. | 28 |
| 2.1 DEFINICIÓN DE LA ANOREXIA..... | 28 |
| 2.1.1 <i>Manifestaciones Clínicas.</i> | <i>30</i> |
| 2.1.2 <i>Tipos de anorexia nerviosa.....</i> | <i>32</i> |
| 2.2 FAMILIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS: | 33 |
| 2.2.1 <i>Antecedentes Familiares Patológicos.....</i> | <i>36</i> |
| 2.2.2 <i>Estructura familiar en la anorexia.....</i> | <i>38</i> |
| 2.2.3 <i>Interacciones familiares y su sostenimiento del síntoma.....</i> | <i>41</i> |
| 2.2.4 <i>Amenazas del bienestar de los adolescentes.....</i> | <i>44</i> |
| 2.2.5 <i>Imagen corporal reacciones en los cambios físicos en la adolescencia.....</i> | <i>45</i> |
| 2.2.6 <i>Nutrición, Comida y Trastornos alimenticios en la adolescencia.....</i> | <i>47</i> |
| CONCLUSIONES..... | 51 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 52 |

INTRODUCCIÓN

Nuestra monografía trata sobre la estructura familiar centrándonos en el problema de la anorexia en la adolescencia, puesto que es uno de los problemas que preocupa a nuestra sociedad.

El objetivo principal planteado, es determinar las características principales de un cuadro anoréxico y su relación con la estructura familiar explicando igualmente la interacción familiar a través de la teoría sistémica

Se va a tratar sobre temas que consideramos de vital importancia para entender la estructura familiar y la anorexia.

En el primer capítulo conceptualizamos a la familia como un sistema abierto describiendo a cada uno de los subsistemas que presenta la misma, se habla del proceso de cambio y desarrollo que tiene la familia y las estructuras familiares que presentan, lo que implica reglas de participación y jerarquías que encierran poder.

Los indicadores de funcionamiento saludable en las familias es uno de los factores de mayor importancia para poder entender las estructuras familiares y el desarrollo de la familia con hijos adolescentes .

En el segundo capítulo hablamos sobre como se define a la anorexia, las principales manifestaciones clínicas presentes en cada uno de los tipos de anorexia nerviosa junto con su sintomatología, se habla también sobre los antecedentes familiares patológicos, su estructura familiar, las interacciones familiares y su sostenimiento del síntoma, puesto que los patrones de conducta se basan en

determinadas estructuras familiares transmitidas en este tipo de familias a lo largo de varias generaciones.

También hablamos sobre la influencia que tiene la etapa de la adolescencia en la aparición de un cuadro anoréxico.

Por último tratamos sobre la nutrición, comida y los trastornos alimenticios que suelen presentarse en esta etapa.

Dentro de estos capítulos se habla de la familia como una unidad de personas en interacción, por lo que, cualquier cambio en una parte del sistema produce cambios en los otros miembros, modificando al sistema en su conjunto.

Para concluir quisiéramos contarles sobre la gran satisfacción que se tiene al haber realizado esta monografía pues nos ha dejado muchos saberes y enseñanzas sobre la anorexia en adolescentes, sobre todo un sentimiento de satisfacción propia. Aunque me hubiera encantado tener mucho más tiempo para poder desarrollar este interesante tema que esta afectando tanto a nuestra sociedad.

1 CONSIDERACIONES GENERALES DE LA SISTÉMICA EN LA FAMILIA

A continuación exploramos los misterios de las estructuras familiares vistas como un sistema abierto, flexible y fluctuante constantemente, junto con sus estructuras viables, que son utilizadas para desempeñar tareas esenciales que se presentan dentro de una familia, mostrando que el principal punto es captar la dinámica familiar, y de comprender la situación de cada miembro de la familia.

1.1 Conceptualización de la familia como sistema.

Para Minuchin¹ la familia se concibe como un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el exterior, que en el curso del tiempo a elaborado pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. La estructura rige el funcionamiento de los miembros que la conforman, define la gama de sus conductas y facilita su interacción recíproca.

Algunos especialistas en el campo de la psicología como Bateson² han estudiado los procesos de organización y las modalidades de relación interpersonal a través del modelo sistémico.

¹ Cf. Salvador Minuchin H; Charles Fishma, "*técnicas de terapia familiar*" Piados Ibérica ,1983, pág. 22,23.

² Cf. Bateson, G, "*Pasos Hacia una ecología de la mente*", Lohlé Buenos Aires, 1976, pág.16,17,18.

Según Bertalanffy³ la psicología abandonara las posturas americanas (clásica o neoconductista), para pasar a teorías de raíz cibernética, basadas en la concepción del cálculo matemático. El modelo de hombre que propone la visión sistémica, al momento de captar los aspectos de relación y globalidad, propone la idea de un sistema de personalidad activo en el que la creatividad, la imprevisibilidad y la capacidad de elegir constituyen las características más representativas.

Al aplicar los principios sistémicos a la psicología, se empezó a dar la importancia que la familia tiene para la formación de la personalidad de los individuos y para explicar los comportamientos, tanto normales como anormales. Por consiguiente el estudio de la psicología sistémica se ha centrado en las modalidades relacionales convirtiéndose en un instrumento para determinar las reglas que caracterizan la compleja organización del sistema familiar, la cual se considera como el sistema relacional primario en el proceso de individuación, crecimiento y cambio del individuo.

Bateson⁴ menciona a Malagoli-Togliatti quien comenta que el sufrimiento del individuo es una expresión de la disfuncionalidad de todo el sistema, ya sea en sus relaciones internas o con el ambiente exterior.

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

Para Minuchin⁵ y Fishman , el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus individuos como subsistemas. En el que cada uno de estos

³ Cf. Bertalanffy V, "*Teoría general de los sistema*", Editorial Fondo de cultura económica, México 1971, pág. 10-19.

⁴ Cf. Bateson, G, "*Pasos Hacia una ecología de la mente* Lohlé, Buenos Aires, 1976, Pág.,16, 17,18.

⁵ Cf. Salvador Minuchin H; Charles Fishman, "*técnicas de terapia familiar*", "Paidós Ibérica,1983, pág. 22,23.

pertenece a su vez a otros subsistemas y posee diferentes niveles de poder, en los que aprende habilidades diferenciadas, para una competencia con los demás en el medio de una familia nuclear y extensa, en la que es un todo y una parte al mismo tiempo.

Es en ésta relación dialéctica donde se despliega su energía en búsqueda de la autonomía y de su autoconservación cómo un todo. De ahí que parte y todo se contiene recíprocamente en un proceso continuado, actual, corriente, de comunicación e interrelación. Es decir, que en el sistema familiar tradicional se identifican el subsistema individual, el conyugal, el parental y el de los hermanos.

El subsistema individual:

El holón individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo. Hasta abarcar los aportes actuales del contexto social las interacciones específicas con los demás traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados al contexto. El individuo influye sobre las personas que interactúan con él en papeles determinados porque sus respuestas traen a la luz y refuerzan las respuestas de ellos hay un proceso circular y continuo de influjo y recíprocos el individuo y el contexto son capaces de flexibilidad y de cambio.

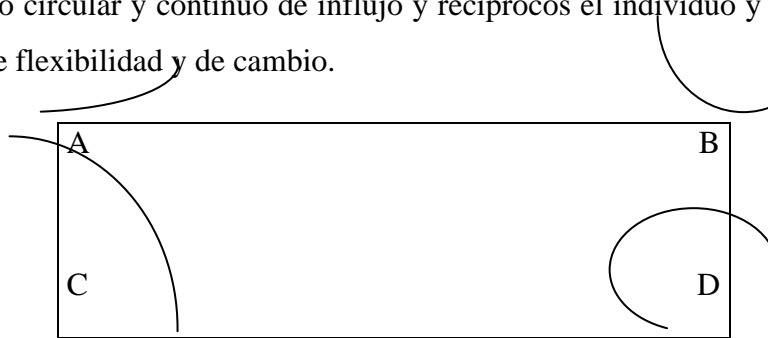


FIGURA 1.1

En la figura 1.1 “El rectángulo representa a la familia cada miembro es un miembro individual de ella. Solo ciertos segmentos del si mismo están incluidos en el organismo de la familia. Para C y D, la familia es más necesaria que para A y B, acaso mas vinculados con sus colegas, su familia de origen y grupos contemporáneos no obstante está gobernada por una organización familiar”.

La variedad de las conductas que se pueden incluir en el programa de la familia depende de la capacidad de esta para absorber e incorporar energía e información de ámbitos extrafamiliares.

La interacción constante, dentro de diferentes holones en tiempos distintos requiere de la actualización de los respectivos segmentos de si mismo. Un niño en interacción con su Madre demasiado unida aparecerá desvalido a fin de provocar los cuidados de ella. Pero con su hermano mayor se mostrará decidido y entrara en competencia para obtener lo que desea, un adolescente, dominante en su grupo de edad si se coliga con un hermano mayor, aprende a ser cortés cuando éste no esta presente. Contextos diferentes reclaman facetas distintas.

Las personas en cada una de sus interacciones, solo manifiestan parte de sus posibilidades. Estas son múltiples pero algunas son traídas a la luz o canalizadas por la estructura del contexto. Por lo tanto la quiebra o la ampliación del contexto pueden permitir el surgimiento de nuevas posibilidades.

Las familias son sistemas multiindividuales de extrema complejidad, pero son a su vez subsistemas de unidades mas vastas: la familia extensa, el vecindario, la sociedad como un todo. La interacción con estos holones más vastos engendra buena parte de los problemas y tareas de la familia, así como de sus sistemas de apoyo.

Las familias tienen subsistemas diferenciados. Cada individuo es un subsistema, como lo son las díadas, por ejemplo marido y mujer. Subgrupos mas amplios son los formados por los miembros de la misma generación (el subsistema de los hermanos), el sexo (abuelo, padre, hijo varón) o la tarea (el subsistema parental) las personas se adecuan caleidoscópicamente a estos diferentes subsistemas. Un hijo tiene que actuar como un niño dentro del subsistema parental para que su padre pueda obrar como adultos. Pero si lo dejan a cargo de su hermano pequeño deberá tomar sobre si responsabilidades ejecutivas.

Subsistema conyugal:

En la terapia familiar es útil conceptualizar el comienzo de la familia como el momento en que dos adultos, hombre y mujer, se unen con el propósito de formarla. Este acuerdo no necesita ser legal para poseer significación.

Cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencias, esto significa perder individualidad, pero ganando en pertenencia.

Las pautas establecidas por la pareja serán las que gobiernan el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta a sí mismo y experimenta al compañero dentro del contexto matrimonial. Siempre existirán puntos de fricción y el sistema se deberá adaptar para hacer frente a demandas contextuales modificadas. Pero en algún momento tiene que quedar elaborada una estructura que constituya la base de las interacciones de los cónyuges.

Una de las más importantes tareas del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan procurándoles un ámbito para su satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que interfieran parientes de la pareja.

La eficacia con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importantes que determinan la vitalidad de la estructura familiar.

Si consideramos la familia nuclear separadas de otros contextos, cada cónyuge a parece como el contexto adulto total del otro. En nuestra sociedad extremadamente móvil, la familia nuclear puede de hecho encontrarse aislada de los demás sistemas de apoyo, lo que trae por consecuencia una sobrecarga del subsistema de los cónyuges. El subsistema de los cónyuges es entonces un poderoso contexto para la confirmación y la descalificación.

El subsistema de los cónyuges puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar, y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de afuera. Pero si las reglas de este subsistema son tan rígidas que no permiten asimilar las experiencias que cada esposo hace en sus interacciones fuera de la familia “cónyuges dentro del sistema” pueden quedar atados a reglas

inadecuadas de supervivencia, solo cuando estén lejos uno del otro podrán desplegar aspectos más diversificados de su personalidad. En esta situación el subsistema de los cónyuges se empobrecerá más y más y perderá vitalidad. Volviéndose inutilizable como fuente de crecimiento para sus miembros si estas condiciones persisten, puede ocurrir que los cónyuges encuentren necesario desmantelar el sistema.

El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos, constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas puesto que el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero triste o preocupado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores, y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior

Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia. En situaciones patógenas, uno de los hijos se puede convertir en chivo emisario o aliado de un cónyuge contra el otro. El terapeuta tiene que mantenerse alerta para eventual empleo del hijo como miembro de un subsistema al que no debería pertenecer, puesto que corresponden a las funciones parentales.

El subsistema parental:

Las interacciones dentro del Holón parental incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Entre muchos más aspectos del desarrollo del niño que reciben de sus interacciones con este subsistema. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprende a considerar racional o arbitrariamente la autoridad. Llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como los modos más eficaces de comunicar lo que desean, dentro de su propio estilo familiar, según las respuestas de sus progenitores, y según que estas sean adecuadas o no a su edad, el niño modela su sentimiento de lo correcto. Conoce las conductas recompensadas y las desalentadas. Dentro del subsistema parental, vivencia el estilo con su familia afronta los conflictos y las negociaciones.

El holón parental puede estar compuesto muy diversamente. A veces incluye un abuelo o una ti. Es posible que excluya en buena medida a uno de los padres.

Puede incluir a un hijo parental, en quien se delega la autoridad de cuidar y disciplinar a sus hermanos. El terapeuta tiene la tarea de descubrir quienes son los miembros del subsistema; de poco valdrá instruir a una Madre si la que realmente cumple ese papel para el niño es su abuela.

El subsistema parental tiene según Minuchin y Fishman⁶ tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Con el aumento de su capacidad, se le deben dar más oportunidades para que tome decisiones y se controle a sí mismo.

Las familias con hijos adolescentes han de practicar una modalidad de negociaciones diferentes que las familias con hijos pequeño. Los padres con hijos mayores tendrán que concederles más autoridad, al tiempo que les exigen más responsabilidades

Dentro del subsistema parental, los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos; pero también poseen derechos. Los padres tiene el derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como cambio de domicilio, selección de la escuela y fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia. Tiene el derecho y aun el deber, de proteger la privacidad del subsistema de los cónyuges y de fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia

Los problemas de control están presentes en el Holón parental de continuo se les enfrenta y se los resuelve en mayor o menor medida, por ensayo y error, en todas las familias, las soluciones variara para diferentes estadios de desarrollo de la familia.

Cuando una familia se atasca en esta tarea y acude a la terapia, es esencial que el terapeuta este atento a la participación de todos los miembros en el

⁶ Cf. Salvador Minuchin H; Charles Fishman, "*técnicas de terapia familiar*," Paidós Ibérica, 1983, pág. 22,23.

mantenimiento de la interacción disfuncional, por un lado, y por el otro en la eventual solución del problema, con los recursos que ellos mismos puedan poseer.

El subsistema de los hermanos:

Para Helm Stierlin⁷ Ingeborg Rucher-Emden, Norbert Wetzel y Michael Wirsching coinciden que los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa. Dentro de este contexto, los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como chivo emisario y, en general, aprenden unos de otro. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir. Se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigo, en aprender de otros y en ser reconocidos van tomando diferentes posiciones en el constante toma y data; este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad.

Estas pautas cobrarán significación cuando ingresen en grupos de iguales fuera de la familia.

Según Minuchin⁸ y Fishman el terapeuta tiene que utilizar el lenguaje de las diferentes etapas evolutivas y esté familiarizado con sus diversos recursos y necesidades. Es conveniente escenificar en el contexto de los hermanos secuencias interactivas donde ejerciten aptitudes para la resolución de conflictos en ciertos campos, por ejemplo, la autonomía, emulación la capacidad que después puedan practicar en subsistemas extrafamiliares. Los terapeutas deben recordar que las familias son holones insertos en una cultura más amplia y que la función de ellos es ayudarlas a ser más viables dentro de las posibilidades existentes en sus propios sistemas culturales y familiares.

En resumen, el sistema familiar se compone de un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de

⁷ Cf. Helm Stierlin, Ingeborg Rucher-Emden, Norbert Wetzel y Michael Wirsching, *“Terapia de la Familia La primera entrevista,”* Barcelona, 1981, pág. 158,159, 160.

⁸Cf. Salvador Minuchin H; Charles Fishman, *“técnicas de terapia familiar,”* Paidós Ibérica, 1983, pág. 27-37.

definir quiénes pertenecen a un sistema, son necesarios los límites, los cuales funcionan como líneas de demarcación y como lugares de intercambio de comunicación entre dos sistemas o subsistemas.

El Desarrollo y el Cambio.

La familia no es una entidad estática está en proceso de cambio continuo lo mismo que sus contextos sociales. Pero el cambio de la familia se produce en el presente, pero solo cobra relieve en el largo plazo.

La familia esta sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera. Un abuelo muere; es posible que entonces todo el subsistema parental deba sufrir un realineamiento. El cambio es la norma dentro de cualquier familia puesto que revelaría notable flexibilidad, fluctuación constante y, muy probablemente, más desequilibrio que equilibrio

Contemplar una familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona en el tiempo.

Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. Las exigencias de cambio puede activar los mecanismos que contrarrestan, pero el sistema evoluciona hacia una complejidad creciente. Aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo su continuidad.

En un sistema vivo las fluctuaciones, sean de origen internos o externos, guían el sistema hasta una nueva estructura, “una estructura nueva es siempre el resultado de una inestabilidad. Nace de una fluctuación. Mientras que por lo común las fluctuaciones son seguidas por una respuesta que retrotrae el sistema a su estado imperturbado, en el punto de formación de una estructura nueva, por el contrario las fluctuaciones, se amplifican”.

La familia, sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior. Las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. Pero si la fluctuación se

hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones.

Esta concepción de la familia como sistema vivo parece indicar que la investigación de cualquier familia en el largo plazo comprobará el siguiente desarrollo, en que períodos de desequilibrio alternan con periodos de homeostasis, manteniéndose la fluctuación dentro de una amplitud manejable, este modelo no se limita al individuo y su contexto. Tiene por referente holones y parte del supuesto de que los cambios evolutivos del individuo influyen sobre la familia, y que los cambios sobrevenidos en la familia y en los holones extrafamiliares influyen sobre los holones individuales.

Según este modelo la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Se presenta igualmente periodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto. La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes nuevas.

En el caso de un niño “de dos años a quien envían al jardín de infancia. Lejos de su madre, ensayará nuevas habilidades para enfrentar situaciones y empezará a demandar relaciones nuevas dentro de su familia. La madre, en el supermercado tendrá que dejarlo elegir la marca de galletas que consume en la escuela. Esta noche, el Padre deberá consolar a la Madre con un chiste sobre los dos años, la edad del niño terrible,” entonces los tres miembros de esa familia tienen que superar el estadio de bebé/padre de bebe. El niño, la díada madre-hijo y la tríada familiar participan de una estructura disipadora. La fluctuación se ha ampliado porque en el sistema se han introducido elementos nuevos, de origen interno y externo y las inestabilidades presentes harán que se logre un progreso en una complejidad nueva.

1.2 La estructura familiar.

Minuchin entre los años 1965 y 1979 desarrolló su trabajo como director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia, creó un enfoque terapéutico central en la

estructura familiar, donde definió que los procesos del sistema familiar se reflejaban temporalmente en sus estructuras. En sus investigaciones se dedicó a estudiar y especializarse en el estudio de la estructura familiar y la definió como “una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que los miembros interactúan”.

Para⁹ Minuchin la estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Las actividades de la estructura cambian de acuerdo con su evolución. Por ello la estructura está constituida por pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.

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

Sin embargo, las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites.

La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impactan profundamente en las transacciones familiares, por ende producen un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.

⁹ Cf. Minuchin , “*Familias y terapia familiar*,” Editorial Gedisa, Barcelona, 1999, pág. 78-99.

Para Bateson¹⁰ y Bertanffy¹¹ una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntan el sistema. Dichas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia, que son mantenidas por dos sistemas de coacción, el primero es genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar y el segundo, el idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, estas negociaciones pueden ser explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionándolas a menudo con los acontecimientos diarios.

De este modo el sistema se mantiene a si mismo dentro de una estructura familiar, la concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón si en cambio existe desapego, es posible que aquellos estén aislados, faltos de apoyo, aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de los holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistemas.

Cuando el terapeuta se hace coparticipe de la familia, se convierte en miembro participante del sistema que intenta transformar. A medida que vivencia las interacciones de la familia, se forma un diagnostico vivencial de su funcionamiento. Este mapa de familia señala la posición reciproca de los miembros. Pone de manifiesto coaliciones, alianzas, conflictos explícitos e implícitos, así como los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos. Identifica a los miembros que operan como desviadores de conflicto y a los que actúan como central de operaciones

El mapa consigna también a los que prodigan cuidados, los que auxilian y los que sirven de chivo emisario. El trazado que así se obtiene de las fronteras entre

¹⁰ Cf. Bateson, G, "*Pasos Hacia una ecología de la mente*", Lohlé, Buenos Aires, 1976, pág.15, 2.

¹¹ Cf. Bertanffy L. Von, "*teoría general de los sistemas*", Madrid FCE España, 1976, pág.25.

subsistemas indica el movimiento existente y marca sectores de posible fortaleza o disfunción.

1.2.1 Indicadores de funcionamiento saludables en la familia

Los principales indicadores del funcionamiento familiar propuestos por Andolfi¹² se presentan a continuación:

- a) La familia como sistema en constante transformación: la familia como sistema se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. El sistema familiar asegura tanto la continuidad y el desarrollo, mediante un equilibrio dinámico entre dos funciones comunes aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación. y este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones.

- b) La familia como sistema activo e interaccional abierto que se autogobierna permitiéndola llegar a una autorregulación mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y el error, que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no lo está, hasta llegar a una definición estable de la relación, es decir a la formación de una unidad sistémica regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles, con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones. Así todo tipo de tensión dentro de la familia (nacimiento de los hijos, divorcios, duelo) o del exterior (cambios de residencia o de condiciones en el trabajo), vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, el mismo que va precedido por un estado temporario de desequilibrio Homeostática y

¹² Cf. Andolfi M, "*Terapia familiar*", Paidós, México, 1997, pág.39-54.

Trasformación. Es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y consentir el crecimiento de sus miembros, por otro.

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

Cualidades de la familia sana:

- Sentido de totalidad o espíritu de grupo
- Compromiso familiar
- Respeto por lo individual
- Presencia de rituales familiares
- Lugar para el juego y el humor
- Estímulo para la expresión afectiva
- Resolución productiva de problemas y conflictos
- Diferenciación generacional
- Flexibilidad de los roles
- Formación del subgrupo de hermanos
- Rotación del lugar de “chivo expiatorio
- Crecimiento

Funcionamiento familiar optimo:

1. Transacciones maritales

- cuidado
- reafirmación
- apoyo
- respeto
- confianza
- intimida

2. Transacciones Parentales

- acuerdo respecto a los principios de cuidado y educación

3. Transacciones independientes

4. Funcionamiento de cada miembro en sus actividades vocacionales, educativas, sociales o recreativas.

1.3 Cuestionamiento del síntoma en la familia

Según Minuchin¹³ el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las soluciones que está a intentado no son mas que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces, que sólo pueden reforzar los afectos sin producir cambios. Si observa el modo en que los miembros de la familia se organizan en torno del síntoma y de su portador, el terapeuta puede obtener una “biopsia de interacción” para las respuestas que prefieren la familia es decir que sigue utilizando de manera inadecuado para enfrentar la situación actual.

El terapeuta de tendencia estratégica considera que el síntoma es una solución protectora: el portador del síntoma se sacrifica para defender la homeostasis de la familia. El estructuralista, que considera la familia como un organismo, siendo entonces la reacción de un organismo sometido a tensión. Los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos, siendo la tarea del terapeuta cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta. El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente.

El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a cada uno de sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes.

Las técnicas utilizadas son escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

¹³ Cf. Salvador Minuchin; Charles Fishman, “*técnicas de terapia familiar*,” Piados Ibérica, 1983, pág. 80, 81, 82, 83.

1.4 Familia con hijos adolescentes.

Según Collins Gleason y Smetana,¹⁴ La familia con hijos adolescentes debe elaborar nuevas pautas: como ayudar en las tareas escolares; determinar quien debe hacerlo; las reglas que se establecerán sobre la hora de acostarse; el tiempo para el estudio y el de diversión y las actitudes frente a las calificaciones del joven.

La familia debe negociar ciertas reglas. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que dividir el tiempo entre el contacto, y el tiempo que dejan en libertad al joven con el fin de que vivan sus propias experiencias.

Con la adolescencia, el grupo de los pares cobra mucho poder. Tienen su propia cultura, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas de futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor; y por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente demanda a la familia una reacomodación de sus padres.

Los temas de autonomía y el control se tiene que renegociar en todos los niveles, este momento de varios cambios en la adolescencia provoca una desorganización en las pautas establecidas en la familia, y por lo general en este estadio comienza el proceso de separación.

A medida que los adolescentes se relacionan con gente ajena a la familia su vida social se vuelve cada vez más importante, y las interacciones con la familia evolucionan y adoptan un carácter nuevo y en ocasiones difíciles

Los adolescentes empiezan a cambiar la relación con las relaciones, es decir lo que parecía una relación cercana, estable, y cariñosa durante buena parte de la infancia, de repente se había transformado. Y ahora los adolescentes sienten que su padres le hablaban, era solamente para reprochar sus reglas, su vestimenta y los programas de televisión que preferían. Y para los padres la conducta de su hijo es ofensiva y desconcertante sintiendo que él los estaba alejando de su vida.

¹⁴ Cf. Collins, Gleason y Smetana, “*el desarrollo psicológico*,” 1992, Editorial Paidós, pág. 666, 667, 668.

En busca de la autonomía: en muchas de las veces la conducta de los adolescentes molestan a los padres y con más frecuencia incluso los desconcierta. Niños que previamente habían aceptado los juicios, opiniones y directrices de sus Padres empiezan a cuestionar sus puntos de vista sobre el mundo, y en ocasiones a revelarse en su contra.

La razón de este choque es el cambio de roles que deben asumir tanto padres como hijos durante la adolescencia. Los adolescentes buscan cada vez más **autonomía** independencia y control sobre su vida. En el plano intelectual, la mayoría de los padres se da cuenta de que este cambio es normal que representa una de las tareas evolutivas principales, y en muchos sentidos lo entienden como una señal del crecimiento del hijo. Sin embargo, en muchos de los casos pueden resultarles difíciles manejar la realidad cotidiana de la creciente autonomía de los adolescentes.

En la mayoría de las familias, la autonomía de los adolescentes crece de manera gradual en el curso de la adolescencia. Por ejemplo, “un estudio realizado sobre los cambios en la visión que los adolescentes tienen de sus padres encontró que la autonomía los llevaba a percibir a sus padres menos idealizados y más como personas por derecho propio. Por ejemplo, en lugar de ver a sus padres como individuos que imponen la disciplina de manera autoritaria y les recuerdan hacer la tarea, llegan a ver que el énfasis que sus padres hacen para que sobresalgan en la escuela es evidencia de su arrepentimiento por su propia falta de formación y el deseo de que sus hijos tengan más oportunidades en la vida. Al mismo tiempo los adolescentes dependen más de sí mismo y se sienten individuos separados”.

El aumento de autonomía cambia la relación entre padres y adolescentes. Al inicio la relación tiende a ser asimétrica: los padres tienen la mayor parte del poder y la influencia se equilibran y padres e hijos gozan de una relación más simétrica en donde el poder y la influencia son compartidos aunque los padres conservan la decisión superior.

Conflictos con los padres. Padres y adolescentes pueden tener las mismas actitudes respecto a temas sociales y políticos, pero a menudo tienen diferentes

gustos personales, como preferencias musicales y estilos de vestir, además como hemos visto, entran en discordia si los hijos pretenden lograr autonomía e independencia antes de que los padres crean correcto. En consecuencia, es más probable que ocurran conflictos entre padre e hijo durante la adolescencia, en particular en las primeras etapas, aunque no todas las familias son afectadas en el mismo grado. ¿por qué el conflicto sería mayor durante las primeras que en las etapas posteriores de la adolescencia? De acuerdo con la Psicóloga del desarrollo Judith Smetana,¹⁵ “la respuesta implica diferentes definiciones, y razones, para la conducta apropiada e inapropiada. Por ejemplo. Las padres piensan que tener tres perforaciones en la oreja es inaceptable por la tradición social así lo considera. En cambio, los adolescentes lo ven como un asunto de elección personal”.

Además el razonamiento recién sofisticado de los adolescentes los lleva a pensar en las reglas de los padres de modo más complejo los argumentos que resultan convincentes para un niño en la edad escolar (“hazlo por que yo te lo digo”) son menos persuasivos para un adolescentes.

La tendencia a discutir y la asertividad de la adolescencia temprana quizás agrande el conflicto al principio, pero esas mismas cualidades son muy importantes en muchos sentidos para la evolución de la relación paternofilial. Aunque los padres reaccionan a la defensiva ante los desafíos que les presentan sus hijos, y mostrarse inflexibles y rígidos, en la mayoría de los casos se dan cuenta de que sus hijos están creciendo y los apoyan.

Conforme los padres ven que los argumentos de sus hijos adolescentes suelen ser convincentes y razonables y que pueden confiar en sus hijos e hijas al darles más libertad, van cediendo, permitiendo y finalmente incluso alentando su independencia como este proceso ocurre en la etapa intermedia, disminuye lo combativo de la primera etapa. Por supuesto, este patrón no se aplica a todos los adolescentes. Aunque la mayoría mantienen relaciones estables con sus padres a lo largo de la adolescencia.

¹⁵ Cf. Smetana, “El Desarrollo Psicológico a través de la vida,” Editorial Paidós, 1992, pág. 436.

Existe una **brecha generacional**, una profunda división entre los padres y sus hijos en actitudes, valores, aspiraciones y visiones del mundo.

Sin embargo, aun cuando en general los adolescentes pasan cada vez menos tiempo con su familia, los ratos que pasan a solas con cada uno de sus padres permanece notablemente estable a lo largo de la adolescencia, no existe evidencia que los problemas familiares sean peores durante la adolescencia que en cualquier etapa del desarrollo.

Para Minuchin¹⁶ y Fishman los hijos no son los únicos miembros de la familia que crecen y cambian. En la vida del adolescente o en la vida adulta hay momentos que tienden a concentrarse en determinadas décadas. También estos estadios influyen sobre los holones de la familia y son influidos por estos.

Según Feldman; Robert¹⁷ Una nueva fuente de presión y de exigencias puede empezar a influir sobre la familia en esta etapa de la adolescencia los padres de los padres. En el momento en que los padres de mediana edad enfrentan con sus hijos problemas de autonomía y de apoyo, es posible que deban renegociar el reingreso en la vida de sus propios padres a fin de compensar la disminución de sus fuerzas o incluso cansancio, o la muerte de uno de los dos.

En este capítulo concluimos que la estructura familiar es considerada como un organismo vivo, un sistema complejo que interactúan entre si, organizando sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.

¹⁶ Cf. Salvador Minuchin H; Charles Fishman, "*técnicas de terapia familiar*", Paidós Ibérica, 1983, pág.39.

¹⁷ Cf. Feldman; Robert S, "*Desarrollo psicológico a través de la vida*," Pearson, 2007, pág.235,236,237

Y que el problema no reside únicamente en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia, teniendo presente como punto de prioridad la concepción que cada uno de los miembros de la familia tiene del problema, Considerándose que el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia.

2 ANOREXIA Y FAMILIA

En este capítulo se trata de hacer decodificable y comprensible en su manifestación la anorexia nerviosa, siguiendo una orientación sistémica, mencionándose que dentro del contexto relacional del paciente, donde participa más directa e inmediatamente, “su familia” el síntoma “la anorexia” adquiere las características de una comunicación coherente con las modalidades y las reglas de la red comunicacional en la que aparece y tiende a perpetuarse.

2.1 Definición de la anorexia

Eduardo Correa y Enrique Jadresic,¹⁸ define a la anorexia nerviosa como un trastorno del **comportamiento** alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el **consumo** de alimentos, especialmente "los que engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de diuréticos.

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye cada vez más y de

¹⁸ Cf. Correa Eduardo; Jadresic Enrique, “*Psicopatología de la mujer*”, Editorial mediterráneo, 2005, pág. 309,310,311.

una manera alarmante. Se produce una distorsión de la imagen corporal, lo que obliga a mantener la dieta.

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos: hipotensión, alteraciones de la piel, caída de cabello, trastornos gastrointestinales, etc. También se dan síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos. Esta malnutrición también provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio.

Las preocupaciones por el alimento se hacen auténticamente obsesivas. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación, y la evolución de la enfermedad indican que después del diagnóstico muchas de las pacientes siguen siendo anoréxicas, y muchas de las mismas tiene síntomas depresivos y obsesivos. La mortalidad se sitúa en un elevado porcentaje dentro de la anorexia. Tras doce años de evolución de la enfermedad en una persona la curación se considera prácticamente imposible.

Aproximadamente la mitad de las pacientes anoréxicas experimentan episodios bulímicos, esto es también un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios en los que el enfermo ingiere cantidades de alimento superiores a lo normal, aunque en principio el bulímico no desea en absoluto ese atracón. Después de estos atracones, siguen vómitos, laxantes, diuréticos.

En la aparición de la anorexia intervienen **factores socioculturales**, es la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación, el anhelo de delgadez.

Intervienen también **factores individuales**, como son los cambios corporales que obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo. Es este el momento en que el adolescente compara su imagen corporal con el modelo estético corporal presente en su medio social.

Se habla también de la familia como factor importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos.

Pero estos elementos no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, es decir, se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia.

2.1.1 Manifestaciones Clínicas.

Según Mateos Parra¹⁹, los pacientes con trastornos de la conducta alimentaría presentan características de tipo cognitivo, fisiológico y motor.

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

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

¹⁹ Cf. Mateos Parra A, Solano-Pinto N, *“Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas”*, Rev Electrónica Psicología, 1997, pág. 1-27.

sobrestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios.

No obstante, lo que diferencia a las personas con trastornos alimentarios son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal. Al mismo tiempo se han extraído datos de observaciones experimentales y clínicas que apoyan la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia, los cuales están relacionados con el hambre y la sociedad.

En relación a las manifestaciones **fisiológicas**, se encuentra un bajo peso, hipotensión y bradicardia. El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel tenga una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubierta de lanugo en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. A medida que se restringe el consumo de alimentos son más notables los vómitos autoprovocados, purgas intestinales, ejercicio excesivo y el consumo de fármacos diurético, fallo en el crecimiento normal para la edad y peso de la adolescente, osteoporosis, anomalías dentarias callosidades en los nudillos de las manos. Los trastornos endocrinos más comunes son: irregularidades de la menstruación, concentraciones altas de hormona del crecimiento, cortisol, alteraciones de la hormona tiroidea y secreción de insulina.

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

En cuanto a la apariencia personal de una joven que sufre anorexia, éstas suelen vestirse con ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc.). La anorexia nervosa se caracteriza por la búsqueda de la reducción de peso, a través del incremento del consumo energético, así realizan ejercicio en forma compulsiva,

comen de pie, duermen poco, etc La actividad física es una variable fundamental en la génesis y mantenimiento del problema

Pese a la pérdida significativa de peso y a la supuesta debilidad, los pacientes muestran dedicación intensa a los estudios y tienen alto rendimiento. Sin embargo, son más irritables presentan un retraimiento de amistades y compañera/os, lo cual les permite evitar la confrontación respecto al peso y alimentación. A su vez, son personas que tienden a considerarse a si mismas en términos más absolutos y utilizan aspectos opuestos para calificarse (correcto e incorrecto; bueno o malo). Esta desconfianza, refuerza la necesidad que tienen de controlar lo que comen. Por lo tanto, la búsqueda intensa de la delgadez se traduce a una lucha psicológica, donde superficialmente los pacientes adoptan una conducta desafiante e independiente, pero en realidad sienten que no valen nada y no merecen vivir.

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

2.1.2 Tipos de anorexia nerviosa

Eduardo Correa y Enrique Jadresic²⁰ distinguen los siguientes tipos de anorexia:

- 1.- Tipo purgador.** Uso de laxantes y vómito como maniobras que “aceleran” la pérdida de peso.

- 2.- Tipo restrictivo.** El sujeto usa maniobras para bajar de peso como ayunos prolongados, ejercicios extenuantes, pero no se autoinduce el vómito. Los pacientes suelen reportar que poco antes del inicio de la sintomatología tuvieron un cuadro depresivo, lo mismo que durante el curso de la enfermedad. Uno de los

²⁰ Cf. Correa Eduardo; Jadresic Enrique, “*Psicopatología de la mujer*”, Editorial mediterráneo, 2005, pág. 328,329,320.

problemas para distinguir a la depresión mayor en las pacientes con anorexia, es que el ayuno prolongado puede acompañarse de datos parecidos a los observados en la depresión, por lo que en ocasiones la depresión cuando coexiste es difícil de diagnosticar y por lo tanto no se diagnostica. La sintomatología obsesiva compulsiva se presenta en los pacientes con anorexia; ésta se caracteriza por pensamientos en torno a la comida. En etapas avanzadas de la enfermedad, sobre todo cuando se instalan algunos problemas médicos serios o infecciones, la enferma deja de tener apetito

2.2 Familia y trastornos alimenticios:

El sistema es abierto: El continuum desde lo biológico a lo socioambiental.

El dato biológico encuentra su ubicación justa, y es integrado a circuitos más articulados y complejo. Esto es posible porque, en la concepción sistémica, todos los sistemas vivientes son abiertos, es decir están en continuo intercambio de energía e informaciones con los sistemas más amplios circundantes en los que están comprendidos; y esto permite la prefiguración de una jerarquía ordenada de sistemas circularmente interactuantes.

En la figura 2.1 hemos evidenciado tres de estos sistemas vistos en su interinfluencia recíproca: el sistema psicobiológico individual, los sistemas interpersonales familiares, el sistema socioambiental.

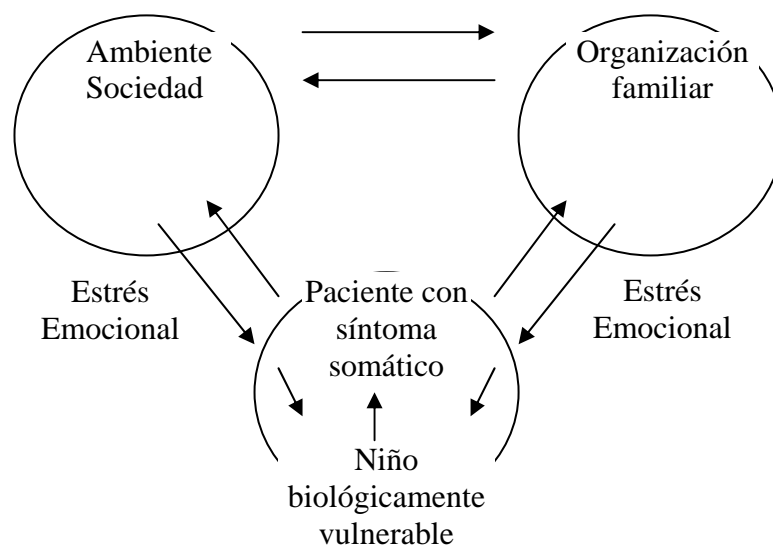


FIGURA 2.1

1.-Sistemas Psicobiológico Individual Luigi Onnis²¹ Menciona que en lo que respecta al aspecto biológico del síntoma, o sea a la fenomenológica que presenta a través de la localización de un determinado órgano o aparato, clasifica a los desordenes Psicósomáticos en “Primarios” y “Secundarios”.

En los primeros se puede verificar una disfunción biológica presente (por ejemplo, una diátesis alérgica en un paciente con crisis asmáticas,) llamada” vulnerabilidad” del niño; en los segundos, en cambio, no puede documentarse ninguna predisposición o alteración fisiopatológica de este tipo (como en la anorexia) en las perturbaciones primarias “el elemento psicósomático consiste en la exacerbación emocional del síntoma ya existente” (“un niño diabético, que tiene ataques recurrentes desencadenados por una excitación emotiva, puede ser considerado un “diabético psicósomático”); en las perturbaciones secundarias el “elemento psicósomático es evidente en la transformación de los conflictos emotivos en síntoma somáticos” (“puede estabilizarse en una enfermedad grave y debilitante como la anorexia nerviosa”).

Lo que juega un papel determinante en la exacerbación y mantenimiento del síntoma, aun cuando se encuentre presente una alteración biológica de base, es el encuentro, la interacción circular, la reciproca adaptación entre el síntoma y una organización interactiva del sistema familiar cargada de tensiones emocionales no necesariamente manifiestas; la tendencia a perdurar el síntoma psicósomático puede atribuirse particularmente a la persistencia de esta interacción circular es decir que en muchos de los casos el síntoma es “activado” y mantenido por estreses emocionales conectados a rígidas dinámicas familiares con las que entra en estrecha correlación”.

2.- El Sistema Familiar.- Las características “disfuncionales” de la organización familiar fueron ampliamente descritas: están en relación de interinfluencia circular con el síntoma psicósomático, su aparición y su persistencia. Pero es oportuno definir mejor aquí esta relación de “circularidad” así como el síntoma es “activado” por los

²¹ Cf. Luigi Onnis, “*terapia familiar de los trastornos psicómicos,*” Paidós ibérica S.A,1996, pág.91,97.

estreses emocionales relacionados con ciertos modelos de interacción familiar, también éstos son influidos, orientados, “amplificados” retroactivamente por la aparición de la enfermedad del paciente; es decir, que el síntoma no solo obra como “estabilizador” de la homeostasis del sistema sino que, condiciona y potencia ciertas características familiares, comenzando, por ejemplo, por la “sobrepotección” en respuesta a un inevitable requerimiento de protección por parte del paciente.

Para John²² Bowlby la familia se organiza alrededor del paciente y su enfermedad, pero, el problema sigue siendo, el no perder de vista la circularidad, es decir verificar el modo en que esa familia, en ese, momento de su historia y de su ciclo vital, interactúan con la aparición de la enfermedad de uno de sus miembros.

3.- El Sistema Socioambiental.- Influye, recibiendo retroacciones, tanto en el paciente, en forma directa, contribuyendo a “activar” su síntoma, como en el sistema familiar cuyos modelos de interacción y organización contribuye a orientar. La valoración de la relación circular entre el sistema familiar y el sistema ambiental macrosocial externo es de fundamental importancia en la epistemología sistémica porque mantiene alejado el riesgo de que la familia pueda proponerse como un sistema “cerrado” separado y separable, dentro del cual se juega y se justifica todo el drama de la enfermedad llegándose a suponer que la enfermedad tiene una naturaleza “familiar” basadas en dinámicas relacionales completamente internas del sistema familiar que terminan por volver a presentarse ellas mismas como mecanismos “naturales”. En cambio lo que subraya Minuchin²³ es que el mismo modo de organizarse de la familia es el producto histórico de un proceso que, en la relación circular y dialéctica con el ambiente macrosocial externo, se ha ido formando y continua formándose. Eso permite la posibilidad de atribuir historia y por lo tanto de restituir su sentido también a fenómenos que aparentemente sólo son biológico

²² Cf. Bowlby John, “*Construcción y ruptura del legado afectivo*,” Milán Cortina Ed, 1982, pág. 14.

²³ Cf. Salvador Minuchin H; Charles Fishman, “*técnicas de terapia familiar*,” Paidós Ibérica, 1983, pág. 39.

naturales, como los síntomas psicósomáticos, y evita la tendencia opuesta, a menudo muy difundida, de considerar “natural” y “biológico” también a lo que es histórico.

Los tres sistemas que hemos tomado en consideraciones revelan como sistemas abiertos, en estrecha conexión y comunicación recíproca. Cada sistema es una totalidad pero al mismo tiempo se reconoce como una parte integrada y correlacionada dentro de una totalidad más amplia con la que se comunica circularmente. Así los tres sistemas: psicobiológico, familiar y social, constituyen una especie de continuum.

2.2.1 Antecedentes Familiares Patológicos.

Según Onnis²⁴ los patrones de conducta se basan en determinadas estructuras relacionales transmitidas en este tipo de familias a lo largo de varias generaciones

Para Stierlin²⁵ la individuación relacional: Es la existencia de perturbaciones del tipo fusionista, es decir, la capacidad de delimitación y de soportar fronteras apenas está desarrollada. Las fusiones de los objetos internos, que determinan la dinámica relacional externa, están perturbadas o debilitadas

El correspondiente *modo de interacción* predominante es la ligazón. Comprobamos regularmente que poderosas fuerzas ligantes surten su efecto en los tres planos: en el plano del ello, en forma de mimos regresivos; en el plano del yo, a través de una adjudicación mistificadora de debilidad y enfermedad; en el plano del superyo, en forma de una fuerte culpabilidad de evasión

Las delegaciones contienen a menudo el mandato de servir de sustituto de algo, y sobre todo el encargo de reemplazar un objeto perdido, por ejemplo un hermano muerto no llorado; son igualmente típicos los mandatos que sirven para evitar conflictos en el seno de la familia, por ejemplo cuando el niño tiene que presentarse como árbitro en las discusiones entre los padres. Las consecuencias de

²⁴ Cf. Onnis Luigi, “*terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*”, Paidós, Barcelona, 1996, pág. 48-56.

²⁵ Cf. Helm Stierlin, “*terapia de familia la primera entrevista*,” Paidós, 1981, pág. 158,159.

tales delegaciones extraviadas son conflictos con las necesidades individuales adecuadas a la edad y conflictos de lealtad en la relación con los padres.

Siendo también uno de los puntos muy importantes dentro de los antecedentes de las familias de anoréxicas lo mencionado por, R. Spitz²⁶. Dio mucha importancia a la relación Madre-Hijo en el desarrollo de la personalidad del niño y en particular en la génesis de las enfermedades psicosomáticas de la infancia. Para Spitz,, las perturbaciones de la personalidad de la Madre pueden reflejarse negativamente en el hijo, ejerciendo sobre el una influencia psicológicamente nociva que se encuentra en la base de los síntomas del niño desde este punto de vista Spitz distingue dos tipos de perturbaciones aquellas debidas a la inapropiadas relaciones Madre-Hijo y las debidas a la insuficiencia de tal relación, trata además de relacionar cada perturbación psicosomática del niño con un “particular esquema nocivo” de conducta materna.

Kreisler²⁷, Fain y Soulé sostienen que la Madre tiene un papel esencial en la comprensión y satisfacción de las necesidades de su hijo, ofreciéndole así la posibilidad de compensar mecanismos de integración mental que, debido a su inmadurez, son aun insuficientes en el niño. Esta función es asumida por la Madre en virtud del instinto maternal, pero si existe una carencia total o parcial de ese instinto, o si el comportamiento materno es “desorganizante” (es decir existe una contradicción entre nivel consciente que se expresa con cuidados excesivos, y nivel inconsciente que refleja una hostilidad hacia el hijo), entonces “en lugar de un desarrollo normal” “el niño debe hacer frente a una obra de integración que él, por definición, es incapaz de cumplir. La evolución resulta inarmónica y puede ocasionar un componente psicosomático”.

Retomando el concepto de “límite del Yo. Sostiene que en la base de la perturbación Psicosomática existe un defecto estructural narcisista en la construcción del límite del yo que define como “agujero del Yo” atribuyendo además una

²⁶ Cf. R Spitz, “*Los primeros años de vida*”, Nueva York, Univ. Press, 1965, pág. 17-18.

²⁷ Cf. L.Kreisler, M.Fain y M Soulé, “*El niño y su cuerpo*,” Roma, Astrolabio,1976, pág. 29.

importancia fundamental a una distorsión de la relación madre-hijo, para determinar este déficit estructural de la imagen corporal.

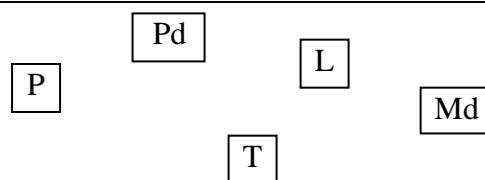
Formulando también el concepto de “**madre Psicopatológica**” para definir el perfil de una figura materna que, a causa de sus propios conflictos no resueltos y por un problema de identidad propio, no logra funcionar como Yo auxiliar para el hijo y no suministra al niño la catexis narcisista necesaria sobre los límites del Yo: en cambio reacciona con la libido ante sus enfermedades, catectizando al cuerpo sufriente del niño que, para esta madre, termina por existir sólo en cuanto enfermo.

Afirma que las manifestaciones de la anorexia deben ser consideradas más bien como una perturbación del proceso interpersonal madre-niño en el desarrollo psíquico y somático”.

El estudio hecho por Bruch²⁸ de las familias de las anoréxicas lo llevo a documentar con claridad la existencia de conflictos y tensiones a menudo latentes y ocultos, en los que los pacientes se veían fácilmente envueltos valorándose sobre todo la interiorización de las relaciones interpersonales, en particular con la madre, como fenómeno intra psíquico.

2.2.2 Estructura familiar en la anorexia.

Minuchin menciona que la estructura familiar es el conjunto invisibles de requerimientos funcionales que determinan el modo en el que interactúan los componentes de la familia y en muchas de las veces las pacientes están en medio de los padres. Tratándose de una posición estructural anómala y disfuncional. Figura 2.2



P= Hijo; Pd= Padre; L= Luisa (adolescente Anoréxica); Md = Madre; T= Terapeuta.

FIGURA 2.2

²⁸ Cf. H. Bruch, “*Patología del comportamiento alimenticio*,” Milán Feltrinelli, 1977, pág. 63-63.

La ubicación natural de Luisa debería estar en el ámbito del subsistema de los hermanos como se puede ver en la figura 2.3. Que se distingue del de los padres por la presencia de un claro límite generacional.

Padre-Madre
Hermanos

FIGURA 2.3

Pero si en la de los Padres existe una dificultad, para la comunicación directa que les ayude a afrontar el problema de la definición de la propia relación, un tercero es involucrado en la díada, generalmente uno de los hijos, para que pueda funcionar como “conducto” o como mediador, de la comunicación entre los cónyuges. Así la díada conyugal se transforma en una tríada, y cuando el mecanismo de “triangulación”

Y el estrés emocional que su resultado persiste en el tiempo, puede llevar a la estabilización de un síntoma como “la anorexia” y la tríada se vuelve una “tríada rígida” cuyo esquema general se muestra en la figura 2.4.

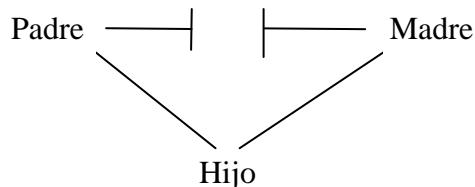


FIGURA 2.4

Dentro de la estructuras de estas familia existe una características en común que es el *miedo al conflicto* la aparición de cualquier tensión, la exteriorización de cualquier desacuerdo, la alusión a cualquier posibilidad de discusión son vistos como extremadamente peligrosas y sentidas evidentemente como una amenaza de disgregación de la unidad familiar que es, el “mito” que hay que proteger a cualquier precio. La familia la imagen que tiende a dar de si es, la de una familia armoniosa y sin problemas, en las familias de los pacientes anoréxicas es el clima emocional aparentemente distendido.

Existen estructuras familiares que favorecen el desarrollo de enfermedades somáticas crónicas: siendo una de las características de estas familias la restricción del contacto con el mundo exterior, así como la del contacto en el seno familiar. Jackson²⁹ habla de familias “familias restringidas”. Todas las formas de comunicación están reducidas drásticamente en lo cualitativo y en lo cuantitativo; lo poco que se habla es claro e inequívoco .domina una “homeostasis rígida”para Minuchin deja poco espacio de adaptación y restringe la capacidad de los miembros familiares para resolver los conflictos.

Cada uno invade el ambiente del otro, los límites interpersonales son quebradizos y las barreras generacionales están, en parte, suprimidas. Así surge la impresión de que los padres están protegiendo exageradamente a los hijos, pero también estos a aquellos. Sin embargo esta “protección” no es empática, comprensiva, sino que frecuentemente distorsionadas por proyecciones.

Es decir, presenta anormalidades en la dinámica familiar que se distingue porque sus miembros están muy involucrados entre si o son muy controladores, impidiendo que la paciente esté en armonía con sus necesidades íntimas, como ya se menciono anteriormente con actitudes sobreprotectoras y rigidez eludiéndose típicamente los conflictos y mostrándose en apariencia una estructura familiar perfecta que permanece unido dentro del progreso social y económico, y muchas de las veces los temas de la alimentación y la figura corporal tienen gran importancia dentro del núcleo familiar.

Clasificó a las familias de las anoréxicas en tres grupos: “especialmente sobreprotectoras”, “especialmente rechazantes”, y “Ambivalentes”.

Las anoréxicas pertenecen a un núcleo familiar con un claro predominio de las mujeres en relación a los hijos varones el Padre aparece generalmente ausente, tanto física como afectivamente, o a veces seductor, muy crítico y hasta cruel. La Madre puede mostrarse ambivalente como se menciono anteriormente con respecto

²⁹ Cf. Jackson D. D, “*Family Research on the problem of ulcerative Colitis,*” Arch, Gen.Psych, 1966 , pág. 15,410,418.

de la paciente. Por un lado aprensiva, tolerante, hogareña, pero al mismo tiempo inmadura, incapaz de brindar apoyo, dependiente de su propia Madre y con sentimientos de envidia y competencia en relación a la delgadez de su hija. A veces la anoréxica posee una hermana con características opuestas a ella que “es la regalona” del Padre y con la cual compite por su afecto.

Correa y Onnis mencionan³⁰ que muchas de las veces existe un hermano irresponsable que es querido y sobreprotegido por la Madre. Poco se ha estudiado el rol de los abuelos en la patogenia de la anorexia nerviosa, pero en las biografías se menciona una abuela dotada de gran fortaleza que ha debido sacar a la familia adelante contra todas las vicisitudes y un abuelo pasivo, dependiente y en ocasiones incapacitado física o psíquicamente.

2.2.3 Interacciones familiares y su sostenimiento del síntoma.

El paciente participa “activamente en los modelos interactivos de la familia, y si bien estos pueden influir en la estabilización de su síntoma, también es verdad que el síntoma influye a su vez con una retroacción circular o (feedback) sobre el mantenimiento de aquellos modelos interactivos disfuncionales.

Minuchin dice al respecto, refiriéndose a las situaciones de anorexias: La muchacha anoréxica utiliza la enfermedad para atenuar el estrés en la familia es parte integrante de las características de aglutinamiento de la familia. Los miembros de la familia se usan continuamente uno a otro, para atenuar el estrés y mantener su pseudoarmonía. Además en muchos de los casos la muchacha anoréxica se encuentra en una situación particular en la familia desde mucho antes de que se desarrollara el síndrome anoréxico. El síndrome fue incorporado en los esquemas transaccionales ya existentes. Pero el rol de la muchacha conlleva especiales privilegios que ella no quiere abandonar. Por lo tanto la anorexia es sostenida por las respuestas tanto de los padres como de la muchacha.

³⁰ Cf. Correa Eduardo; Jadresic Enrique, “*Psicopatología de la mujer*”, Editorial mediterráneo, 2005, pág. 330,331,332. Cf. Luigi Onnis, “*terapia familiar de los trastornos psicómicos*,” Paidós Ibérica S.A,1996, pág. 64-70.

El paciente y su familia se influyen y se refuerzan, por ello, de manera absolutamente circular, y lo que pudiéramos llamar “un sistema interpersonal”.

El sistema familiar revelaba modelos interactivos en las cuales se puede reconocer características disfuncionales típicas.

1.- *Aglutinamiento*.- Los miembros de la familia están súper involucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y la privacidad son escasísimas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles, por consiguiente confusión de roles y de función.

2.- *Sobreprotección*.- Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. Cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello circularmente la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a la familia.

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

4.- *Evitación del conflicto*.- Presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Poniéndose en acción toda una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente juega un rol central y vital. Se observado en muchas de las veces como el paciente interfiere en terapia cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir de manera amenazadora o que, con la aparición del

síntoma o de la crisis consigue el bloqueo del conflicto, atrayendo sobre si la atención preocupada de los familiares.

Mara Selvini Palazzoli³¹ llega a conclusiones análogas a través del estudio de doce familias con pacientes anoréxicas, de las que evalúa sobre todo los modelos comunicativos, en el cual agrupa las siguientes “reglas” fundamentales:

- Cada miembro rechaza los mensajes de los otros (ya sea a nivel de contenido o nivel de relación) con elevada frecuencia.
- Todos los miembros de la familia revelan grandes dificultades para tomar abiertamente el rol del líder.
- Está prohibida toda alianza abierta de dos contra un tercero.
- Ningún miembro se hace cargo de culpa alguna.

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

La exposición de estas características disfuncionales sirven para documentar una hipótesis de partida que esta en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional facilita a la aparición y la persistencia del síntoma psicossomático a cargo de uno de sus miembros, pero este a su vez y mediante un mecanismo circular y feedback, tiende a mantener estable la organización familiar disfuncional y a

³¹ Cf. Selvini-Palazzoli M, “*Los juegos psicóticos en la familia, Terapia Familiar*”, 2ª. Edición, Editorial Piados, 1995, pág. 187-191.

conservar su equilibrio patológico. La etapa de la adolescencia y su influencia en la anorexia:

2.2.4 Amenazas del bienestar de los adolescentes

La adolescencia es una etapa donde se experimenta la más intensa orientación hacia la apariencia física, especialmente por parte de las mujeres, de igual manera es cuando se formulan las evaluaciones negativas de dicha apariencia física.

La anorexia suele presentarse con mayor frecuencia en la adolescencia ya que es una etapa de cambio, crecimiento, maduración perturbada y perturbadora, a través de la que se conforma la identidad definitiva y adulta. En la adolescencia el cuerpo y la sexualidad son puntos de vital importancia, ya que el cuerpo biológico en esta etapa emerge sexuado y mortal.

Para Lazzari³² la anorexia en la adolescencia, se muestra como una crisis de identidad con sentimiento de pérdida de la pertenencia al mundo infantil, con temor y resistencia a la incorporación al mundo adulto responsable, con la intención de no ocupar un lugar en el mundo real y de convertir al cuerpo en una imagen que se logra a expensas de un intento de la fabricación de su propio cuerpo.

Al igual que en la infancia durante la adolescencia, las interacciones se caracterizaron por la presencia de alianzas, coaliciones y ejercicio parental rígido.

La presencia de anorexia en la adolescencia suele presentar **cambios físicos, búsqueda de autonomía e independencia, inseguridad y comparación con los otros**, (presencia de anorexia y bulimia en la madre³; identificación y admiración hacia el padre' alcoholismo, drogadicción en la familia o en ellas mismas) **distorsión de la imagen corporal; sobrepeso y el propio contexto cultural caracterizado por la modernidad**

³² Cf.Lazzari , *“La anorexia y bulimia de hoy”*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1997, pág. 41-46, 72-74, 79-81, 168.

La adolescente puede presentar “**ansiedad y frustración**” ante los cambios físicos del propio cuerpo ya sea por una constante comparación con el grupo de pares y hermanos, presentándose inseguridad, no aceptación de su cuerpo, de sí mismas, irritabilidad, inadecuación, baja autoestima, ya que son notorios los rasgos de depresión, los deseos de morir, desesperación y pobre autoeficacia. Presentando un comportamientos alimentarios inadecuados.

Para González R³³. En algunos casos se presenta enfermedades como neumonía, salmonelosis, lo cual genere disminución del peso corporal.

La anorexia pueda provocar en la adolescencia -tristeza,- inestabilidad emocional -desconfianza, -aislamiento, -represión en sus emociones, -culpa, -asumir roles de “problemáticas” y “enfermas”, búsqueda de medios para adelgazar (ejercicio físico en exceso, pastillas, laxantes, tratamientos para bajar de peso, restricción de alimentos e inyecciones).

Tienden a mostrarse asiladas, en muchas de las ocasiones no respetan límites, mostrando tristeza, no expresa ni controlan su emotividad.

2.2.5 Imagen corporal reacciones en los cambios físicos en la adolescencia.

Algunos de los cambios de los adolescentes no se manifiestan en lo físico sino en lo psicológico. En el pasado las niñas tendían a reaccionar a la menarquia con ansiedad porque la sociedad occidental enfatizaba los aspectos más negativos de la menstruación como los calambres y la suciedad. Sin embargo la sociedad actual tiene una perspectiva más positiva.

La primera eyaculación de un muchacho equivale aproximadamente a la menarquia en una niña. Sin embargo mientras las niñas suelen contarle a su Madre acerca del inicio de la menstruación, los niños rara vez mencionan una primera eyaculación a sus padres o incluso a sus amigos. Por qué? Una razón es que las niñas

³³ Cf. González-Rey F, “*Sujeto y subjetividad Una aproximación histórico cultural*”, Editorial Thomson, México, 2002, pág. 212-223.

requieren tampones o toallas sanitarias y las Madres se las proporcionan. También puede ser que los muchachos vean a la primera eyaculación como una indicación de su floreciente sexualidad, tema sobre el que se sienten muy inseguros y por tanto reacios a tratar.

La menstruación y las eyaculaciones ocurren en privado, pero los cambios en la forma y tamaño del cuerpo son bastante públicos. En consecuencia, los niños que entran a la pubertad suelen sentirse avergonzados por los cambios que les ocurren. Las niñas a menudo no se sienten a gusto con su nuevo cuerpo. Los ideales de belleza de muchos países occidentales exigen una delgadez poco realista muy diferente de la forma real de la mayoría de las mujeres la pubertad acarrea un incremento considerable en la cantidad de tejido graso, así como un ensanchamiento de las caderas, algo muy lejano de la esbeltez que la sociedad parece exigir.

La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida que en la sociedad actual, es un fenómeno que puede considerarse como normal en la experiencia femenina; lo anormal es la no- preocupación por el cuerpo.

Los niños que presentan una maduración tardía tiene varias cualidades positivas como la asertividad y la perspicacia, y juegan de manera más creativa que los que maduran temprano. Las niñas de maduración tardía son mas proclives a ajustarse al ideal social de un tipo corporal delgado y de “piernas largas” que las muchachas que maduran temprano, quienes tienden a parecer más gordas en comparación.

Esta preocupación e insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, tiene que encontrar alguna vía de solución. Los afectados intentan resolver sus problemas eligiendo entre las múltiples alternativas. Ésta es la técnica para adelgazar más difundida y más peligrosa en cuanto al riesgo de sufrir trastornos del comportamiento alimentario

Se han hecho investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en el papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la **imagen corporal**. La etapa de la

adolescencia se relaciona con múltiples cambios físicos y psicológicos ya mencionados anteriormente lo cual se ha considerado como un factor importante para el desarrollo adecuado de la imagen corporal.

En la adolescencia aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, a la creciente introspección, a la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos, y a la creciente tendencia a compararse con las normas de origen cultural. Algunos estudios han demostrado que mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico y por ende será más susceptible a presentar anorexia o bulimia.

Se presenta una distorsión de la imagen corporal cogniciones o pensamientos en torno a la obsesión por delgadez manifestada en el ideal de una imagen corporal delgada.

Para Feldman³⁴ todos los cambios que se presentan en los adolescentes ya sea de forma tardía o temprana es un cuadro muy complejo, puesto que necesitamos tomar en consideración factores que afectan a los individuos para poder entender su desarrollo las escuelas las instituciones sociales, y sobre todo la dinámica familiar determinan la maduración de los adolescentes

2.2.6 Nutrición, Comida y Trastornos alimenticios en la adolescencia.

“Un pastel de arroz en la tarde, una manzana para la cena. Esa era la dieta típica de la adolescente cuando empezó a cultivar el temor de que estaba subiendo de peso (agravado, según dice, por la muerte inesperada de un amigo). Pero cuando la adolescente, ahora de 20 años regreso a casa para las vacaciones de verano hace 1 año y medio su familia pensó que estaba a punto de desaparecer. “se podía ver el contorno de su pelvis a través de su ropa.... de modo que ella y el resto de la familia le confrontaron una tarde colocándola una balanza de baño en medio de la sala familia. “les dije que me estaban atacando y que se fueran al infierno”, recuerda la muchacha quien no obstante se peso a regañadientes. Su cuerpo de 1.70 metros

³⁴ Cf.Feldman; Robert S, “Desarrollo psicológico a través de la vida,” Pearson, 2007, pág. 395-398.

cargaba apenas 38,5 kilos, 10 kilos menos que en su último año de bachillerato: “les dije que habían arreglado la báscula” dice, simplemente no cuadraba con su autoimagen “cuando me miraba al espejo” dice, “pensaba que mi estomago todavía era enorme y mi rostro gordo”.

El problema de esta adolescente era un severo trastorno alimentario, la anorexia nerviosa.

El rápido crecimiento físico de la adolescencia es alimentado por el aumento de consumo de comida. En particular durante el inicio de crecimiento, los adolescentes comen cantidades sustanciales de comida, incrementando su consumo de calorías de manera notable. Durante los años de la adolescencia, la niña promedio requiere unas 2.200 calorías al día y el muchacho promedio 2.800.

Por supuesto no cualquier tipo de calorías ayuda a nutrir el crecimiento del adolescente. Varios nutrientes clave son esenciales, incluyendo, en particular, el calcio y el Hierro.

El calcio aportado por la leche ayuda al crecimiento óseo, lo cual previene el desarrollo de osteoporosis- el adelgazamiento de los huesos- que afecta al 25 por ciento de las mujeres en edades posteriores. De manera similar, el hierro es necesario para prevenir la anemia por deficiencia de hierro, una enfermedad que no es rara en los adolescentes.

Para la mayoría de los adolescentes, el principal problema nutricional es asegurar el consumo de un balance suficiente de alimentos apropiados. Los dos extremos nutricionales son una preocupación importante para una minoría y constituyen una verdadera amenaza a la salud entre los problemas más frecuentes se encuentran la obesidad y la anorexia nerviosa.

Obesidad: la preocupación nutricional más común durante la adolescencia, las consecuencias psicológicas son especialmente graves durante esta época de la vida en que la imagen corporal es de mucha preocupación además las consecuencias potenciales de la obesidad para la salud durante la adolescencia también son

problemáticas. Por ejemplo la obesidad pone a prueba el sistema circulatorio., incrementando la posibilidad de una alta presión sanguínea y diabetes. Las adolescentes obesas tienen una posibilidad del 80 por ciento de convertirse en adultos obesas.

Anorexia nerviosa y bulimia: El temor a la gordura y el deseo de evitar la obesidad se vuelven tan fuertes que se convierten en un problema, ya que los individuos se rehúsan a comer su imagen corporal es vista distorsionada llevando a negar su conducta y su apariencia, lo cual lleva a volverse esquelética.

La anorexia: también se ha convertido en un problema para los muchachos. Aunque comen poco, los anoréxicos están obsesionados con la comida, van de compras a menudo, coleccionan libros de cocina, hablan de la comida o hacen fabulosos recetas para otros, aunque están increíblemente delgados, su imagen corporal esta tan distorsionada que se ven en el espejo como gordos siendo incapaces de ver en lo que se han convertido.

La bulimia: se caracteriza por comilonas comer grandes cantidades de comida, para luego purgarse por medio del vómito o el uso de laxantes suelen experimentar luego de haber comido sentimientos de culpa y depresión y de manera intencional se desasen de la comida.

Aunque el peso de un adolescente bulímico es normal, el trastorno es muy peligros. La diarrea y los vómitos constantes del ciclo de comilona y purga producen un desequilibrio químico que lleva a una falla cardiaca.

En la etapa de la adolescencia los sentimientos de control y éxito los alientan a perder cada vez más peso. Además las chicas que maduran antes que sus pares y que tienen un nivel más alto de grasa corporal son más susceptibles a los trastornos alimentarios durante la adolescencia y sobre todo acorde con el estándar cultural de un físico delgado.

Los adolescentes que clínicamente se deprimen tienen mayor probabilidad de desarrollar más tarde un trastorno alimenticio buscando tal vez ocultarse de sí mismo.

La anorexia nerviosa y la bulimia son productos de causas biológicas y ambientales.

Enfatizando lo psicológico y sociales. Por ejemplo que estos trastornos alimentarios son resultados de padres perfeccionistas y demasiado exigentes o productos secundarios de otras dificultades familiares anteriormente mencionadas.

Según Feldman³⁵ en muchos de los casos las anoréxicas rehúsan cualquier relación familiar o amorosa que estuviera involucrada con el consumo de alimentos, y en muchas de las ocasiones no se permiten tener demostraciones de afecto o recibirlas, sus relaciones amorosas eran conflictivas e insatisfactorias.

Lo que nos pareció interesante de este capítulo fue, como la familia es el sistema natural de pertenencia, en el cual la anorexia “presente en la adolescente” teje sus relaciones significativas, ejerciendo y recibiendo influencias de comportamientos, emociones, y afectos, los mismos que participan en el cuerpo y a través del cuerpo .

E igualmente concluimos que dentro de la visión sistémica, los aspectos biológicos, ciertas pautas psicodinámicas, familiares y ambientales son correlacionadas e integradas en forma muy útil para explicar la anorexia, pero el modelo sistémico parece utilizable como perspectiva de interpretación de las situaciones como métodos de lectura integrada de los fenómenos

³⁵ Cf. Feldman; Robert S, *“Desarrollo psicológico a través de la vida”*, Pearson, 2007, pág. 566,567,568,

CONCLUSIONES

1. Al terminar esta monografía hemos llegado a la conclusión que la estructura familiar es considerada como un organismo vivo, un sistema complejo que interactúa entre si, organizando sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.
2. En donde el problema no reside únicamente en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia, teniendo como punto de prioridad la concepción que cada uno de los miembros de la familia tiene del problema, Considerándose que el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia.
3. Entonces pudiéramos decir que la familia es el sistema natural de pertenencia, concluyendo que la adolescente anoréxica teje sus relaciones significativas, ejerciendo y recibiendo influencias de comportamientos, de emociones, y afectos, que participan en el cuerpo y a través del cuerpo .
4. E igualmente concluimos que dentro de la visión sistémica, los aspectos biológicos, ciertas pautas psicodinámicas, familiares y ambientales son correlacionadas e integradas en forma muy útil para explicar la anorexia, pero el modelo sistémico parece utilizable como perspectiva de interpretación de las situaciones como métodos de lectura integrada de los fenómenos.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDOLFI, M., *“Terapia familiar”*, Editorial Paidós. 1997.
- BATESON, G, *“Pasos hacia una Ecología de la mente,”* Editorial Lohlé, 1976.
- BERTANFFY, L., Von, *“Teoría general de los sistemas”*, FCE, 1976.
- BOWLBY, John, *“Construcción y ruptura del legado afectivo”*, Editorial Cortina, 1982.
- BRUCH, H, *“Patología del comportamiento alimenticio,”* Feltrinelli, 1977.
- COLLINS, GLEASON Y SMETANA, *“El desarrollo psicológico”*; Editorial Paidós, 1992.
- CORREA, Eduardo; JADRESIC, Enrique, *“Patología de la Mujer”*, Editorial Mediterráneo, 2005.
- CRISPO, Rosina; FIGUEROA, Eduardo; GUEJAR, Diana, *“Trastornos del comer”*, Editorial Herder, Barcelona, 1994.
- FELDMAN, Robert S, *“Desarrollo Psicológico a través de la vida”*, Editorial Pearson, 2007.
- GONZÁLEZ-REY, F, *“Sujeto y subjetividad Una aproximación histórico cultural”*, Editorial Thomson, 2002.
- JACKSON, D. D, *“Family Research on the problem of ulcerative Colitis”*, 1966.
- KREISLER, L, FAIN, M. y SOULÉ, M. *“El niño y su cuerpo”*, Astrolabio, 1976.
- LAZZARI, *“La anorexia y bulimia de hoy”*, Editorial Gedisa, 1997.
- MINUCHIN, Salvador, *“Técnicas de la Terapia Familiar”*, Editorial Paidós, 1997.
- MINUCHIN, *“Familias y terapia familiar”*, Editorial Gedisa, 1999.
- ONNIS, Luigi, *“Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos”*, Editorial Paidós, 1996.
- PARRA A, Mateos; PINTO N, Solano, *“Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas”*, Rev Electrónica Psicología ,1997.

- SALVADOR Minuchin, "Calidoscopio familiar: Imágenes de violencia y curación", Editorial Paidós, 1994.
- SELVINI-PALAZZOLI, M, "Los juegos sicóticos en la familia., "Terapia Familiar", Editorial Paidós, 1995.
- SPITZ, R., "Los primeros años de vida", Nueva York, Univ. Press, 1965.
- STIERLIN, Helm; RUCKER, Ingeborg; WETZEL, Nobert; WIRSCHING, Michael, "Terapia de la familia, la primera entrevista," Editorial Gedisa, 1981.