



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

## “ LA RELACION ENTRE LA ANOREXIA NERVIOSA Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ”

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LIC.

EN

P R E S E N T A N

AGUIRRE

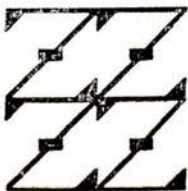
PACHECO

ARTEAGA

RENTERIA



Directora de Tesis: Mtra. Mima García Méndez



LO HUMANO  
EJE  
DE NUESTRA REFLEXION

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Yo Berenice dedico esta tesis a:

*A mi esposo.*

*Por haberme apoyado en los momentos más difíciles  
Por haber estado conmigo en todas mis alegrías.  
Por ser mi amigo, confidente, amante, compañero  
Y por todo tu amor.*

*GRACIAS.*

*A mis hijos.*

*Por ser lo más sagrado e importante en mi vida,  
Por darme felicidad y fuerza para seguir luchando  
Por permitirme realizar esta meta.*

*GRACIAS.*

*A mis padres.*

*Por haberme brindado todo su esfuerzo y dedicación,  
Por su apoyo incondicional y su cariño.*

*GRACIAS.*

*A mis hermanos.*

*Por apoyarme siempre y por creer en mí.*

*GRACIAS.*

*A mi familia.*

*Mis suegros, cuñados, sobrinos y tios por su aliento.  
Y a mi abuelito por su preocupación y su confianza.*

*GRACIAS.*

*A mis amigas.*

*Por todo su compañerismo y apoyo.*

*GRACIAS.*

Yo Celina dedico esta tesis a:

*A Dios.*

*Toda la felicidad y los beneficios que he recibido  
en mi vida te los debo sin duda alguna a ti Dios.*

*No ha habido ocasión que no estés conmigo.*

*Gracias Dios mío por estar aquí siempre.*

*GRACIAS.*

*A mis papas.*

*A quienes me han heredado el tesoro más valioso  
que puede dársele a un hijo: Amor.*

*A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado  
gran parte de su vida para formarme y educarme.*

*A quienes la ilusión de su existencia ha sido  
convertirme en una persona de provecho.*

*A quienes nunca podré pagar todos los desvelos  
ni aún con las riquezas más grandes del mundo.*

*Por esto y mucho más... GRACIAS.*

*A mis hermanos.*

*Liliana, Joel y León, a quienes con su amor me han  
acompañado, en mi mente y en mi corazón.*

*GRACIAS.*

*A mis sobrinos.*

*Joelito, Ilian y Memito, a quienes con su alegría  
y sonrisas han sido fuente de inspiración para esta tesis  
y a quienes dedico con mucho amor.*

*GRACIAS.*

*A mi abuelita Uva.*

*Aún cuando ya te has ido, sigo sintiendo tu infinito  
cariño y compañía.*

*GRACIAS.*

*A mi familia.*

*Por todo su desinteresado cariño.*

*GRACIAS.*

*Al amor de mi vida.*

*Esperando con tu compañía un futuro mejor  
en nuestras vidas. " Iré a donde tu vayas,  
viviré donde tu vivas, tu pueblo será mi pueblo,  
y tu Dios será mi Dios. Donde mueras tu moriré yo."*

*(Ruth 1:16-17)*

*GRACIAS.*

*A los señores  
Elizabeth y Salvador.*

*Con todo respeto y admiración, de que  
este logro también es suyo.*

*GRACIAS.*

*A mis amigos.*

*Por compartir todas esas horas de camaradería  
que han hecho crecer mi ser.*

*GRACIAS.*

# INDICE

Introducción.....	1
<b>Capítulo 1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	
1. Trastornos de la conducta alimentaria.....	5
1.2 Bulimia nerviosa.....	9
1.2.1 Prevalencia .....	10
1.3 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado .....	10
<b>Capítulo 2. ANOREXIA NERVIOSA</b>	
2. Anorexia nerviosa .....	12
2.1 Características generales .....	20
2.2 Cambios conductuales .....	24
2.3 Factores de riesgo .....	26
2.3.1 Factores predisponentes .....	28
2.3.1.1 Sexo .....	28
2.3.1.2 Edad .....	29
2.3.1.3 Personalidad .....	29
2.3.1.4 Causas emocionales y afectivas .....	36
2.3.1.5 Características familiares .....	37
2.3.1.6 Factores ambientales y culturales .....	37
2.3.2 Factores precipitantes .....	37
2.3.2.1 Acontecimientos vitales potencialmente estresantes .....	37
2.3.2.2 Dieta .....	39
2.3.2.3 La aparición del deseo sexual .....	40

2.3.2.4 La adolescencia .....	41
2.3.2.5 Deportes y profesiones de riesgo .....	42
2.3.3 Factores de mantenimiento .....	43
2.3.3.1 Coacción publicitaria .....	43
2.3.3.2 Ambiente socioeconómico .....	43
2.3.3.3 La delgadez como imagen dominante .....	44
2.3.3.4 Ambiente familiar .....	45

### **CAPITULO 3 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ANOREXIA NERVIOSA**

3. Familia .....	49
3.1 Enfoque Estructural de Minuchin .....	55
3.2 Ciclo de vida .....	60
3.3 La familia de las anoréxicas .....	65

### **Capítulo 4. METODOLOGÍA**

4.1 Planteamiento del problema.....	75
4.2 Objetivo .....	76
4.3 Hipótesis .....	76
4.4 Variables de clasificación .....	76
4.5 Sujetos .....	78

### **Capítulo 5. RESULTADOS**

5. Análisis de resultados .....	86
6. DISCUSIÓN .....	103
7. CONCLUSIÓN .....	108

Bibliografía

Anexo

## INTRODUCCIÓN

En México existe una gran preferencia social por un físico delgado, producto correspondiente a la preocupación social por una dieta y pérdida de peso, lo cual ha afectado las actitudes y conductas alimentarias entre mujeres jóvenes y adolescentes. La extensión de esta preocupación ha sido tal que se observa a la dieta restrictiva, al ejercicio periódico y a la mentalidad asociada con éstos como normativa.

Este cambio de mentalidad respecto a la alimentación ha hecho que la gente se preocupe más por los aspectos relacionados con el sabor y la atmósfera que rodea a las comidas, que por la ingestión de la cantidad necesaria de calorías para sobrevivir (Álvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

Los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes representan actualmente un área de creciente preocupación clínica. Es sabido que los síndromes mas graves de estos trastorno (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) se presentan en bajas proporciones, pero en estudios realizados en la comunidad mexicana, las expresiones parciales y subclínicas se encuentran mucho mas extendidas (Shisslak, Crago y Estes, 1995 citado en Unikel y Gómez, 1999). Por ejemplo un estudio realizado por Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández (2000) en México, encontraron que los porcentajes de preocupación por engordar y la práctica de diversos métodos de control de peso, colocan a una cantidad importante de adolescentes mujeres, ante la posibilidad de desarrollar una patología más severa.

En este contexto, la anorexia nerviosa es un trastorno en el que intervienen diversos factores que pueden ser interpretados desde diversos marcos conceptuales o modelos teóricos, razón por la que es estudiada desde un punto de vista multidisciplinario (Tinahones, 2003). Estos factores de riesgo se dividen en predisponentes, precipitantes y mantenedores. Ejemplo de ellos, son la edad, el sexo y el ambiente familiar entre otros.



Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) realizaron una investigación acerca de los factores de riesgo en trastornos de la alimentación en poblaciones prepúberes, preadolescentes y adolescentes mexicanos y se encontró que las escolares más jóvenes ya han adaptado la actitud lipofóbica de su entorno social y que comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de su imagen corporal delegada, sino que también se muestran insatisfechas con imagen corporal.

En relación con el ambiente familiar, la familia con un miembro anoréxico muestra cómo se encuentra atrapada en una situación insostenible. Al miembro anoréxico permanentemente se le induce a aliarse con el padre en contra de la madre y viceversa. Peor aún, cada uno de sus padres, profundamente desilusionados el uno del otro, alientan de forma encubierta a la paciente a suplir las deficiencias de su pareja. En esta dinámica familiar y el rechazo a los mensajes de los demás es, la modalidad más común. Es muy raro que un miembro confirme lo que el otro está diciendo y el modo en que se define en la relación habitualmente lo contradice. En estas interacciones cada uno de los miembros de la familias se desentiende siempre de los demás, ninguno de ellos está dispuesto a asumir realmente la responsabilidad cuando algo anda mal (Selvini, 1990).

Asimismo, los cónyuges se caracterizan a menudo más como padres que como esposos. En estas parejas, el conflicto más o menos explícito se caracteriza por tensiones que parecen ligadas a la incapacidad de los cónyuges de satisfacer más las recíprocas necesidades de aceptación y de estima que las necesidades intersexuales (Selvini, 1996).

Las alteraciones del comportamiento alimentario se han incrementado en los últimos años, en un estudio de muchachas escolares en Londres entre 12 y 18 años, la prevalencia era un caso severo en aproximadamente 200 muchachas y tan alto como en un caso por 100 muchachas en el rango de edad de 16-18 años. Los resultados de unos estudios reflejan la impresión clínica de que la anorexia nerviosa puede estar aumentando en el predominio durante las últimas décadas, siendo

motivo de gran preocupación para profesionales y científicos que trabajan en esta área. Este incremento ha generado durante la última década una gran proliferación de investigaciones sobre esta problemática (Saldaño, 1994).

Las investigaciones realizadas en México (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda 2001; Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández 2000) se han enfocado en las posibles causas de los trastornos de la conducta alimentaria, pero existen muy pocas investigaciones (Ortiz, 2000) relacionadas al contexto familiar pues es ahí donde se establecen las pautas de comportamiento dentro y fuera del sistema, es esta la importancia de la presente investigación ya que se avocará en la anorexia nerviosa y la relación con el funcionamiento familiar.

El instrumento (EAT-40) fue omitido por sugerencia del Instituto Nacional de Psiquiatría debido a la falta de autorización de los autores.

# capítulo I



**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA**

## 1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez (Toro, Villardel y Roca, 1990).

Los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta de los alimentos (Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991). Al respecto Tinahones (2003) refiere tres importantes puntos sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

- 1) La mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria son en última instancia de causa desconocida.
- 2) La causa de la mayoría de los trastornos de la conducta alimentaria no es orgánica.
- 3) Se ha considerado de causa psicológica o psicosocial, cualquiera que sea el modelo que intenta explicarla (Tinahones, 2003).

Durante el primer año de vida la dependencia del niño a su madre es completa. En este periodo los problemas alimentarios suelen derivar de trastornos físicos que interfieren con la lactancia, en ocasiones se relacionan con alteraciones maternas emocionales o sociales, y a veces simplemente con inexperiencia. Al concluir el primer año de vida el niño bien alimentado suele haber triplicado su peso e incrementado su talla un 50% respecto al nacimiento (Saucedo y Cantú, 2002).

Estos autores mencionan que durante el segundo y tercer año de vida el apetito desciende en la medida en que las velocidades de crecimiento y peso se desaceleran y estabilizan en unos 5-7,5 cm/año y 2-2,5 kg/año, que se mantienen hasta alcanzar la pubertad. Los padres pueden preocuparse por la caprichosa

alimentación de su hijo, sobre todo cuando aparece el negativismo propio de estas edades con intensas preferencias y rechazos por determinados alimentos. Esta fase opositora suele ser transitoria y transcurrir sin problemas si se les permite seguir sus apetitos. Durante los años preescolares y los primeros escolares la mayoría de los niños tienen un apetito saludable, y los trastornos de la conducta alimentaria son inusuales; es entonces, cuando algunos niños aprenden a utilizar la alimentación como un arma para manejar a sus padres.

Al respecto Gómez-Peresmitré y Ávila (1998) realizaron un estudio en México acerca de si los niños de 5º y 6º de primaria hacen dieta con propósitos relacionados con el peso corporal y se encontró una práctica riesgosa de seguimiento de dieta intencional en una proporción preocupante (121 niños de 487). Por otra parte, las niñas evitaban la cena y eran los niños que en general comían más que las niñas.

Saucedo y Cantú refieren que la adolescencia es el último periodo de gran crecimiento. En presencia de una alimentación adecuada se alcanza la estatura adulta, la maduración sexual y la función reproductiva. El criterio más adecuado para la valoración de la adolescencia no es la edad cronológica sino la biológica (edad ósea) y su estadio físico de maduración sexual.

Una investigación que realizaron en México Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), encontraron que las adolescentes ocupan el primer lugar en cuanto a la insatisfacción de la imagen corporal, mientras que las púberes y prepúberes ocuparon el segundo, así mismo, la insatisfacción más frecuente en las mujeres de los tres grupos, es consecuente con el deseo de una figura ideal delgada.

Otro estudio realizado por Gómez-Peresmitré (1999), encontró que casi la mitad de las preadolescentes mexicanas de este estudio ( $n = 443$  niñas = 46%) estaban insatisfechas con su imagen corporal y más de la mitad ( $n = 519$  niñas = 54%) presentaron el efecto de alteración de la imagen corporal.

En este contexto bajo la categoría de trastornos de la conducta alimentaria se agrupan una serie de alteraciones conductuales que varían en sintomatología según las manifestaciones y gravedad (Saldaño, 1994). Se dividen en Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y TANE (trastorno no especificado).

No existe ninguna clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Infancia y la Adolescencia (TCA-IA) globalmente aceptada. El acuerdo general no se extiende más allá de la pica, la rumiación, la anorexia, la bulimia y los trastornos no especificados. Las denominaciones utilizadas se cuentan por decenas, y muchas de ellas corresponden a los mismos trastornos. Ello ha dado lugar a que cada escuela u orientación haya generado explicaciones etiopatogénicas particulares, generalmente reduccionistas, unicasales y lineales. Los TCA-IA tienen un origen multicausal e implican la interacción de muy diversos fenómenos biológicos, psicológicos y sociales. Los TCA-IA son alteraciones sociopsicobiológicas en sentido estricto.

Desde un punto de vista clínico y asistencial resulta importante diferenciar los trastornos de inicio en la infancia de los de comienzo en la adolescencia. Los dos principales TCA de la Adolescencia (anorexia y bulimia nerviosas) han adquirido tal entidad (incidencia cercana al 1% de la población) que se han creado tres sociedades internacionales básicamente dedicadas a su estudio y se publican, además de múltiples monografías, tres revistas científicas internacionales y numerosos artículos en revistas de psiquiatría general y de otras áreas de la medicina. Los rasgos básicos de estas entidades se describen profundamente en los apartados correspondientes de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10, y de la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría o DSM-IV, y pueden ser consultados en otra parte de esta obra. Sólo se recuerda aquí que, sin variar esencialmente en sus rasgos psicopatológicos, su edad de aparición está abandonando la adolescencia, para entrar de lleno en la infancia (se encuentran niñas anoréxicas de 8 años de

edad o incluso menos), con la lógica magnificación de las repercusiones físicas (Saucedo y Cantú, 2002).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003) reveló que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran concentrados entre los 10 y 15 años (Medina Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguila- Gaxiola, 2003)

Un rasgo básico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Infancia (TCA-I) (incluyendo la anorexia nerviosa llamada "infantil") es el retraso en el crecimiento derivado de la nutrición inadecuada. Este dato es tan constante que en la inmensa mayoría de los casos no debiera hablarse de TCA-I propiamente dichos si no existe malnutrición. Recuérdese que una baja estatura para la edad puede ser genética, endocrina o nutricional, pero que un bajo peso para la altura siempre refleja malnutrición primaria o secundaria (Saucedo y Cantú, 2002).

En síntesis, los trastornos de la conducta alimentaria son perturbaciones o desviaciones alimentarias que se clasifican de acuerdo con las conductas, y las consecuencias que éstas producen sobre las esferas física, emocional y social, por último con el resultado final: adaptación o muerte. Existe una gran variedad de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia, y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Algunas de estas desviaciones pueden conducir a incapacidades físicas, enfermedades graves e inclusive la muerte. Es difícil conocer cual es la causa de estos trastornos, debido a que no tienen un origen único, sino múltiple y en tres niveles: el biológico, el psicológico y el social; razón por la que en la actualidad su origen es considerado como la conjugación de los factores antes mencionados; a principios de la adolescencia cuando las mujeres jóvenes intentan las dietas restrictivas, fracasan y reaccionan con atracarse (comer mucho).

En respuesta a los atracones, los pacientes se purgan mediante el uso de laxantes, pastillas para la dieta con medicamentos para reducir los líquidos, o inducen el vómito. Las pacientes también pueden revertir el ciclo de ingesta a la dieta

severa, lo cual inicia nuevamente el proceso de atracón y esto si él (la) paciente no pasa a convertirse en anoréxica (o). Los atracones promedian cerca de 1,000 calorías pero pueden ser tan altos como 20,000 calorías o tan bajos como 100. Los pacientes diagnosticados con bulimia tienen cerca de 14 episodios de atracón - purga por semana. En general, las personas con bulimia tienen un peso corporal de nivel normal- alto, pero éste puede fluctuar por más de aproximadamente 4.5 Kg. debido al ciclo de atracón – purga.

Este problema alimentario se caracteriza por la ingesta rápida de una gran cantidad de alimento en un periodo corto de tiempo, debido a la falta control sobre los alimentos; la culpabilidad por el abuso en comer provoca que los pacientes se autoinduzcan él vomito o utilicen en forma indiscriminada laxantes o diuréticos y ejercicio excesivo con el fin de anular el efecto de los alimentos consumidos, debido a que estas pacientes también tienen miedo intenso a subir de peso. Es común que estas pacientes nieguen durante mucho tiempo las conductas que practican (vómitos, abuso de laxantes, etc.) (Cuadernos de Nutrición, 1997).

### **1.1 Bulimia nerviosa**

En este marco, la bulimia es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas), que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer con otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y a la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos) una de sus características es que aparece más en mujeres que en hombres, su incidencia en la adolescencia y dura muchos años (Pichot, 1997).

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben



producirse en al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses. Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un período corto de tiempo significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

### **1.1.2. Prevalencia**

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor (Pichot, 1997).

## **1.2 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado**

El trastorno de la conducta alimentaria no específico es un diagnóstico habitual que recibe casi la mitad de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y acuden a programas para tales trastornos. El Trastorno de la conducta alimentaria no específico es particularmente común entre adolescentes. Este grupo está formado, en su mayoría por casos subsindrómicos de anorexia nerviosa restrictiva o purgativa y bulimia nerviosa purgativa o no purgativa (guía clínica, 2001).

Según el DSM-IV la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

# capitulo II



**ANOREXIA NERVIOSA**

## 2. ANOREXIA NERVIOSA

El término anorexia proviene del latín "an", prefijo restrictivo, sin y "orexis", apetito (es decir sin apetito), mientras que el adjetivo nerviosa expresa su origen psicológico. Estas raíces afirman que la anorexia es la falta de apetito, sin embargo, es un vocablo erróneo para referirse a este padecimiento pues quienes lo padecen sí sienten hambre aun cuando afirman lo contrario.

Sobre este trastorno existe información que data de la edad media cuando algunas mujeres seguidoras de San Jerónimo se imponían el ayuno voluntario hasta llegar a ser muy delgadas y perder la menstruación, en esa época, la mayoría de las mujeres que presentaban conductas similares eran religiosas o estaban asociadas a una religión en particular, como ejemplos tenemos a la princesa Margarita de Hungría que murió de inanición, y el de una monja que durante siete años no comió más que la hostia de la eucaristía (Cuadernos de nutrición, 1997).

Del siglo V al XVI, es esencialmente en la literatura teológica donde se encuentran casos de muchachas jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo del alimento. Estas conductas son consideradas de forma irregular, ya sea como un signo de elección divina o como un signo de posesión demoníaca, lo que podía conducir indistintamente a la canonización o a la hoguera. Es entre los siglos XIII y XVI cuando se encuentra en Italia un número nada despreciable de mujeres canonizadas tras presentar un comportamiento anoréxico característico. Según Bell (citado en Gillemont, 1994) el modelo anoréxico religioso conoce su apogeo hacia el año 1500. Por lo demás, las vitae (relatos de la vida de estas mujeres hechos por sus confesores) revelan una creciente desconfianza hacia las anoréxicas, tras un largo período de sospechas, como herejes, pues viven de un fuego interior más que de alimentos terrestres. La santa se convierte entonces ante todo en una mujer que sufre, y el modelo anoréxico es progresivamente abandonado en el camino que lleva a la santidad.

Desde el siglo XVI al XVIII, las causas sobrenaturales siguen siendo la primera explicación de los contados casos de rechazo alimentario observados. No obstante,

las jóvenes ayunadoras intrigan a los médicos, que empiezan a dedicarles algunos trabajos. El punto de debate consiste entonces en la posibilidad de supervivencia sin alimentarse. Hay que saber que en esta época la opinión de que se puede vivir sin aire estaba bastante extendida. Además, la mayor parte de los casos de ayuno estudiados lo son desde el punto de vista de saber si se puede ayunar indefinidamente. Por ello, los escritos médicos de la época se extienden sobre todo en la duración del ayuno, sus modalidades prácticas, el descubrir posibles fraudes, etc. (Guillemont, 1994).

Richard Morton (1684, citado en Cuadernos de Nutrición, 1997) describió en Inglaterra a una mujer de 18 años que padecía una multitud de ansiedades y los síntomas que presentaba eran disminución de apetito, interrupción de su menstruación, aversión de los alimentos, hiperactividad y desnutrición grave; Morton llamó a la enfermedad Phtisis nerviosa.

Según Jeammet (1984, citado en Cuadernos de Nutrición, 1997) la historia, nosológica puede resumirse en tres periodos:

El primero comienza a partir de la descripción casi simultánea por Laségue, en Francia, y Gull en Inglaterra en 1873 (citado en Guillemont, 1994) de casos de restricción alimentaria que sugieren a la anorexia nerviosa. Gull supone primero una causa orgánica, como un trastorno del aparato digestivo, dejándose convencer posteriormente por Laségue, y partiendo, en primer lugar, de una hipótesis psicogenética. Los dos autores hacen referencia a la histeria entonces de moda, y denominan el síndrome anorexia histérica y apepsia histérica. Incluso Gull opta inmediatamente, ante la ausencia de déficit de pepsina gástrica, por el término anorexia nerviosa (Guillemont, 1994). Es importante mencionar que estos dos científicos fueron los que señalaron por primera vez el miedo obsesivo a la obesidad a pesar de la desnutrición que padecían sus pacientes. A partir de estos eventos se postularon una gran variedad de hipótesis que trataban de explicar la causa de la anorexia nerviosa (Cuadernos de Nutrición, 1997).

Al igual que en Francia, los trabajos de Huchard (1853, citado en Guillemont, 1994) desembocarán en la misma denominación actual. Ya entonces se insiste en la importancia de la actitud del entorno, especialmente de los médicos, en el tratamiento y en la nocividad de la presencia de la familia, los peores vigilantes posibles. En la línea de estas observaciones, Charcot (1885, citado en Guillemont, 1994) es el precursor del aislamiento con finalidad terapéutica.

En 1873 el término de anorexia nerviosa fue definido por primera vez como un problema médico. Las primeras teorías propusieron que se debía a una alteración de la sexualidad. En la actualidad apuntan hacia patrones alterados de interacciones familiares, en las que al inicio de su vida el paciente por lo general actuó como un participante colaborador en la familia anorexígena hasta que un acontecimiento o una fase de su vida precipitaron las manifestaciones físicas de los síntomas (Cuadernos de Nutrición, 1997).

Gilíes de la Tourette (1908, citado en Guillemont, 1994) recoge por su parte estas prescripciones y realiza los primeros intentos de separar la anorexia nerviosa primaria de la anorexia secundaria. Este autor insiste en el origen psíquico de la primera y en el hecho de que sus pacientes no sufren una falta de apetito, sino que rechazan el alimento y presentan un trastorno de la percepción de su cuerpo. Janet (1903, citado en Guillemont, 1994) describe con detalle diversos casos de anorexia en su obra *Les obsessions et la psychastehénie*. Su observación relativa a una muchacha llamada Nadia es particularmente célebre, en la medida en que observa en dicha paciente la obsesión de la vergüenza del cuerpo. La gordura no sólo es considerada desde el punto de vista de la coquetería, sino que representa para la paciente algo inmoral; la vergüenza alcanza al acto mismo de comer. Janet clasifica la anorexia nerviosa entre los trastornos de la alimentación de origen neuropático (Guillemont, 1994).

Mientras que los autores clásicos consideraban mental o nervioso el origen del síndrome, el descubrimiento por parte de Simmonds (1914, citado en Guillemont,

1994) de la caquexia hipofisaria abrió el segundo periodo de la historia del concepto de anorexia nerviosa. Esta fase estará marcada por la importancia otorgada a la patogenia endócrina. Los endocrinólogos consideran entonces la anorexia nerviosa una forma de panhipopituitarismo que precisa de un tratamiento endocrinológico. Tras la moda de la histeria, se asiste así al potente retomo de una explicación fisiopatológica; de acuerdo con los criterios de los modelos científicos de la época, pero que amplía indebidamente la aplicación de su modelo y se refuerza por el descubrimiento de los trastornos endocrinos (Jeammet, 1984, citado en Guillemont, 1994). Estas concepciones destacan en efecto la consideración errónea de los trastornos endocrinos como causas del síndrome, en tanto que éstos son consecuencia de la desnutrición. Hay que esperar a 1938 para que Sheehan (citado en Guillemont, 1994) tras haber descrito la neurosis antehipofisaria del posparto, deshaga el equívoco demostrando que, en la insuficiencia hipofisaria, el adelgazamiento nunca es precoz, por lo cual la neurosis antehipofisaria de origen isquémico debe ser diferenciada de la anorexia nerviosa clásica. Las hipótesis endocrinológicas dan lugar a una importante serie de trabajos en torno a exploraciones biológicas y anatomopatológicas, entre 1938 y 1956. No obstante, éstas son rebatidas por la evidencia de la ineficacia de los tratamientos hormonales, mientras que los psiquiatras, empleando el aislamiento y la separación de la familia, obtienen éxitos, terapéuticos. Ante estas constataciones, un endocrinólogo como Decourt (citado en Guillemont, 1994) contribuyó muchísimo al reconocimiento del origen psiquiátrico del trastorno, escribiendo en 1954: "aún se ven morir enfermas que los antiguos médicos sin duda habrían curado". Esto marca el fin de la era organicista en el terreno de la anorexia nerviosa, incluso a pesar de que aún actualmente quedan algunos autores, inasequibles al desaliento, que esperan demostrar algún día que se trata de una enfermedad endocrinológica (Guillemont, 1994).

Según Crispo (citado en Rausch y Bay, 1990) la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a inferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación.

Las alteraciones típicas de las funciones corporales, como la termorregulación, la menstruación, el índice metabólico basal, y la actividad, han hecho pensar que el trastorno puede tener una causa orgánica. Por otra parte, la disfunción hipotalámica y otras anormalidades endocrinas pueden ser secundarias a la inanición, desnutrición o enfermedad psiquiátrica. Igual que la anorexia nerviosa, la inanición se caracteriza por amenorrea, disminución de la frecuencia cardiaca, piel seca, alteraciones en el crecimiento del pelo y falta de interés en el sexo. Sin embargo, la amenorrea que se observa en estas pacientes al inicio suele ser una consecuencia de su estrés psicológico (Cuadernos de Nutrición, 1997).

El tercer período constituye, el regreso de la concepción psicológica de la anorexia nerviosa, concepción, que, por otra parte, jamás había sido abandonada por los psiquiatras. Éstos, incluso durante el período endocrinológico, nunca dejaron de elaborar teorías psicodinámicas que pretendían la comprensión del síndrome. En este sentido, cabe mencionar los trabajos de Abraham (1916, citado en Guillemont, 1994) sobre el papel del sadismo oral en la inhibición del apetito de Wulff (1932, citado en Guillemont, 1994); de Hesnard (1939, citado en Guillemont, 1994), que sienta las bases neuróticas de la anorexia nerviosa (el trauma del destete, el rechazo de la penetración y del embarazo, las fijaciones pregenitales en la fase oral y su resurgimiento en cada fase crítica (Guillemont, 1994).

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos. Los psicoanalistas aseguraban, que la anorexia nerviosa simbolizaba el repudio a la sexualidad, con predominancia de fantasías de embarazo oral (Rausch y Bay, 1990).

Fenichel (1941, citado en Guillemont, 1994), estudia el significado dinámico de la anorexia nerviosa en los conflictos propios de cada estructura psicopatológica; de Cremieux (1942, citado en Guillemont, 1994) afirma la autonomía del trastorno y su origen psicogenético; de Boutonnier y Lebovici (1948, citado en Guillemont, 1994) destacan la importancia del papel de la madre en la génesis de la anorexia.

Todos estos psiquiatras, a pesar de las teorías endocrinológicas de moda, han continuado sus investigaciones psicogenéticas durante toda la segunda fase de la historia del concepto. Sus esfuerzos fueron recompensados en cierta medida por el regreso de la concepción psicológica, y seguidos por los de los psiquiatras de los decenios siguientes. A partir de los años 60, los escritos sobre el tema no dejan de multiplicarse. El diagnóstico se precisa y se insiste en la diferenciación que debe establecerse entre anorexia primaria y secundaria, ésta última relacionada con una patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, el delirio de envenenamiento, la depresión grave, etc.

En los últimos cuarenta años, la anorexia nerviosa adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas. Bruch, (1962) destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de la conciencia interoceptiva, tales como los signos de necesidad nutricional. También describe en las pacientes una sensación paralizante de ineficacia que le atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión del mismo. La falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las altas expectativas de sus padres llevaron a Bruch a describirlas como un gorrión en una jaula de oro que quiere sobrevolar y despegar por su cuenta (Rausch y Bay, 1990)

Las aportaciones más importantes son las que hizo Bruch (1962) respecto con la anorexia nerviosa, quien después de un estudio realizado durante tres décadas, llegó a la conclusión de que el origen de este padecimiento eran malas experiencias tempranas del aprendizaje y un mal desarrollo en las interacciones de los padres e hijos para reforzar la identidad psicológica. (Cuadernos de Nutrición, 1997).

Según Bruch (1973), sólo los trastornos primarios de las conductas alimentarias constituyen una entidad específica, que se deben diferenciar de las formas específicas en las que los comportamientos alimentarios anormales encajan en el cuadro de la patología psiquiátrica primaria.



Otros numerosos trabajos psicoanalíticos intentan precisar, entonces, la organización estructural de la anorexia nerviosa (Bruch, 1974, 1978; Kestemberg y Decobert, 1972; Brusset, 1977; Sours, 1980 y otros, citados en Guillemont, 1994).

Minuchin, Rosman y Baker (1978) postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de un cierto equilibrio familiar.

Palazzoli (1990) define la anorexia nerviosa como una defensa paranoide intrapersonal en la que la afirmación del propio poder es vivida como imposible en las relaciones interpersonales y es conducida a las instancias intrapersonales en la lucha con el cuerpo.

El DSM- IV (Pichot, 1997) define la anorexia como:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones

aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La anorexia nerviosa es una entidad compleja en la que se dan cambios físicos, emocionales y conductuales en personas que presentan una peculiar aversión por los alimentos y a ganar peso. Los trastornos del apetito se observan con frecuencia en numerosas enfermedades orgánicas y psiquiátricas; sin embargo, en la anorexia nerviosa hay una conducta alimentaria anómala, que conduce a un rechazo pertinaz de todo alimento, intensa pérdida de peso y amenorrea persistente cuando la enfermedad se da en una mujer fértil. Habitualmente la sufren mujeres con edades comprendidas entre los 12 y 25 años del 85 al 95%, y tan sólo se da en varones del 5 al 15 % de los casos (Toro, Villardel y Roca, 1990).

La anorexia nerviosa no se puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina ni al supuesto conflicto familiar ni al trastorno de personalidad que dibuja el clínico ni a hipotéticas relaciones objetales vividas en una primera época de la vida (Toro, Villardel y Roca, 1990). Garner y Garfinkel (1982, citado en Rauch y Bay, 1990) califican a la anorexia nerviosa como un síndrome psiquiátrico discreto, que tiene una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son la resultante de la destilación de múltiples factores predisponentes y su interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas en un momento dado.

Las personas con anorexia nerviosa se vuelven enflaquecidas al punto de inanición, perdiendo por lo menos 15% a un máximo de 60% del peso corporal normal. Las motivaciones primarias de su repulsa para el comer son un temor abrumador de estar con sobrepeso aunado a una imagen distorsionada de sus propios cuerpos. Aún cuando se vuelven enflaquecidas, las mujeres con anorexia a menudo todavía están convencidas de que están en sobrepeso. Los alimentos se convierten en el enemigo. Un investigador describe la anorexia como la fobia del peso. La mitad de estas pacientes reducen sus pesos al restringir severamente sus dietas y se conocen como anoréxicas restrictivas; la otra mitad, las pacientes anoréxicas bulímicas, mantienen la emaciación a través de los métodos purga. Aunque ambos tipos son graves, el tipo bulímico, que impone estrés adicional a un cuerpo desnutrido, es el más dañoso (Kathleenmanh, 1995).

La bulímica o la anoréxica purgativa, especialmente tras los episodios en cuestión, se odia a sí misma, se desprecia intensamente; además, estos consumos críticos de alimento conllevan, en la inmensa mayoría de los casos, otra irregularidad conductual: los vómitos voluntarios (Toro, Villardel y Roca, 1990).

De acuerdo con Krupp (1990), es muy común en este trastorno, que las personas que lo padecen, presenten las siguientes alteraciones fisiológicas:

- a) Amenorrea: pérdida de la menstruación
- b) Intolerancia al frío
- c) Aparición de pelo fino curvado que cubre el cuerpo de la paciente
- d) Deficiencia de vitaminas y minerales detectados mediante la exploración física y análisis del laboratorio
- e) Anemia nutricional
- f) Posible disminución de gonadotropina

## **2.1 Características generales**

Estas personas en su interior presentan muy baja autoestima, tienen sentimientos de poca valía y no se consideran susceptibles de ser queridas ni

apreciadas. Sobre todo al principio, y en etapas intermedias del padecimiento, las personas anoréxicas presentan una aparente adaptación social, inclusive pueden ser exitosas en lo económico, en los estudios o en algún otro aspecto. Tienen una necesidad de perfección, tanto en su interacción social, como en su desempeño académico y laboral, que les permite llegar a ser exitosas. Su necesidad de perfección a nivel de reacciones y emociones la llevan al extremo de tener que controlar y anular los sentimientos; al hacerlo, al no reconocer ni aún dentro de sí mismos ni dolor, ni ansiedad, ni frustración, incluso ni amor, aseguran, de acuerdo a su código de perfección, reacciones ecuanímes. El mecanismo que utilizan es transformar los sentimientos en calorías, gramos, etc. Es decir, es mucho más fácil controlar cuántas calorías ingiero o dejo de ingerir porque eso es tangible y controlable. Son personas cuya auto devaluación y baja autoestima es tan intensa que su preocupación principal son las necesidades de los demás, anteponiéndolas a las suyas e incluso negándolas; no reconocen su necesidad de afecto, de ser reconocidos, o sus sentimientos de enojo, frustración, etc. Esta característica aunada a su necesidad de protección favorece en ciertas etapas su éxito social. Los y las jóvenes con estos trastornos tienen una gran necesidad de control externo de ahí que todo deba ser perfecto y que los afectos se manejen como alimentos para sustituir la falta de control interno de sus emociones (Cuadernos de Nutrición, 1997).

Goldstein (1999) refiere que la anorexia nerviosa ocurre principalmente en las mujeres, aproximadamente el 95%. Aunque la anorexia nerviosa tiene su edad de inicio entre los 14 y 20 años, la mayoría de las pacientes la presentan en población escolar de adolescentes. Ciertos grupos presentan riesgo clínicamente significativo para desarrollar el trastorno alimentario. La mayoría ha experimentado un periodo de restricción nutritiva, que puede ser voluntario o involuntario. La dieta voluntaria es un esfuerzo para lograr una apariencia más atractiva, es una conducta que prevalece en la cultura Occidental y particularmente entre mujeres jóvenes que son más vulnerables a las presiones sociales, y a las imágenes de los medios de comunicación, esto probablemente es el antecedente más frecuente. Los que hacen dietas restrictivas acompañadas de mayores esfuerzos en actividades, presentan

mayor riesgo, tales como el ballet y gimnasia o, en el caso de varones que se comprometen en los deportes físicos, como luchar. En esta escena, las conductas cuerpo-cambiantes pueden apoyarse para reducir peso y, esto, animado por las figuras de autoridad, como los entrenadores y padres; los varones comprometen las conductas alimentarias para reforzar la actividad, la conducta generalmente remite a la persona al desarrollo de la actividad.

Este mismo autor refiere que con respecto a restricción nutritiva severa que se debe a situaciones involuntarias, la posibilidad de establecer modelos en el trastorno alimentario se ha descrito en algunos pacientes de cirugía o un periodo de enfermedad médica significativa. El mejor estudio es el psicológico que ilustra la inducción de conducta del trastorno alimentario y la mortalidad a través de la restricción nutritiva que es sostenida en un estudio dirigido en un grupo de varones saludables.

Varios estudios han intentado cuantificar la prevalencia e incidencia de la anorexia nerviosa. Theander (citado en Goldstein, 1999) examinó la incidencia de anorexia en una región de Suecia de 1930 a 1960 este autor describió una incidencia aproximadamente de 24 por 100,000 de la población por año, pero subrayó un levantamiento bastante afilado durante la última década (1951-1960). En el Condado de Monroe, Nueva York, la incidencia aproximadamente de 35 por 100,000 de la población entre los años 1960 y 1969 aumentaron a 64 por 100,000 en los años 1970-1976. Un estudio suizo repasando historias del caso de anorexia y probando tres décadas ilustró un levantamiento significativo en la incidencia: 0.38 por 100,000 durante los años 1956-1958, 0.55 por 100,000 durante los años 1963-1965, y 1.12 por 100,000 durante los años 1973-1975. De nuevo, estos estudios parecen probar una tendencia sugerida por la experiencia clínica juntos.

La sintomatología de la comorbilidad psiquiátrica es rara en pacientes que presentan la anorexia nerviosa. Deben distinguirse tales síntomas de otros síndromes que coexisten y requieren a menudo de la intervención separada y

específica en dirección del trastorno alimentario. En una característica psiquiátrica, se observó, la ansiedad, afecto y humor deprimido, y síntomas obsesivo-compulsivos, y rasgos de los trastornos de personalidad. Muchos de éstos rasgos pueden conceptualizarse como las dimensiones del trastorno alimentario primario, o mejor dicho síndromes de comorbilidad, y algunos pueden empeorar o modificar las consecuencias fisiológicas del hambre, la desnutrición, y las conductas compensatorias. Algunos estudios han examinado mas formalmente la incidencia y la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos en pacientes con anorexia nerviosa. Entre los estudios más recientes Toner (citado en Goldstein, 1999) comparó a 47 individuos y refiere que un 40% del tiempo de vida de las pacientes anoréxicas se encuentran en estado de depresión en comparación del grupo control con un 12%. Halmi (citado en Goldsetin, 1999) estableció un tiempo de vida de un 68% en un estudio de 10 años con 62 pacientes anoréxicos. Esto lo comparó con una proporción de 21% en la población del grupo control. En un estudio más reciente Gershon (citado en Goldstein, 1999) encontró el diagnóstico de depresión mayor entre el 13% al 54% de los pacientes anoréxicos estudiados.

Theander (1985, citado en guía clínica de los TCA, 2001) ha observado que la mortalidad, debida primariamente a un paro cardíaco o suicidio, se incrementaba con la longitud del seguimiento, alcanzando hasta un 20% entre los pacientes seguidos durante mas de veinte años.

Algunos estudios estiman que las tasas de mortalidad de mujeres jóvenes con anorexia nerviosa son hasta doce veces superiores a las de las mujeres de población general apareadas por la edad y hasta dos veces superiores a los de las mujeres con otros trastornos psiquiátricos. Sin embargo estos estudios han incluido poblaciones clínicas y no está claro que coincidan con las tasas de la población general. No obstante, datos recientes sugieren que de los trastornos psiquiátricos, el mayor exceso de mortalidad por causas naturales y no naturales asocia a los trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias (Harris y Barraclough, 1998, citado en guía clínica de los TCA, 2001).

Un meta análisis realizado en 1995 sugiere una tasa de mortalidad del 5.6% por década (Sullivan, 1995, citado en guía clínica de los TCA, 2001).

## **2.2 Cambios conductuales**

Evidentemente, los primeros cambios a considerar son los que guardan relación directa con la ingestión de alimentos. El inicio de una dieta restrictiva suele ser la cobertura pública, manifiesta, del drama que se avecina; suele iniciarse limitando y/ o suprimiendo los hidratos de carbono, esta conducta tiende a prolongarse mediante la reducción o supresión de las grasas y acaba en la limitación de la ingestión proteínica. Es frecuente, que, cuando el trastorno está avanzado, la anoréxica se mantenga diariamente con uno o dos yogurt, algún trozo de queso, ciertas verduras y ensaladas sin aceite, y esporádicamente una pequeña cantidad de carne. En casos muy extremos, y ya en plena inanición, se llega incluso a la restricción de la dieta líquida, con el peligroso riesgo de la consiguiente deshidratación, lo que obliga a una hospitalización urgente (Thorn y Adams, 1990).

Los mismos autores refieren que al rededor de la mitad de las anoréxicas, especialmente a partir de los 18 ó 19 años, pasan por episodios bulímicos, estos episodios, auténticos accesos de voracidad, implica ingesta desmesurada y a veces prolongada, de periodicidad irregular, que acaban con crisis inmediatas de ansiedad, disforia, sentimientos de culpa y, frecuentemente, con ideas de suicidio. A través del episodio bulímico la anoréxica reconoce implícitamente que padece un hambre que se hace desesperante, puede así, satisfacer un apetito largamente coartado en su satisfacción, pero el costo es muy elevado. La desesperación consiguiente no constituye precisamente el mejor de los mundos posibles. En este trastorno se presentan graves alteraciones tróficas (caída del vello genital falta de sudor axilar y pérdida de la menstruación).

La relación entre la desnutrición extrema que ocurre en la anorexia nerviosa y ciertas anomalías neuroendocrinas; no ha sido establecida en forma precisa. El

trastorno del centro de la alimentación en el hipotálamo ha sido postulado sobre la base de estudios experimentales en los animales. También hay un defecto, específico de la liberación cíclica de gonadotropina por la parte anterior de la pituitaria (que preserva las demás funciones de la pituitaria), por lo que habrá insuficiencia ovulatoria y disminución de la producción de estrógenos (Krupp, 1990).

El hambre voluntaria es la afirmación de que no se trata de hambre que duela o que se sufre. Al contrario, algunas afirman enfáticamente que disfrutan con ello, que percibir el estómago plano y vacío les hace sentirse bien. Las anoréxicas están realmente confusas acerca de sus sensaciones porque el hambre tiene un efecto desorganizador de su funcionamiento general y en sus reacciones psicológicas. La mala nutrición crónica va acompañada de cambios bioquímicos que, sabemos que influyen en el pensamiento, los sentidos y la conducta. Sean cual sea las sensaciones internas de las anoréxicas o las imprecisas descripciones de las mismas, estas no sufren de falta de apetito, sino de un temor agudo a ganar peso. Aunque experimentan hambre, se entrenan para considerarlo placentero y deseable. Como son capaces de aguantarlo el hecho de adelgazar cada día más les da un orgullo que les permite tolerarlo casi todo (Bruch, 2001).

El morbo persistente que consiste en rehusarse a comer le provoca a la paciente, aun ante un hambre atroz, una profunda pérdida de peso y emaciación. Es así que practicará todo tipo de ardid para perder peso, incluyendo el fingir que se mastica y deglute, el esconder el alimento para hacer creer que fue comido, inducción del vómito y purgas ocasionales. Como ya se mencionó una de las consecuencias de este trastorno es la amenorrea que constituye una manifestación constante en las mujeres en edad gestacional y rara vez puede preceder a la pérdida de peso, pudiendo persistir a veces después de que se ha corregido la falta de peso. Otra alteración se refiere al hecho de que las pacientes se quejan de intolerancia al frío.



También puede aparecer un pelo fino curvado que cubre el cuerpo de la paciente, la cual puede aparecer hasta hirsuta. El pelo axilar y del pubis son normales. Es importante indicar que la anorexia nerviosa deberá de diferenciarse de lo que parece ser un motivo común del desarrollo, el deseo de tener una figura de cuerpo esbelta y hermosa (Krupp, 1990).

Para la paciente anoréxica, ser un cuerpo significa ser una cosa. Si el cuerpo crece, también crece la cosa a expensas de la persona (Selvini, 1990).

Cada persona tiene, un peso establecido un peso determinado principalmente por la herencia, que es el apropiado, hoy en día muchas mujeres jóvenes piensan que este peso establecido es demasiado alto y se rehúsan a aceptarlo. Al mismo tiempo, el organismo está orientado a mantener ese peso y se resiste a los intentos de la persona por disimularlo en forma significativa. Desafortunadamente muchas jóvenes están dispuestas a recurrir a medios heroicos (por ejemplo dejar de comer, purgarse, hacer ejercicio excesivo) a fin de bajar de peso a límites por debajo del nivel óptimos (Sherman y Thompson, 1999).

Por último, en la etiología de los trastornos de la alimentación también se ha considerado la influencia de los medios publicitarios y la imagen de las mujeres muy delgadas como ideal para la mayoría de ellas; el logro de este ideal significa llevar a cabo dietas y tener hambre a fin de lograr un peso corporal que no es compatible con su biología básica. En síntesis, dada la trascendencia por las implicaciones de este trastorno, es un hecho que influyen diferentes variables en diferentes niveles de relación familiar y social (Krup, 1990).

### **2.3 Factores de riesgo**

Un factor de riesgo es una variable que se ha mostrado para predecir probablemente un resultado patológico sub-secuente (Kraemer, 1997, citado en Stice, 2001).

Los factores causantes de la anorexia son una combinación de elementos psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos) y sociales (influencias y expectativas sociales) (Cuadernos de Nutrición, 1997). Selvini (1988) refiere que el síntoma anoréxico solo puede surgir en el punto de confluencia de una cantidad equilibrada de factores que se pueden agrupar en dos categorías fundamentales, los factores específicos de la cultura y la modalidad organizativa- evolutiva (proceso) de las interacciones de la familia. Se menciona que el primer factor esta referido con la delgadez y la moda específicamente femenina, el segundo factor esta referido al desplazamiento de los hijos y a la prolongación de la dependencia de los hijos con respecto a sus padres.

Por otro lado la vulnerabilidad de la adolescencia y los problemas familiares y sociales pueden combinarse con un clima social determinado para originar la conducta alimentaria típica de los anoréxicos. La pérdida de peso conduce a la mala nutrición, que a su vez contribuye con los cambios físicos y emocionales del paciente y perpetúa el círculo vicioso que se sintetiza en el modelo psicosocial de la anorexia nerviosa (Cuadernos de Nutrición, 1997).

Dada la complejidad de la Anorexia, es importante mencionar los factores de riesgo que están asociados con este trastorno; factores que también son aplicables al conjunto de trastornos de la conducta alimentaria.

Según Crispo y Figueroa (2001), refieren que los factores de riesgo se clasifican en, predisponentes, precipitantes y mantenedores: el significado de predisponer es, preparar con anticipación una cosa o el ánimo para un fin; precipitar, despeñar, derribar de un sitio alto; arrojarse a hacer o decir algo con arrebatos y sin prudencia, acelerar; mantener o perpetuar, hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante.

Según Banas, Januszkiewicz-Grabias, Radziwillowicz, (2001), en este estudio su utilizaron a 55 pacientes (entre 12-39 años) que se trataron entre 1972-1994 a la

primera Sección Psiquiátrica de la Universidad Médica en Gdansk, Polonia. Los resultados muestran que los determinantes de los trastornos alimentarios son multifactoriales. Estos autores incluyen los factores biológicos, patología familiar, la patología de personalidad, así como las influencias socio-culturales. El complejo biológico y el tratamiento psicoterapéutico en las condiciones del hospital ha demostrado ser eficaz. Entre métodos biológicos aplicados en el tratamiento neuroléptico de la anorexia nerviosa ha demostrado ser el más eficaz.

### **2.3.1 Factores predisponentes**

#### **2.3.1.1 Sexo**

El 95% de los pacientes que padecen anorexia nerviosa y bulimia son mujeres; según algunos expertos, la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales (Cuadernos de Nutrición, 1997).

León, Gómez-Peresmitre, Pineda y Platas (2002) en lo referente a la relación de imagen corporal y sexo encontraron una muestra de 470 sujetos -hombres y mujeres- que existe una interacción significativa entre peso corporal y sexo; esto es, que el ser delgado –bajo peso- se relaciona con sobrestimación marcada en la mujer, aunque no en el hombre; mientras que la obesidad se relaciona con mayor subestimación en los hombres que en las mujeres.

Saucedo y Cantú (2002) indican que para los púberes mexicanos de ambos sexos la influencia socio cultural es importante en la incidencia de trastornos alimentarios; definida ésta como "los mensajes y las imágenes acerca del peso, la figura y el ser atractivo(a) emitidos a través de los medios de comunicación, de los pares y familiares" p.132. También señalan que esta influencia tiene mayor importancia en las mujeres que en los hombres.

### **2.3.1.2 Edad**

Se ha observado que de los 14 a los 18 años constituyen los momentos de mayor riesgo dentro de ese rango de edades. En 1969, Dwyer y cols. (citado en Toro, Villardel y Roca, 1990) estudiaron las actitudes del peso corporal en una muestra de estudiantes de segunda enseñanza. Hallaron que el 80 % de las muchachas deseaban pesar menos, al tiempo que sólo compartían este deseo el 20 % de los varones. Por otro lado, en el momento en que se llevó a cabo la encuesta estaban siguiendo algún género de dieta restrictiva el 30 % de la población femenina y tan solo el 6 % de la masculina (Toro, Villardel y Roca, 1990). Completando este significativo cuadro encontraron que el 60 % de las muchachas habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva, cuando el número de varones que había hecho lo propio se situaba en el 24 %.

Dentro de la población en general, cabe definir un subgrupo constituido por adolescentes, básicamente del sexo femenino, especialmente entre 14 y 19 años, sobre todo con peso corporal algo superior a la media, tendiendo a proceder de niveles socioeconómicos medios y superiores, más bien de ambiente urbano, que muestran comportamientos y actitudes que les hacen bordear la anorexia nerviosa, cuando no caer de lleno en ella (Toro, Villardel y Roca, 1990). Hasta hace poco tiempo se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados (Cuadernos de Nutrición, 1997).

### **2.3.1.3 Personalidad**

En la anorexia nerviosa las pacientes se caracterizan por ser obsesivas, dependientes y obedientes (Cuadernos de nutrición, 1997).

Dentro de los tipos de personalidad de las anoréxicas se destacan algunos rasgos: gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de

respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad. (Rausch y Bay, 1990).

Palazzoli (1996) puntualiza que hay un núcleo profundo y común en la anorexia en el “sentir un defecto en sí mismas” (Palazzoli, 1963, p. 72; en Palazzoli, 1996 p. 190) Sin embargo, es lógico pensar que ese común denominador pueda estar en la base de distintos tipos de personalidad, las cuales podrán elegir una análoga defensa de aquella angustia de base, una defensa que por razones históricas y culturales toma la forma común de ayuno y dietas.

Personalidades diferentes pueden tener en común, reacciones defensivas iguales o similares. Sin embargo necesitan terapias distintas.

Palazzoli, basándose en el DSM IV detectó tres tipos de personalidad que comparten rasgos importantes con las chicas anoréxicas estos son: evitación, límite y obsesivo – compulsivo.

## **Evitación**

Las muchachas con una personalidad dependiente son casi todas restrictivas. En este grupo prevalece un rol sexual infantil. En la vida social ninguna está aislada y a menudo tienen amigas. El perfil de personalidad del DSM-IV (Pichot, 1997) es:

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos:

- (1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con la aprobación y reafirmación por parte de los demás.
- (2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

(3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.

(4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)

(5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

(6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

(7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

(8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Palazzoli (1996) refiere que este tipo de chicas han sido creadas en una relación muy estrecha con la madre. Tiene problemas para reconocer las propias necesidades y las subordina a las de los demás. En la infancia y la adolescencia prevalece un excesivo apego a la madre o a otras figuras de referencia, típico de la niña demasiado buena y condescendiente, incapaz de hacerse valer y afirmarse, y más tarde de comportamientos adolescentes.

Confusamente se sienten humilladas por su dependencia a la madre y por la incapacidad de pensar por sí misma.

Recurriendo a la dieta y exacerbándola gradualmente, buscan alivio a sus sentimientos de desvalorización, de escasa autoestima y de no contar para nada. El ayuno y el control representan la propia independencia de juicio sobre sí misma, su propio cuerpo y sus propias decisiones.

En este subgrupo la madre nunca es agresiva ni abiertamente desvalorizadora respecto de la hija, sino mas bien muy protectora. El padre, de costumbre, la considera la niña de la madre y se mantiene alejado de ella.

## Límite

La mayoría son anoréxicas bulímicas. Son las únicas de las cuatro categorías con frecuencia con un rol sexual activamente seductor. Raras veces están aisladas. Los rasgos del tipo borderline descritos por el DSM-IV (Pichot, 1997) son:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) alteración de la identidad: auto imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comporta-miento de auto mutilación.
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- (7) sentimientos crónicos de vacío.
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Palazzoli (1996) refiere que normalmente, estas pacientes basan su crecimiento en la inversión paterna, desconfiadas de la relación de apego ambivalente y desorganizada con la madre. Entre estas pacientes encontramos personalidades muy dolientes, que muestran rasgos prepsicóticos indicativos del grave sufrimiento infantil. Su apego al padre se resiente de la desesperada exigencia de identificar un referente afectivo en un mundo relacional de abandono y agresividad. La madre es, a menudo una persona frágil, turbada con frecuencia por eventos emocionalmente catastróficos en épocas próximas al nacimiento y a los primeros tiempos de la crianza de la niña.

En esta categoría encontramos tanto a muchachas interesadas en su cuerpo, en vestirlo, maquillarlo, subrayan su identidad sexual, como también, en el lado opuesto, a chicas extremadamente descuidadas y desaliñadas, que parecen poseídas por la inconsciente necesidad de destruir su belleza con conductas autolesivas de tipo penitencial. Entre estas anoréxicas encontramos a menudo abuso de sustancias estupefacientes, promiscuidad, hurto en casa y fuera.

Son capaces de mantener relaciones afectivas prolongadas e importantes, tanto en amigas como en parejas. Se trata de relaciones que ayudan a romper el sentimiento crónico de vacío. Algunas pueden aceptar de sus parejas comportamientos destructivos. Pueden adquirir caracteres compulsivos y caóticos, en las manipulaciones del cuerpo, que van de raparse la cabeza a conductas mas gravemente autolesivas como cortes o heridas, abuso de drogas, riesgo físico debido a acciones temerarias o a la frecuentación de ambientes de mala vida. Esta búsqueda de excitación revela siempre, su naturaleza antidepresiva.



Estas chicas pueden presentar momentos de apatía, retraimiento y profunda descompensación depresiva, en los que existe la posibilidad de que se manifiesten tendencias suicidas, seguidos por periodos de hiperactividad.



### **Obsesivo-compulsivo**

La mayoría de las chicas es de tipo restrictivo, mantienen un notable control sobre la propia alimentación. Muchas de ellas son socialmente muy aisladas o tienen una relación única y exclusiva con un chico. Los rasgos del tipo obsesivo-compulsivo del DSM-IV (Pichot, 1997) son:

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos:

(1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.

(2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

(3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).

(4) excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).

(5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

(6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

(7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

(8) muestra rigidez y obstinación.

Son muchachas que tienden al aislamiento y a la autosuficiencia. En el plano escolar y laboral, estas chicas se aplican con dedicación. Los éxitos escolares no parecen sostener la autoestima. Hacia el cuerpo tienen una actitud espartana, se visten de manera anónima, a veces con rasgos que parecen evidenciar un rechazo de la identidad sexual (por ejemplo, no se ponen faldas). A menudo practican actividades motorizadas y deportivas de manera compulsiva. Se imponen posiciones fastidiosas y se privan de sencillas comodidades (por ejemplo, el agua caliente).

La vida amistosa es modesta pero esta presente. Son capaces de entrar en relaciones importantes con chicos, amigos ./ as o hermanos / as, aún cuando a menudo se trata de relaciones exclusivas.

Raras veces idealizan a sus padres. La relación con la madre se caracteriza por una histórica barrera, por la distancia, por la incomunicación y la inaccesibilidad.

A menudo han tenido algún periodo crucial del desarrollo, de las hijas grandes preocupaciones y fuertes sobrecargas: la duda, su etilismo, o una grave enfermedad sin la ayuda del marido teniendo que descuidar, por eso, a sus hijos. Son mujeres profundamente sacrificadas, no se sustraen de sus deberes y a menudo ni siquiera piden ayuda, sino que aprietan los dientes reconfortándose de haber hecho todo con necesaria escrupulosidad. El tipo de cuidado parental que deriva de ello es meticuloso, pero inanimado. De aquí, entonces, las vivencias de las pacientes de estar trágicamente solas, totalmente incomprendidas por las madres inalcanzables o distraídas por mil problemas, con la desoladora sensación de no poder fiarse de ellas.

La dieta empieza a menudo por motivos de peso o para destacar las formas sexuales adolescentes, pero rápidamente se hace muy estricta, vivida como una prueba de control y de adecuación. El ayuno absoluto es raro; es frecuente la ingestión de alimentos particularmente hipocalóricos, muy poco variados (hasta la monofagia) preparados con meticulosidad. La pérdida de control es breve, provocada de costumbre, por la ingestión de alimentos prohibidos. El atracón es vivido como una derrota y las conductas de eliminación (vómito, laxantes) son puestas en marcha con angustiada ferocidad (Palazzoli, 1996).

#### **2.3.1.4 Causas emocionales y afectivas**

En ello se quiere demostrar que las personas que llegan a tener estos trastornos es porque tienen una forma de respuesta emocional más lábil que otras.

Aquí se incluirían aquellas teorías que pretenden que estos trastornos son subformas depresivas, así como las que reflejarían que existe un elevado grado de ansiedad (Raich, 1998).

### **2.3.1.5 Características familiares**

A pesar de que no es posible verificar la existencia de una familia típica o específica de anorexia (Toro y Villardel, 1987), se han descrito aspectos familiares que pueden tener alguna influencia en la aparición de estos trastornos. Familiares de primer grado que presentan trastornos alimentarios, trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna y también estatus socioeconómico medio-alto y en algunos casos (en la anorexia) edad de los padres más elevada.

### **2.3.1.6 Factores ambientales y culturales**

En los países occidentales, la imagen ideal o preferida del cuerpo de la mujer ha cambiado con gran rapidez en las últimas décadas; cada día se les exige que sean más esbeltas y, como consecuencia, existe también la presión por el consumo de alimentos bajos en energía. Si bien estos factores no provocan la enfermedad, sí facilitan el desarrollo de la misma y más grave aún, la disfrazan durante un buen tiempo (Cuadernos de Nutrición, 1997).

## **2.3.2 Factores precipitantes**

### **2.3.2.1 Acontecimientos vitales potencialmente estresantes**

Hasta este momento, todas las causas citadas se pueden incluir entre las que predisponen al sujeto a sufrir un trastorno alimentario. Entre las que ayudarían a precipitarlo se encontró que la gran mayoría de autores incluyen los acontecimientos vitales potencialmente estresantes "life events". En la ya amplia literatura que los estudia, se analizan aquellas circunstancias que aparecen en la vida de un persona y que dan lugar a cambios. Entre los más conocidos se puede hablar de la muerte de

un familiar próximo, casarse, divorciarse, perder o empezar un trabajo, tener un hijo, etc. Los primeros estudios versaron sobre los "life events" más frecuentes en adultos (como lo son los que he citado hasta ahora), pero posteriormente se ha realizado un estudio importante sobre los que más pueden afectar a los adolescentes y niños (Compass et. al, 1987, citado en Raich, 1998).

La aparición de una de estas circunstancias demanda del sujeto una capacidad de respuesta de la que muchas veces no dispone; por ello, se crea un nivel de tensión que en el caso de los trastornos alimentarios puede producir el inicio del trastorno. Además de los grandes acontecimientos citados, actualmente se está llevando a cabo el estudio de las perturbaciones y satisfacciones diarias (De Longuis et. al 1988; Kanner et. al. 1981, citado en Raich, 1998), puesto que se cree que el estrés cotidiano puede ser tan alterador, por frecuente, como los anteriores.

Los acontecimientos vitales citados como desencadenantes de un trastorno alimentario incluyen: cambio de casa, escuela o colegio, enfermedad importante de un miembro de la familia y separación de un amigo (Gómez y Dally, 1980; Pyie, Mitchell y Eckert, 1981, citado en Raich, 1998). Otra situación muy estresante y frecuente en la adolescencia es la de las primeras relaciones con personas del sexo opuesto; posteriormente nos referimos mas a ello.

Es importante tener en cuenta que las consecuencias del estrés no son las mismas para todas las personas. Parece ser que existen mecanismos moderadores que ayudan a superar mejor estas situaciones difíciles. Un buen contacto social, que permita expresar los miedos y angustias que padecemos es un buen protector, para disponer de un entorno social adecuado, también lo es generar determinadas expectativas, tener un lugar de control (o sea, atribuir el control de las situaciones a lo que hacemos más que, a lo que hacen los demás, centrado en uno mismo más que en el exterior) en general es positivo. Saber generar diferentes alternativas de respuesta a un mismo problema, es decir, tener habilidades de resolución de problemas y una cierta confianza en la propia capacidad de respuesta, serían varios

de los elementos que pueden ayudar a superar estos momentos conflictivos. Las distorsiones cognitivas como el pensamiento dicotómico en el que sólo cabe el blanco o negro y que actúan de filtro para juzgar a los elementos extremos incrementan la presión del estrés (Raich, 1998).

### **2.3.2.2 Dieta**

Las dietas que se imponen al comienzo de la enfermedad son muy variadas, aquellas que leen en las revistas o les aconsejan las amigas, también las que les ha indicado un médico al que al principio consultaron o dan centros de adelgazamiento que proliferan por todas partes.

Las características de las dietas que siguen las pacientes son las siguientes: no consumir grasas e hidratos de carbono, pero mantener un aporte proteico adecuado durante algún tiempo, especialmente a través de leche descremada y pescado; no tomar carne roja, ya que las anoréxicas manifiestan no poder tolerarla; consumo de frutas y verduras, seleccionando aquellas con menor aporte calórico. Un 11% de las pacientes no bebe para no subir de peso. La elección de nutrientes condicionan el tipo de desnutrición de nuestras pacientes. Las pacientes se sienten muy orgullosas de no haber presentado ningún cuadro gripal desde que están delgadas, y las que presentaban cuadros alérgicos previos, lo están de su desaparición.

La pérdida de tejido adiposo subcutáneo las anima día a día y ellas mismas se encargan, también a diario, de medirla por diferentes procedimientos. Según se van obsesionando, algunas presentan ideas absurdas, no necesariamente delirantes (Moran, 1999).

### 2.3.2.3 La aparición del deseo sexual

La aparición del deseo sexual resulta un tanto difícil de precisar para la mayoría de las chicas, a diferencia de los varones. Ellas prefieren hablar de interés por los chicos, mediatizado muchas veces por la imitación de otras niñas. Ellas dicen en la consulta, y así se observa, que a una misma edad algunas se erotizan antes que otras y manifiestan más interés, curiosidad e intentos de seducir, así como se vuelven monotemáticas en sus conversaciones. También se observa que otras chicas parecen más niñas y se mantienen en sus actividades escolares y extraescolares de siempre. Unas charlan de chicos, mientras las otras juegan como antes. Unas se arreglan para parecer más atractivas y seductoras, mientras otras aún no. Se forman dos grupos y en ambos hay quienes lo hacen por obligación, por no atreverse a enfrentarse a las que tienen más poder (Morán, 1999).



#### 2.3.2.4 La adolescencia

La adolescencia, se inicia con el desarrollo entendido éste como la manifestación de una fase de crecimiento rápido, sólo comparable al observado en los primeros años de vida. Esta fase de crecimiento rápido, donde primero se produce un alargamiento de las piernas para luego dar paso al del tronco, está representada por esa imagen no generalizada de la chica desgarbada y poco proporcionada aún, que vemos en tantas fotos y cuentos infantiles. Precede, y en parte acompaña, al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en un orden prefijado e inalterable en nuestra especie. Tiene su punto de partida en el comienzo de la aparición de vello púbico y las primeras modificaciones del botón mamario. Tradicionalmente, se ha sostenido que las niñas de países tropicales o subtropicales empezaban antes la adolescencia que las del norte o sur del planeta, aunque hoy esta afirmación es más discutible.

De cualquier manera, parece ser que los factores que dan comienzo a esta etapa son la activación de la hormona de crecimiento y el aumento de hormonas sexuales. Tras el periodo de crecimiento en estatura, el desarrollo de los caracteres sexuales implica la adquisición de unas formas distintas para las chicas con respecto a las que tenían antes, y diferentes de las de sus congéneres varones, que, mientras ellas crecen, continúan siendo niños un par de años. La aparición de la menarquia, la primera menstruación, es en la mujer la culminación de la niñez. En el plano biológico no termina con ella el desarrollo morfológico, ya que se extiende, aunque con más lentitud, al menos durante diez o doce años. Aunque se parecen, no es el mismo cuerpo el que se tiene con doce o trece años, edad más frecuente de menarquia, que el de una joven de veintidós o veintitrés años, ni es igual su equilibrio hormonal. La mayoría de los adolescentes acepta y pasa los cambios de esta etapa con normalidad, con curiosidad y hasta con orgullo. Sin embargo, una importante minoría presenta dificultades, tanto por añorar el cuerpo de antes, como por aceptar cambios que les producen extrañeza y desagrado. Hasta un 70% de las chicas acomplejadas en algún momento por una o más partes de su cuerpo en evolución, incluso a veces por todo su cuerpo. Se miran en sus compañeras y se comparan con



ellas, casi siempre con desventaja para ellas: unas, por tener mucho pecho; otras, por sus granos; muchas, por sus caderas y muslos; algunas, por su olor. Todo el cuerpo se transforma en objeto de observación y preocupación (Morán, 1999).

El mismo autor refiere que si se crece demasiado, es malo, pese al auge del baloncesto y de las altas modelos; si no se crece, peor; si aparece una sombra de bigote, un desastre. La comparación con la madre no sirve, ya que la diferencia de edad parece haberse agigantado. El consuelo y la presencia cercana del padre parece tranquilizarla, así como la aceptación afectiva que la anima. Cada uno de los aspectos corporales, y el cuerpo como parte importante de ellas mismas, se sobrevalora, es motivo de vergüenza e insatisfacción. La corporalidad se exterioriza hacia la gente, hacia la gente de su edad especialmente, ante las demás niñas en primer lugar y más tarde ante los chicos. Todos estos aspectos han sido descritos en la primera mitad del siglo XX, antes de la imposición masiva del culto al cuerpo y la delgadez. Es obvio que este último fenómeno ha acentuado las dificultades para esa importante parte de la población adolescente, que manifiesta su inseguridad en el cuerpo.

### **2.3.2.5 Deportes y profesiones de riesgo**

Practicar activamente un deporte que exija estar muy delgada, como la gimnasia, el ballet, ciertas pruebas de atletismo (el medio fondo y el fondo) y clavados, entre otros, aumenta las posibilidades de enfermar. Igual sucede con aquellas chicas, muy numerosas por cierto, que pretenden ser modelos (Morán, 1998).

### **2.3.3 Factores de mantenimiento**

#### **2.3.3.1 Coacción publicitaria**

Se hace referencia a los medios de comunicación como portavoces y creadores a la vez de los estereotipos estéticos corporales que surgen de este. Las imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas ilustradas, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento, los datos íntimos de las famosas, la literatura pro adelgazante de libros y publicaciones periódicas dedicados a divulgar la higiene y la salud, todo ello contribuye a determinar ese estado de opinión o evaluación corporal al que se hace referencia. Pero además, todo ese arsenal de imágenes y palabras crea un importante y suculento mercado descubierto y cultivado por los comerciantes y productores de los mil y un recursos, que real o supuestamente facilitan el adelgazamiento; y así la predisposición se mantiene en sus convicciones y aun las profundiza y potencia gracias a la publicidad comercial. Los anuncios, burda o sutilmente, decantan la balanza de multitud de personas en favor de la pérdida de peso. Con sus mensajes, en general cada vez menos subliminales, incorporan el estereotipo estético mayoritario, lo potencian, lo concretan, intentan dar razones y motivos más o menos plausibles y amplían el mercado, y, claro está, procuran vender todo cuanto pueden (Toro, Villardel y Roca, 1990).

#### **2.3.3.2 Ambiente socioeconómico**

Hasta hace poco tiempo se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados. Sin embargo, esta enfermedad se presenta cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos; desafortunadamente estos países no cuentan con datos que confirmen la frecuencia de la enfermedad y si se está incrementando (Cuadernos de Nutrición, 1997).

### **2.3.3.3 La delgadez como imagen dominante**

El predominio de la imagen se ha extendido desde los años sesenta al cuerpo humano, sobre todo al cuerpo femenino. La mujer debe tener un aspecto correcto, y ese aspecto es la delgadez. Hay otros elementos deseados en una imagen aceptable, relacionados por ejemplo con los pechos, las nalgas, las piernas, etc., pero con mucho el más importante de esos imperativos es la exigencia de que la mujer esté delgada. Esta imagen no sólo se presenta para el consumo y la educación de las mujeres por ejemplo en las páginas de las revistas femeninas, o en anuncios de productos comprados principal o exclusivamente por mujeres sino que se emplea también para vender productos que compran los hombres. No sólo se enseña a las mujeres qué aspecto deben tener sus cuerpos; también se hace con los hombres. En otras épocas, la imagen deseada de la mujer era regordeta, o incluso gorda. A veces esto se ve como un indicio de prosperidad, sobre todo en culturas donde escasea la comida; la mujer que es gorda evidentemente pertenece a una familia rica y tiene comida suficiente. Pero también tiene que ver con la fertilidad. Como ya hemos visto, una mujer muy delgada es una mujer estéril. Muchas sociedades todavía exigen a las mujeres que tengan niños, y creen que la gordura es un evidente indicio de que pueden hacerlo.

La historia y la experiencia han identificado a menudo a la mujer existiendo sólo con respecto a los hombres mujer de alguien, hija de alguien y muchas veces la ley las ha tratado como propiedad del hombre. Las mujeres han aprendido a hacerse agradables a los hombres en términos masculinos, de manera que su cosificación en los anuncios no es algo nuevo. Lo que sí es nuevo es que la imagen que se identifica ahora como agradable para los hombres y que por lo tanto hace aceptable a una mujer no sólo para ella misma sino también para el hombre, es una imagen de delgadez. El gran problema es que la mayoría de las mujeres no son, ni serán nunca, tan delgadas como las imágenes que se presentan como deseables en nuestra sociedad. Los requisitos mínimos para la clase de modelo que aparece en vallas

publicitarias es una altura de un metro setenta y tres y una talla desde 3 hasta 5. Esa forma jamás será alcanzada por la inmensa mayoría de las mujeres.

Para empezar, la altura y las proporciones de una mujer están en gran medida determinadas genéticamente, lo mismo que su peso. Eso no quiere decir que no haya variaciones considerables provocadas por influencias medioambientales. Sin embargo, en circunstancias normales es imposible hacer cambios radicales permanentes en las proporciones del cuerpo. Intentar hacerlo es una pérdida de tiempo, como pueden atestiguar el 90 % de las mujeres que hacen una dieta y luego recuperan el peso perdido y un poco más. El triste resultado es que muchas mujeres sienten que no son aceptables porque nunca tendrán la forma corporal que nuestra cultura les exige. Las anoréxicas y las bulímicas están entre las que todavía no han aprendido a aceptarse, sean cuales sean los dictados de la cultura (Buckroyd, 1997).

#### **2.3.3.4 Ambiente familiar**

En general, las familias de las pacientes con anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios, al respecto, existen trabajos de investigación sobre la influencia de la familia en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario, éstos se centran en diferentes aspectos como son las variables genéticas, demográficas, las formas de patología experimentadas en la familia, el tipo de relaciones familiares o los factores familiares que pueden afectar al tratamiento o al pronóstico (Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991).

Entre las variables demográficas que se ha intentado relacionar con estos trastornos, destacan la edad de los padres en el momento del nacimiento del paciente, el lugar que éste ocupa entre los hermanos, y la separación de los padres. (Haré y Moran, 1979, citado en Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991). Asimismo, aparecen notables discrepancias entre diferentes trabajos en cuanto a la incidencia de padres separados en los trastornos de la alimentación, probablemente debido a factores socioculturales.

De igual forma, numerosos trabajos han demostrado una mayor frecuencia de trastornos afectivos en los familiares de pacientes con problemas del comportamiento alimentario (Winokur et. al, 1980; Hudson et. al, 1983; Gershon et. al, 1983; Rivinus et. al 1984, citado en Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991) se ha señalado la existencia de una alta frecuencia de alcoholismo y drogodependencia especialmente en padres varones. Estos autores reportaron que las pacientes anoréxicas y sus madres referían mayores dificultades en la familia en cuanto a la realización de tareas, comunicación y expresión afectiva. También puntuaron menos en la escala de aceptación social. Utilizando el Leuven Family Questionnaire para medir comportamiento alimentario, Kog et. al (citado en Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991.) encontraron que las madres, padres e hijas anoréxicas referían mayor nivel de conflicto y desorganización que las familias sin hijas anoréxicas.

Strober (1981, citado en Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991) compararon anoréxicas restrictivas con anoréxicas bulímicas mediante el Family Environment Scale (FES) y la relación emocional con los padres, evaluada por el Locke-Walláce Marital Scale. Los resultados fueron menos favorables para las anoréxicas bulímicas que para las restrictivas. Las anoréxicas bulímicas manifestaron mediante el FES que en sus familias había un nivel significativamente mayor de conflicto. En cambio, la organización y la cohesión eran mayores en las familias de las anoréxicas restrictivas. En el grupo de anoréxicas bulímicas se daba una peor relación emocional con ambos padres y un mayor alejamiento respecto del padre que de la madre. En ambos grupos había desacuerdo conyugal pero era significativamente superior en los padres de las anoréxicas bulímicas

En esta línea, Platas, Gómez-Peresmitre, Pineda y León (2002) reportan que los problemas alimentarios se promueven y mantienen por pautas reales o subjetivas de interacción familiar disfuncional y por una baja calidad de la red de apoyo social.

Con respecto a la sexualidad Álvarez, Vázquez, López, Bosques y Mancilla (2002) aplicaron a una muestra de 188 mujeres adolescentes mexicanas el cuestionario de actitudes alimentarias (EAT) y el inventario de feminidad y masculinidad (IMAFE) con el propósito de explorar la existencia del rol sexual asociado a la sintomatología de los trastornos alimentarios; reportan que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario, se perciben con una mayor orientación hacia el rol sexual femenino, menciona que la feminidad se asocia con mayor presencia de sintomatología anoréxica, particularmente de la dieta restrictiva, esta preocupación que se genera en el seno de una familia que tiene a una persona anoréxica es tal que da lugar a las más variadas conductas.

A fin de que la muchacha o el chico afectado no siga adelgazando, se hace todo lo que se puede y esto quiere decir que se premian muchos comportamientos desadaptativos. Antes se hablaba de la aceptación de caprichos alimentarios, igualmente se pueden incluir las discusiones que se generan, los desacuerdos y múltiples culpabilizaciones entre los padres y un largo etcétera que se convierte en una atención extremada al problema. Se sabe que la atención social (aunque sea negativa) es un poderoso reforzador de las conductas, por ello que contribuye grandemente a que se mantenga. En cuanto a los amigos, en un primer estadio pueden ser reforzadores del adelgazamiento al comentar qué avances está consiguiendo con su régimen, pero, posteriormente, pueden verse alejados de su relación si intentan hacer razonar a la paciente y así ella queda relegada a su soledad y pensamiento distorsionado (Raich, 1998).

Los padres suelen quejarse de lo doloroso y exasperante que es ver cómo un hijo rechaza la comida. Sin embargo, en los últimos años se ha visto que algunas madres estaban de acuerdo con sus hijas anoréxicas con respecto a lo que comían estas. El problema era que no entendían porque pesaban tan poco. Invariablemente, esas mujeres estaban preocupadas por su propio peso y envidiaban la fuerza de voluntad de sus hijas (Bruch, 2001)

# capítulo III



## **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ANOREXIA NERVIOSA**

### 3. Familia

La familia es un sistema social abierto y en transformación que afronta una serie de tareas (Minuchin, 1995). Es punto de encuentro entre necesidades individuales e instancias sociales, situación que ha llevado a integrar diversas modalidades de interpretación del comportamiento humano (Andolfi, Menghi, Nicoló, Angelo 1985).

En esta lógica, para Andolfi, et al (1985) la familia es un sistema activo de transformación constante, dicho de otro modo, es un organismo complejo que se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que lo componen. Estos autores mencionan que este proceso de continuidad y crecimiento permite que la familia se desarrolle como un conjunto y al mismo tiempo asegura la diferenciación de sus miembros.

Para Andolfi (1994) la familia es un sistema intrínsecamente activo, que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través de ensayo y error, que permite a los diversos miembros experimentar lo que está tolerado 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 estructura familiar regida por modalidades transaccionales peculiares del sistema mismo y susceptibles con el tiempo, de nuevas formulaciones y adaptaciones.

En este sentido, Minuchin (1995) señala que las transacciones repetidas establecen pautas que apuntalan el sistema acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse. De acuerdo con Minuchin, estas pautas transaccionales, regulan la conducta de los miembros de la familia debido a que son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobierna la organización familiar; el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. De este modo el sistema se mantiene a sí mismo, ofrece resistencias al cambio y conserva las pautas



preferidas durante tanto tiempo como pueda hacerlo. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones, así, la familia debe responder a cambios internos y externos, y por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de tal modo que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Por otro lado, Whitaker (1978, citado en Minuchin y Fishman, 1994) considera la familia como un sistema en que todos los miembros tienen la misma significación, indica que cambian gradualmente a fin de modificar el conjunto. En este sentido, Whitaker y Bumberry (1991) refieren que uno de los componentes básicos de la estructura de una familia funcional es la separación clara de las generaciones, basada en la idea de ejercer el dominio sobre los hijos con una estructura jerárquica rígida, lo que les brinda seguridad y protección. De este modo, la jerarquía puede concebirse como un aspecto de la organización de la vida familiar y puede ser necesaria y útil (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

Satir (1991) menciona dos tipos de familias: una denominada nutricia y la otra conflictiva. Los miembros de una familia nutricia tienen la libertad de comunicar lo que sienten, les resulta sencillo asimilar el mensaje de que la vida y los sentimientos humanos son más importantes que cualquier cosa. Las familias conflictivas ocupan todas sus energías en un esfuerzo inútil para evitar la aparición de los problemas y cuando éstos llegan, generalmente sus integrantes no tienen ya los recursos necesarios para resolver las crisis.

Para fines de esta investigación se retomará el concepto de familia descrito por Minuchin, Lee y Simón (1998) donde refieren que una familia es un grupo de personas unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones. De acuerdo con estos autores, la familia como constructora de la identidad de sus miembros debe organizarse a sí misma

para adecuar las prescripciones socioculturales a la conducta de sus miembros. Indican que los componentes de la familia adaptan a los papeles familiares, roles y funciones asignadas. Esta adaptación fomenta un funcionamiento fluido, la anticipación de respuesta, seguridad, lealtad y armonía. Asimismo, estos componentes pueden cubrir maneras alternativas y espontáneas de relacionarse y cuando esto sucede, la flexibilidad del funcionamiento familiar se incrementa. En este contexto, Zuk y Boszormenyi (1993) señalan que la flexibilidad es sinónimo de normalidad y la rigidez de patología, acotan que cuanto más graves son las perturbaciones, tanto más rígido es el patrón familiar.

De este modo, la construcción complementaria de los miembros de la familia requiere largos periodos de negociación, compromiso, reorganización y competición; tales intercambios comúnmente pasan desapercibidos. Los miembros de la familia desarrollan estilos preferentes para intercambiar verdades sobre el yo y el tú, y la manera en que se relacionan. En este proceso, las negociaciones cotidianas de la vida familiar también establecen patrones acerca del uso del poder en la familia, en el que la diferencia de funciones y la adaptación de la experiencia y la autoridad de un miembro sobre ciertas áreas particulares mejoran el funcionamiento familiar (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

El grupo de Milán (Falicov, 1991) destaca que los sistemas cambian y evolucionan de continuo, y su estabilidad es tan sólo aparente, este grupo se interesa más en investigar cómo evoluciona la conducta hasta adquirir su forma actual, el grupo de Milán llega a comprender en detalle la manera en que los miembros de la familia perciben su pasado y poseen más indicadores acerca de cómo arribó la familia a su estado actual. Para estos la disfunción ocurre en puntos de transformación natural cuando el sistema resulta incapaz de saltar a una nueva modalidad de funcionamiento. Además, sostienen que las familias evolucionan constantemente, y por lo general, no son conscientes de ello.

Según Stierlin y Weber (1990) una familia puede ser considerada como un sistema que debe seguir experimentando cambios a fin de sobrevivir como sistema.

Los cambios ocurridos en determinados puntos surgen de las distintas exigencias inherentes al proceso de los ciclos de vida de cada miembro, individualmente, y de la familia como un todo. De esta forma, las familias cambian, no obstante, el proceso de cambio supone por lo general un nivel de crisis (Minuchin y Nichols, 1994) por lo que la familia se resistirá al cambio cuando exista un síntoma grave, dado que requieren un síntoma tan grande para estabilizarse, es probable que en todos los sistemas familiares se produzcan primero síntomas pequeños y que si un síntoma pequeño no es suficiente para estabilizar un sistema, se desarrollara uno grande, mientras más encubierto o escondido está el conflicto matrimonial, más se necesitara de un síntoma para estabilizar el conflicto, de modo que pueda permanecer oculto o encubierto, mientras más peleas hay en la pareja o más evidente es su conflicto más fácil resultará ayudar al sistema familiar a cambiar (Bergman, 1991). Es así, que la estructura familiar que es adaptativa en una determinada etapa puede ser disfuncional en otra (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

Glansdorff y Prigogine (1971, citado en Falicov, 1991) explican que las fluctuaciones internas o externas en las transacciones habituales entre los miembros de una familia crean inestabilidades que, a su vez, pueden impeler el sistema hacia una nueva estructura. Una fluctuación no va seguida de una respuesta que devuelva el sistema a una condición estable, sino más bien tienen de una nueva amplificación. Es posible entonces que la familia entre en crisis, y que la transformación consiguiente la lleve a un nivel de funcionamiento distinto que posibilite la superación.

Según Wood y Talmon (1983, citado en Falicov, 1991) las pautas de proximidad entre miembros de la familia y su estructura jerárquica, proporciona un medio de esclarecer las dimensiones que experimentan cambio durante las transiciones de la familia. Los parámetros temporales (cronológicos y de maduración)

junto con las dimensiones estructurales de proximidad y jerarquía cambian naturalmente para amoldarse a las exigencias planteadas por el desarrollo, en tanto que las estructuras disfuncionales quedan rezagadas. En las familias que funcionan bien, la díada progenitor-hijo tiende a una mayor proximidad ya que hubo confusión entre las etapas tempranas de maduración del niño, para luego ir desligándose con el tiempo el impacto de la proximidad familiar sobre el desarrollo individual de sus integrantes.

Bowen (1978, citado en Falicov, 1991) considera que la causa medular de la transmisión y generación de los problemas familiares es la falta de diferenciación del individuo con respecto a su familia de origen. De este modo, la disfunción y desarrollo familiares son causadas por el estrés y los síntomas familiares de la historia interiorizada. El estrés y la angustia activan dificultades emocionales pretéritas que han sido reprimidas y negadas, a veces por varias generaciones. Para Bowen (1978, citado en Falicov, 1991) las relaciones son más estresantes cuando los individuos tienen un nivel de diferenciación bajo y están fusionados (Kerr, 1981, citado en Falicov, 1991). Esta fusión intensa suele explicarse por resolverse mediante el distanciamiento, la triangulación de un hijo único, centramiento en la disfunción de uno de los cónyuges.

Los determinantes más fuertes de la continuidad y el cambio familiares son las pautas emanadas de las familias de origen. Las crisis actuales se discuten dentro del contexto de las familias de origen, sobre el significado simbólico de las experiencias. Son cuestiones claves en el desarrollo familiar dos puntos de reflexión sobre la evolución futura del esquema del ciclo de vida (Falicov, 1991).

En síntesis, se ha manifestado interés en lo que se refiere al continuo de nivel de funcionalidad de las familias. La tabla uno muestra los extremos de este continuo (Simon, Stierlin y Wynne, 2002). Al respecto Satir (1999) indica lo siguiente:

Tabla 1. Nivel de funcionalidad familiar.

Familias funcionales	Familias disfuncionales
La madre es capaz de permitir al niño una relación con su padre.	El chico no tuvo la oportunidad de ver a sus padres juntos.
Ambos cónyuges les señalan al niño con claridad que nunca podrá ser incluido en la relación de ellos como cónyuges.	Las necesidades han sido satisfechas a través de las necesidades de los padres.
El padre es capaz de permitir al niño una relación con su madre.	El hijo tiene relación distante con el padre, la hija tiene relación distante con la madre.
Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y sobre sus expectativas.	Los cónyuges no confían en su relación marital y no se admite la diferencia de opiniones entre los miembros.
Las transacciones que son iniciadas también son terminadas.	Los padres ignoran las necesidades del hijo y éste no encuentra manera de que se atiendan dichas necesidades.
Los mensajes de los miembros de la familia se envían mutuamente con claridad y conducta correspondiente.	Los miembros de la familia no son capaces de elegir entre varias alternativas de conducta.
La hostilidad y el conflicto son reconocidos e interpretados.	No se admiten diferencia de opiniones.
Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismos y de cómo son percibidos por los demás.	Los niños anhelan y necesitan una relación aceptada con cada miembro de la familia.

A partir de lo expuesto en este capítulo, el presente trabajo se apoya en el enfoque estructural de funcionamiento familiar de Minuchin (1995) debido a que a partir de este modelo se presentan una serie de explicaciones relacionadas con las pacientes anoréxicas y sus familias (Minuchin, 1995) además de que también propone un ciclo de vida familiar que incluye familias con hijas adolescentes que es tema central de esta investigación.

### **3.1 Escuela Estructural de Salvador Minuchin.**

El enfoque estructural se centra en la idea de que las familias atraviesan por periodos de transición cuando un nuevo miembro entra en el sistema, o cuando un miembro reconocido se va.

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 (Minuchin y Fishman, 1994).

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las transacciones repetidas que establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse, estas apuntalan el sistema y regulan a los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. 1) genérico que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; 2) idiosincrásico, que implica las expectativas mutuas de los miembros de la familia (Minuchin, 1995).

La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de éstas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad para resolver conflictos,

como preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema (Minuchin y Fishman, 1994).

Según Minuchin (1995) la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, razón por la que la familia debe responder a cambios internos y externos y debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Entre el desarrollo y la organización de la familia existe una relación de influencia recíproca. La disfunción de la familia está vinculada de diversos procesos evolutivos (Falicov, 1991).

1. La reestructuración familiar implícita durante los periodos de transición es estresante.

2. Las pautas funcionales y disfuncionales se evalúan por la adecuación de la organización estructural de un sistema a sus exigencias funcionales, en contextos evolutivos y sociales. La adecuación es observar una conducta apropiada a la edad, o conductas, tareas o privilegios acordes con las edades cronológicas de los miembros de la familia.

3. El ritmo de cambio durante las transiciones. Sí la transición a la nueva etapa es demasiado lenta o rápida, los resultados serán inciertos.

4. Retrasos en el desarrollo. A menudo, dentro de la organización familiar, un individuo excesiva o insuficientemente involucrado no puede actuar en ella como corresponde a su edad cronológica.

Las familias cambian constantemente, incitadas por fuerzas internas y externas, los procesos de continuidad y cambio, coexisten y alternan la adaptación de una familia (Falicov, 1991).

La familia plasma en sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos; un sentimiento de identidad y un sentimiento de separación (Minuchin, 1995).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, los individuos son subsistemas en el interior de una familia, las díadas pueden ser subsistemas. Es así que cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que se aprenden habilidades diferenciadas. De acuerdo con Minuchin (1995) los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera, debido a que todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas a continuación descritos, deben ser claros.

1. El subsistema conyugal: se constituye cuando dos adultos se unen con la intención expresa de construir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Este puede convertirse en un refugio ante el estrés externo y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales.

Los cónyuges pueden insistir en mejorar o preservar a su pareja, y también descalificarla. Imponen nuevos estándares que deben lograrse, pueden establecer pautas transaccionales del tipo dependiente - protector, donde el miembro dependiente se mantiene como tal para proteger la impresión de su cónyuge de ser el protector.

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas. Si el límite es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Pero si



mantienen límites flexibles, otros subgrupos pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema (Minuchin, 1995).

En cualquier pareja la conducta de una persona está enlazada con la conducta de otra, significa que las acciones de una pareja no son independientes sino codeterminados sujetos a fuerzas recíprocas que se respaldan o polarizan (Minuchin y Nichols, 1994).

2. El subsistema parental: Cuando nace el primer hijo, se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. El subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un hijo, se debe trazar un límite que permita el acceso a ambos padres y que lo excluya de las relaciones conyugales. A medida que el niño crece impone demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas.

Se espera que los padres comprendan las necesidades de sus hijos y expliquen las reglas que imponen. Los procesos difieren según la edad de los niños. Cuando estos son muy pequeños predominan las funciones de alimentación. En la adolescencia el requerimiento de los padres comienza a entrar en conflicto con los de los hijos. Los padres imponen reglas que no pueden explicar, que explican en forma incorrecta, o consideran que son evidentes, mientras que para los niños no es así, los niños comunican sus necesidades con distintos grados de claridad y realizan nuevos requerimientos a los padres. 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 (Minuchin, 1995).

Cónyuges e hijos se entregan unos a otros de una manera que promueve el crecimiento y procura apoyo, y que contribuye a afirmar el sentimiento que cada uno tiene de su propia capacidad y valía (Minuchin y Fishman, 1994).

3. El subsistema fraterno: Es donde los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En las familias amplias el subsistema fraterno posee otras divisiones ya que los hijos más pequeños, se diferencian de los niños mayores que realizan contactos y contratos con el mundo extrafamiliar. Si la familia del niño posee modalidades muy particulares, los límites entre la familia y el mundo extrafamiliar pueden convertirse en excesivamente rígidos (Minuchin, 1995).

Los límites del subsistema fraterno deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para que puedan ejercer su derecho a la privacidad, tener sus propias áreas de interés y disponer de la libertad de cometer errores en su exploración (Minuchin, 1995). Los límites dentro de la familia, sin embargo, son a menudo difusos y débiles (Minuchin et. al, 1978).

En este entorno, la comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas, lo que da lugar a dos extremos del funcionamiento de los límites: *aglutinamiento* y *desligamiento*. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuo cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites sumamente rígidos, por el otro (Minuchin, 1995).

*Aglutinamiento* y *desligamiento* se refieren a un estilo transaccional o de preferencia por un tipo de interacción, no a una diferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional. La mayor parte de las familias poseen subsistemas aglutinados y desligados las operaciones en los extremos, señalan áreas de posible patología.

Los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados en el entendimiento de que el sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomos de los problemas. Los

miembros de subsistemas o familias desligados pueden funcionar en forma autónoma pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia, la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan (Minuchin, 1995).

Minuchin (1995) llegó a la conclusión de que las tareas evolutivas que afrontaba la pareja incluían dos procesos importantes: 1) la *acomodación* mutua de los cónyuges al estilo de vida del compañero en muchas rutinas diarias, y 2) el *trazado de fronteras*, que entrañaba la negociación de la naturaleza de la frontera entre los dos recién casados, así como la frontera entre ellos y sus familias de origen y grupos de amigos. Ambas familias de origen (padres y hermanos) afrontaban ajustes y reorganizaciones de fronteras para aceptar y apoyar la nueva unidad familiar.

### **3.2 Ciclo de vida**

De acuerdo a la literatura (Olson, 1991; Minuchin, 1991; Ochoa de Alda, 1995) se menciona una relación entre el funcionamiento familiar y la etapa de ciclo de vida que se está cursando. Esto es, la dinámica familiar es diferente cuando la pareja no tiene hijos a cuando los tiene, y también cambia sus patrones de relación cuando los hijos son pequeños a cuando son adolescentes. De esta manera, se tiene que las familias cambian en su forma y función a lo largo de su ciclo de vida y lo hacen en una secuencia ordenada de etapas evolutivas.

Para dividir el ciclo de vida en etapas, se aplican tres criterios: 1) los cambios en el tamaño de la familia, habitualmente debidos a pérdidas o adiciones de miembros, que dividen la vida familiar en cinco etapas de expansión, estabilidad y contracción (etapa estable: matrimonio sin hijos; de expansión: procreación; estable: crianza de los hijos; de contracción: emancipación de los hijos; estable: nido vacío), 2) los cambios en la composición por edades, basados en la edad cronológica del hijo mayor desde su infancia hasta su juventud adulta, y 3) los cambios en la posición

laboral de la persona o las personas que sostienen a la familia (Falicov, 1991). Es así, que el ciclo de vida de la familia se refiere a aquellos hechos nodales que están ligados a los sucesos que ocurren al interior de la familia: nacimiento y la crianza de los hijos, entre otros (Duvall, 1957, citado en Falicov, 1991).

Estos hechos producen cambios de composición que exigen una reorganización de los roles y reglas. El ciclo de vida familiar está sujeto a un sin número de variaciones individuales en cuanto al momento en que se producen los cambios y las estrategias para afrontarlos. Cuando se producen estos cambios en el contenido de los roles, a consecuencia de cambios en la edad o de adiciones o pérdidas de miembros que exijan un reordenamiento de los roles, se inicia una nueva etapa evolutiva y los cambios de rol apropiados se convierten en las tareas evolutivas de la familia (Falicov, 1991).

También Watzlawick, Wekland y Fisch (1974, citado en Falicov, 1991) plantean el hecho de que todas las familias tienen problemas en su existencia, derivados muchos de ellos de las dificultades impuestas por las transiciones del ciclo de vida (las transiciones en cuestión son el cambio de la relación voluntaria de galanteo al compromiso del matrimonio y de éste al compromiso irreversible con la nueva familia, cuando nace el primogénito: la exigencia de compartir la influencia con otras autoridades cuando los hijos ingresan a la escuela, y con los mismos hijos y sus pares en el período de la adolescencia; el desplazamiento regresivo de una relación conyugal orientada hacia los hijos, a un sistema dual, cuando los hijos se van del lugar, y la intensificación de la relación dual con el retiro del trabajo; el retorno a la vida del soltero con la viudez; no generalizan acerca del desarrollo familiar a lo largo del tiempo, sino que ofrecen una descripción de mecanismos de cambio de primer y segundo orden. Los cambios de primer orden, son los que ocurren dentro de determinado conjunto de reglas y tienden a preservar la continuidad o estabilidad del sistema. Los de orden segundo implican la creación de nuevas reglas, facilitando así la reorganización total del sistema. El ciclo de vida de la familia necesita ambos tipos de cambio: el de primer orden se aplica a los cambios

dentro de una etapa; el de segundo orden se necesita cuando se pasa de una etapa a otra durante las transiciones familiares. Esta aproximación describe el modo en que algunas familias crecen cronológicamente con sus reglas interpersonales.

No obstante este crecimiento puede ser entorpecido por la presencia de un síntoma que sería una indicación de que la familia tiene dificultades en superar una etapa de su ciclo de vida las jerarquías internas de la familia son confusas o incongruentes. Las familias mantienen sus problemas con sus intentos bien intencionados, pero desafortunados al resolverlos. Contrariamente a las expectativas de la familia, estos intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas necesarias para resolverlo (Falicov, 1991).

Estos descarrilamientos en el ciclo de vida van asociados a la aparición de síntomas. La flexibilidad es una característica determinante, las familias flexibles afrontan los cambios evolutivos y se adaptan a ellos; las que no son suficientemente flexibles experimentan conflictos y la consiguiente aparición de síntomas en los periodos de transición. Si la reglas de una familia no permiten una progresión natural a lo largo del ciclo de vida, uno de sus miembros puede contraer un síntoma como una solución que ayude a la familia a avanzar por su senda evolutiva (Hoffman,1987).

Whitaker y Keith (1981, citado en Falicov, 1991) consideran que el ciclo de vida es un gran modelo de evolución dentro de un sistema que cambia y al mismo tiempo mantiene su integridad, además, añaden a las conocidas tensiones familiares momentos idiosincrásicos cruciales para una determinada familia. Las familias tienden a subestimar todos estos sucesos del ciclo de vida, ellos ejercen probablemente un efecto acumulativo sobre el funcionamiento global de la familia. En la familia con hijos adolescentes, los hijos pasan por un proceso de separación y una crisis de identidad en la que los padres atraviesan su crisis de la mitad de la vida y los abuelos enfrentan la crisis del retiro y el cambio físico, propias de la vejez.

Estos autores proponen otra conceptualización del ciclo de vida; lo conciben como una serie de atascamientos consecutivos, que aparece a medida que la tensión entre la unificación y separación de los individuos repetidamente surge y se resuelve, cuando la unidad de galanteo se disuelve, otro emerge con el matrimonio.

En este entorno, la disfunción ocurre en una transición del ciclo de vida o cuando una familia no se adapta al cambio de circunstancias provocado por la dinámica evolutiva del crecimiento de los hijos. Las familias normales tienen un sentido evolucionista del tiempo que impele a sus miembros a lo largo del curso del ciclo de vida. Los mecanismos de cambio evolutivo constituyen una crisis de identidad por las que atraviesa la familia cuando afronta enfermedades, cambio de profesión u otras formas de duda de sí mismo, el esquema del ciclo sigue siendo una metáfora útil para comprender a las familias y dialogar con ellas, en tanto no se lo eleve (o, como dicen ellos, no se le extienda y clasifique excesivamente) al nivel de descripciones son ubicaciones concretas de pautas familiares para todo el curso de la vida ( Falicov, 1991).

En este devenir de una etapa a otra se pueden presentar crisis derivadas de la acumulación de otras tensiones, por ejemplo, cuando a uno de los *hijos se le diagnostica una enfermedad*, es un hecho que plantea desafíos a la estabilidad de la familia, porque entre otras cosas habrá cambios en las rutinas familiares que conduzcan a brindar atención, apoyo y cuidado al hijo enfermo. Para comprender los sucesos citados y lo relacionado con el ciclo de vida, existen en la literatura diferentes formas de abordarlo, en su mayoría complementaria, las diferencias radican en el énfasis en torno a sus componentes, tal como se observa en los modelos enseguida descritos (García-Méndez, 2002).

Haley (1994) propuso que un síntoma aparece cuando se produce una interrupción o dislocación en el desenvolvimiento natural del ciclo de vida familiar en

donde se ve a la familia como un sistema complejo. Su modelo de ciclo de vida se sustenta en las siguientes seis etapas:

(Haley, 1994)

1. El periodo de galanteo
2. El matrimonio y sus consecuencias
3. El nacimiento de los hijos y el trato con ellos
4. Las dificultades matrimoniales del periodo intermedio
5. El destete de los padres
6. El retiro de la vida activa y la vejez

El modelo propuesto por Solorio, (1989, citado en Cruz y Buendía, 1992) plantea el proceso estructurado por cinco etapas en donde se exponen las características fundamentales de cada una de las fases, abarcando desde el momento de la selección hasta la vejez de la pareja. Los límites de cada una de estas etapas no son muy claros y la duración de cada una es variable.

(Solorio, 1989. Citado en Cruz y Buendía, 1992)

1. Selección
2. Transición y adaptación temprana
3. Etapa de reafirmación como pareja y paternidad
4. Diferenciación y realización
5. Estabilización

Minuchin y Fischman (1994) refieren que la familia experimenta un cambio natural en el tiempo y progresa según etapas evolutivas bastantes previsibles. Estas etapas están delimitadas por cambios de composición en la familia, la reorganización de los subsistemas antiguos y la aparición de otros nuevos, y por modificaciones de las fronteras internas y externas de la familia.

(Minuchin y Fishman, 1994)

1. La formación de pareja
2. La familia con hijos pequeños
3. La familia con hijos en edad escolar o adolescentes
4. La familia con hijos adultos

### 3.3 La familia de las anoréxicas

Laségue fue el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre el paciente y los demás miembros de la familia (Brumberg, 1988 citado en Toro, 1999).

La lucha de la familia por el poder, la importancia y la atención adquiere formas muy especiales en familias de anoréxicas. El poder va a ser depositado en la persona que observe el credo familiar de manera inflexible, o sea, que exhiba el grado máximo de autosacrificio y abnegación. Y esa persona es el anoréxico, quien se rehúsa a comer y generalmente se niega a sí mismo más que a los demás, esto brinda una ventaja estratégica con respecto a la manipulación de los sentimientos de culpa, el hecho de que los síntomas anoréxicos y la atención que se brinda a raíz de ellos, vuelven a unir a la familia. Ya no hay riesgo de separación. Los padres una vez más tienen una tarea en común y comparten una preocupación. Las tensiones que amenazan con desmembrar a la familia antes de aparecer el problema de la anorexia pueden definirse ahora como irritación provocada por la portadora de los síntomas y su conducta (Stierlin y Weber, 1990).

La anoréxica puede manipular todo el entorno familiar con sus demandas, su rechazo a la comida o sus amenazas de suicidio; produciendo que la familia no haga nada para que consiga seguridad interna o una auténtica independencia (Bruch, 2001).



Según Root et al. (1986, citado en Sherman, 1999) existen características comunes en familias con un miembro anoréxico: 1) Familia perfecta; 2) la familia sobreprotectora; y 3) la familia caótica.

1) Familia perfecta. Familia en la cual la apariencia y reputación son de primordial importancia, una fuerte lealtad, ocultación de secretos y problemas familiares. Existen ideas claras dirigidas a logros, acerca de logros y que se acaten. Mantienen un aspecto feliz y siempre se ven alegres, al grado de evitar cualquier sentimiento o situación problemática, tanto a la apariencia y a los logros se les otorga una alta valoración. Hay una negación que impide que se perciban los problemas dentro del núcleo familiar o con miembros de la familia.

2) Familia sobreprotectora. Carece de confianza básica en la capacidad de los miembros de la familia. Este sistema no alienta a los hijos a ser autónomos e independientes, impidiendo que desarrollen un sentido de su propia capacidad.

3) Familia caótica. Carece de estructura y estabilidad. Los padres no están disponibles, los hijos casi se crían solos, prevalece el abuso de alcohol o drogas. Si existen reglas, éstas tienden a ser inconsistentes y los hijos nunca saben que esperar. El enojo se expresa con más frecuencia de manera incontrolada e inadecuada, a punto de ser destructiva o violenta. La inseguridad y la incertidumbre contribuye a la aparición del padecimiento.

Al respecto, Stierlin y Weber (1990) identifican el sentido de justicia y el autocontrol como algunas de las características típicas de la familia de las pacientes anoréxicas. El autocontrol significa mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento, que por lo general significa ajustarse a las normas impuestas por el medio, actuando de manera convencional y estando siempre pronto a reaccionar con sentimientos de profunda culpa y vergüenza si uno se desvía de dichas normas. Estos autores consideran que cada miembro de una familia debe alcanzar la individuación en las relaciones, en este sentido, se ve acompañada de manera

característica, por un sentido de libertad personal y autonomía, aunque este tipo específico de autonomía incluye la conciencia de la propia dependencia.

De esta manera, la familia, imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. Así, la separación e 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. La identidad de cada individuo es influido por su sentido de pertenencia a diferentes grupos (Minuchin, 1995).

Sin embargo, Bruch (2001) refiere que casi todas las chicas anoréxicas están tan ligadas a su familia que no se pueden sentir independientes. Existe una tendencia a que cada miembro no hable por si mismo (a), sino en el nombre de otro miembro, siempre modificando, corrigiendo o invalidando lo que la otra persona ha dicho. Funcionan como si pudieran leer el pensamiento de la otra persona y explicaran lo que ella realmente quiere decir.

Según este autor, muchas anoréxicas expresan que sus vidas han sido auténticas pesadillas al intentar satisfacer las expectativas de su familia, siempre con el temor de que no son suficientemente brillantes en comparación con los demás, y por tanto, que son unos fracasos totales. Esta dramática insatisfacción es el problema fundamental de la anorexia nerviosa, el precedente de la dieta y la pérdida de peso. La angustia y el descontento subyacente contrasta con el hecho de que esas chicas vienen de familias que dan muy buena impresión. Tiene todo lo que una chica necesita para su bienestar físico e intelectual. Las apariencias y la buena conducta no son las únicas áreas en las que se espera que estas jóvenes destaquen, también se pone mucho énfasis al éxito académico.

El miembro anoréxico de la familia, es el hijo elegido por los padres, todo lo que este hijo hace adquiere para los padres una importancia exagerada y pronto aprende que puede desencadenar un terremoto en la familia, además, ocupa una

posición clave en la red familiar. Ésta, atrapada en el conflicto familiar, también está mezclada en la lucha triangular entre su madre y la madre de esta, su padre y la madre de este y por los tantos otros conflictos generacionales que surgen en estas familias. Este tipo de pacientes son maestras en crear alianzas entre distintas generaciones. Puede rechazar la unión con contemporáneos, pero se unirá en cambio a uno de sus padres o abuelos (Bruch, 2001).

La responsabilidad fundamental de la paciente consiste en mantener unida a la familia, evita el divorcio de los padres y la desintegración familiar, de un modo bastante simple les facilita una excusa para permanecer juntos ofreciéndose como problema en común (Haley, 1994).

Cuando el desequilibrio amenaza a la familia sicosomática, todos los miembros familiares se movilizan rápidamente para proteger el sistema, particularmente presionando a esos miembros que necesitan para el cambio. La preocupación por problemas somáticos que son un elemento en la cultura familiar puede detonar los síntomas anoréxicos en el niño. Porque estos síntomas pueden utilizarse en los modelos del conflicto-detonante, la familia se une en una preocupación por protección del niño, premiando los síntomas por eso. Aunque los padres y hermanos pueden sentirse aprovechados por las demandas del niño enfermo y continúe controlando su protección (Minuchin et. al., 1978).

Es característico de estas familias, la negación de la enfermedad y las dificultades existentes; se culpa a la anorexia de ser la causante de todos los problemas actuales. Los padres describen su matrimonio como estable, pocas anoréxicas provienen de matrimonios rotos. Casi todas las familias están compuestas de pocos miembros y es escasa la presencia de varones (Bruch, 2001).

Vanderlinden, Castro y Vandereycken (1991) observaron que por lo general, los miembros de las familias con pacientes anoréxicas califican coherentemente sus propias comunicaciones, tanto en el nivel no verbal como en los sucesivos mensajes

verbales. Estas familias se distinguen por el rechazo de los mensajes de los demás, es raro que un miembro confirme lo que el otro está diciendo, habitualmente lo contradice. De acuerdo a Satir (1991) La comunicación es el factor determinante de las relaciones que se establecerán con los demás y lo que suceda con cada una de ellas en el mundo. La comunicación abarca la diversidad de formas en que la gente transmite información: qué da y qué recibe, cómo la utiliza y cómo le da significado; es el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás.

Crispo (2000) refiere que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros. Un trastorno de este tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación.

Palazzoli (1990), realizó una investigación con 12 familias y encontró que la dinámica familiar de la anoréxica muestra cómo la paciente se encuentra atrapada en una situación insostenible, permanentemente se la induce a aliarse con el padre en contra de la madre y viceversa. Cada uno de sus padres, profundamente desilusionados el uno del otro, alienta de forma encubierta a la paciente a suplir las deficiencias de su pareja.

La típica madre de la anoréxica nerviosa es la madre sobreprotectora e inaccesible, incapaz de concebir que su hija es una persona por derecho propio. Con frecuencia, la pareja parental en su complementariedad patológica, o todo el grupo familiar, sabotea las necesidades básicas del yo de las pacientes, en particular de las experiencias relacionadas con la sensación de ser originales, capaces, dignas de respeto. Las experiencias básicas interpersonales más comunes de las pacientes anoréxicas son las siguientes (Palazzoli, 1990):

Palazzoli (1990) refiere que durante la primera infancia una relación con una madre que cuanto más insiste en el aspecto ritual de amamantar a su hija, menos satisfacción siente por criarla; una insuficiencia de demostraciones físicas de ternura, con predominio del control y la vigilancia, de modo tal que la niña no aprende a gozar de su propio cuerpo, y durante la niñez y el período de latencia una insensibilidad parental que se entromete constantemente, critica, sugiere, se apodera de las experiencias vitales e impide al chico tener las propias.

Cuando entra en la adolescencia, se encuentra en una crisis. Su deseo por participar en un grupo pares le crea conflictos con su orientación familiar. Los jóvenes normales empiezan a ver a sus padres con el punto de vista creado fuera de la familia. Pero el anoréxico se ve aislado (Minuchin, et al., 1978).

En otra investigación que realizaron Palazzoli y et al (1996), con 52 pacientes que presentaban trastornos de la alimentación y que estuvieron en terapia en un periodo de ocho años, desde 1988 hasta 1996, reportan la ausencia de los casos de separación o de divorcio en las familias de esta población, en una época en la que la inestabilidad del vínculo conyugal es relativamente frecuente. Se trata de familias rígidamente inseparables, a causa de la persistencia en los cónyuges de infantiles necesidades inconscientes de confianza en la pareja, necesidades que aunque parcialmente insatisfechas, minan en ambos el impulso a la autonomía y la exploración de nuevos vínculos.

En esta investigación encontraron que con relación a los padres y su familia de origen, éstos presentan más carencias que sus esposas. Las carencias padecidas en las familias de origen inducen a estos hombres a reacciones afectivas que pueden ser muy diferentes; muchos reaccionan a la frustración convirtiéndose en triunfadores en el área profesional, pero sólo algunos mantienen la misma actitud dominante, mientras que otros asumen connotaciones pasivas y un poco depresivas (Palazzoli, 1996).

Algunos padres necesitan encontrar en su esposa un sustituto materno, asistencial preadolescente. Algunos padres, con frecuencia escogen compañeras frágiles, que, por alguna característica se presten a constituir importantes objetos de refuerzo narcisista. En general, los padres de las anoréxicas defienden con firmeza no solo su tiempo laboral, sino también su tiempo libre, involucrándose en actividades en las que la esposa no está contemplada (Palazzoli, 1996). Además estos padres a pesar del éxito social y financiero, a veces considerables, se sienten inferiores. Están enormemente preocupados por el aspecto físico, admiran la belleza y el hecho de estar en forma y esperan que sus chicos se porten de manera adecuada y alcancen éxito (Bruch, 2001).

En una investigación acerca de la percepción de los padres respecto a las relaciones familiares entre familias con miembros anoréxicos y un grupo control. Donde el grupo clínico consistió en 31 madres y 32 padres y el grupo control consistió en 42 madres y 41 padres. La conclusión básica de la percepción de relaciones familiares en el grupo de las anoréxicas es negativo e incoherente comparado con la percepción positiva y congruente de relaciones familiares en el grupo control (Jozefik, Iniewicz, Namyslowska, Ulasinska, 2002).

Con respecto de las madres de las anoréxicas parecen mujeres incapaces de hacer reivindicaciones en su propio nombre, a veces quejumbrosas, nunca en condiciones de lograr ser escuchadas con consideración. Son mujeres sacrificadas y encajadas de humillaciones.

Por tendencia al sacrificio se entiende la disponibilidad de estas mujeres de hacerse cargo, sin limitaciones, de tareas ajenas, junto con su incapacidad de hacer algo agradable para sí mismas. En cuanto a ser encajadoras de humillaciones se señala el hecho de que las humillaciones han suscitado en ellas más rabia que depresión. Esta rabia, fue tragada y quedando sin digerir dentro de ellas. Esto ha dado lugar al desarrollo de rasgos de tensión encubierta. Sólo algunas de sus necesidades afectivas han sido desatendidas en la infancia, en particular su

necesidad de dependencia. Han aprendido a bastarse por si mismas, confiando en sus propios recursos para sobrevivir, a reprimir la rabia para poder ser aceptadas (Palazzoli, 1996).

Las madres han sido en muchos casos, mujeres trabajadoras que habían sacrificado sus aspiraciones por el bien de la familia. A pesar de tener una inteligencia y educación superiores. Muchas veces son las propias madres las que están preocupadas por el peso y las dietas. Algunas de ellas están obsesionadas con algún defecto en su cuerpo (Bruch, 2001).

Vanderlinden, Castro y Vandereycken, (1991) refieren que las madres pueden ser dramáticas al culpabilizarse de la enfermedad de la hija, pero esa auto acusación queda descalificada muy pronto por la afirmación de que cuanto hicieron fue por exceso de dedicación y celo, cosa que sin duda nadie puede reprocharles. Pero si se les critica alguna de sus conductas concretas, se defienden a capa y espada o se deprimen manifestándose dispuestas a alejarse de la familia sí con esto pueden dar a su hija una esperanza de curación. Así, pues, amenazan y culpabilizan a todos los demás.

Donde hay hermanos y hermanas se han encontrado problemas psicoemocionales y relacionales en uno(a) de ellos y, a menudo, también anomalías en la vertiente sintomática alimentaria. Es frecuente el caso de que un hermano(a) haya asumido en la familia un rol paterno que perturba mucho al paciente. Cuando el rol es asumido por hermanos varones cercanos en edad a la paciente, encarnan a menudo, modalidades machistas de control similares a las de sus padres, su pseudo asistencia a la hermana apunta a ganar prestigio ante la madre. Ellos utilizan así el sufrimiento de la hermana para encarnar el rol de cuidadores.

Las hermanas cercanas en edad a la paciente asumen más a menudo una actitud crítica y descomprometida en vez de pseudo asistencia. La tensión competitiva es fuerte; la paciente captura tiempo y atenciones con los síntomas y la hermana

tiende a despreciarla sutilmente por la debilidad que demuestra, reforzándola así involuntariamente en la percepción de su escaso valor y en un oscuro sentimiento en el uso del chantaje. Respecto de hermanos y hermanas ostensiblemente menores, presentan señales de celos en la paciente por la preferencia del padre, en especial de la madre, hacia el hijo pequeño. Este recibe una crianza más permisiva y relajada. Entonces se asisten a conductas encubiertamente agresivas hacia el pequeño (Palazzoli, 1996).

En una investigación Iniewicz, Jozefik, Namyslowska, Ulasinska (2002), indican la importancia del contexto familiar en la ocurrencia de los trastornos de la alimentación al examinar las relaciones entre los miembros de las familias de 37 muchachas anoréxicas y 41 muchachas de grupo control. El estudio revela, que las muchachas anoréxicas y sus hermanas generalmente expresan descontento de la relación con sus padres, particularmente con su padre, evalúan el funcionamiento de la familia más críticamente que el grupo control y expresan el descontento con su relación mutua contrariamente a las muchachas del grupo control.



# capítulo IV

## METODOLOGÍA

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes adultos es un serio problema de salud, son las mujeres adolescentes e inclusive las niñas quienes se ven más influenciadas que los hombres por la presión social de alcanzar el ideal estético de un cuerpo delgado, lo que como consecuencia ha provocado que las mujeres más que los hombres, desarrollen con mucha más facilidad algún trastorno de la alimentación, y se sometan a dietas, práctica de ejercicio excesivo y a cirugía plástica para reducir la masa corporal y conseguir así ser más delgada, más deseable y exitosa (Gómez Peresmitre, 1999, citado en Mantilla, 2001).

Estos trastornos se consideran multifactoriales entre los factores que intervienen se encuentra el funcionamiento familiar.

Minuchin, Lee y Simón (1998) refieren que la familia como constructora de la identidad de sus miembros, debe organizarse a sí misma para adecuar las prescripciones socioculturales a la conducta de sus miembros. Indican que los componentes de la familia se adaptan a los papeles familiares, roles y funciones asignadas.

Los hallazgos empíricos en México en torno al tema en su mayoría han sido enfocados a las diferentes causas de la anorexia nerviosa por lo que el propósito de esta investigación, es conocer la relación entre anorexia nerviosa y el funcionamiento familiar para lo cual se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el funcionamiento familiar y la presencia de anorexia nerviosa en un miembro de la familia?

## **4.2 Objetivo**

Identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la anorexia nerviosa en mujeres de 15 a 23 años.

## **4.3 Hipótesis**

H1. Existe diferencias estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar de las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa y las mujeres que no padecen este trastorno.

H2. Existe una relación estadísticamente significativa entre niveles bajos de funcionamiento familiar con la presencia de la anorexia nerviosa.

## **4.4 Variables de clasificación**

### **Variable dependiente**

#### **Funcionamiento familiar.**

##### *Definición conceptual*

La relación entre el modelo de familias normales y familia de la anoréxica, destaca las conductas disfuncionales de los padres y conceptúa la naturaleza de las transacciones que organizan la conducta de miembros familiares que funcionan normalmente (Minuchin et al., 1978).

### *Definición operacional*

El funcionamiento familiar fue medido por las puntuaciones obtenidas en la escala de funcionamiento familiar (EFF) (Palomar, 1998).

## **Variable independiente**

### **Anorexia nerviosa.**

#### *Definición conceptual*

La anorexia nerviosa consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso y por una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (Pichot, 1997).

#### *Definición operacional*

Las pacientes con anorexia nerviosa fueron seleccionadas del Instituto Nacional de Psiquiatría donde previamente fueron diagnosticadas y en la población general los puntajes obtenidos en el test de actitudes alimentarias (EAT) discriminó a las mujeres que pudieran presentar indicadores de algún trastorno de la conducta alimentaria (Álvarez, 2000).

## **Diseño**

Se trata de un estudio de tipo transversal de campo y exposfacto de dos muestras con observaciones independientes.

- 1) Un grupo integrado por 30 mujeres no anoréxicas.
- 2) Otro grupo integrado por 30 mujeres anoréxicas.

## Método

### 4.5 Sujetos

La muestra estudiada es no probabilística de tipo accidental conformada por 60 mujeres con los siguientes criterios de inclusión:

- 30 mujeres solteras que vivan con sus padres, con edades de 15 a 23 años, con una puntuación en el EAT menor a 28.
  
- 30 mujeres diagnosticadas como anoréxicas y con trastorno de la conducta alimentaria no especificado tipo restrictivo del Instituto Nacional de Psiquiatría solteras que vivan con sus padres, con edades de 15 a 23 años.

## Instrumentos

ESCALA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF) (Palomar, 1998).

La EFF se aplicó a una muestra de 607 sujetos, 295 hombres y 312 mujeres de la Cd. de México y zonas conurbadas, casados o que vivían en unión libre, con una edad promedio de 35.5 años. La validación de la escala se llevó a cabo con un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal varimax, para conocer el comportamiento de los reactivos y las áreas que componen el constructo de funcionamiento familiar. De este análisis se obtuvieron 46 reactivos positivos en una escala tipo Likert, distribuidos en 10 factores que explican el 54.6% de la varianza. Los factores son:

#### 1. *Cohesión.*

Es el grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia. Este grado de unión familiar se refleja en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia tanto para realizar actividades cotidianas como para resolver problemas, así como, con el hecho de que los

# ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

miembros de la familia realicen actividades juntos compartan intereses y tiempo libre.

## *2. Relación de pareja.*

Se refiere al grado en que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se sienten queridos y valorados por el otro, pueden hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico.

## *3. Autonomía e independencia.*

Esta dimensión está relacionada con el grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar.

## *4. Estructura del poder .*

Se refiere a la distribución del poder en el sistema familiar y a la claridad por parte de los miembros de la familia acerca de quien o quienes ejercen dicho rol. Ejercer el poder implica el hecho de tomar decisiones, imponer las reglas familiares, aplicar sanciones para mantener el control sobre la conducta de los demás y sostener económicamente a la familia.

## *5. Comunicación.*

Esta dimensión mide la capacidad de la familia para expresar abiertamente las ideas, discutir los problemas y negociar los acuerdos, y discutir verbal y no verbalmente el afecto. Se divide en comunicación verbal y afectiva.

## *6. Falta de reglas y apoyo.*

Es el grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de

actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad, y la aplicación de sanciones.

7. *Roles-trabajo domestico.*

Esta dimensión se refiere a las tareas que deben cumplir cada uno de los miembros de la familia, al grado de cumplimiento y a la distribución de dichos roles.

8. *Organización.*
9. *Tiempo compartido.*
10. *Violencia física y verbal.*

La escala tiene intervalos de respuesta de nunca a siempre, con valores del 1 al 5 (anexo 1).

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Casi siempre
5. Siempre

EL TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (EAT) (Álvarez, 2002).

Mide conductas y actitudes características de los trastornos de la conducta alimentaria. Consta de 40 reactivos positivos distribuidos en los siguientes intervalos de respuestas:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. Algunas veces
4. Bastantes veces
5. Casi siempre
6. Siempre

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) ha sido validado en países como España por Castro y en México por Álvarez (2002) pero inicialmente Garner y Garfinkel (1979) diseñaron y validaron el EAT originalmente en población canadiense, en una muestra de 92 sujetos, 33 anoréxicas cuya edad promedio fue de 22.5 años y 59 no anoréxicas cuya edad promedio fue de 18.4 años, el EAT es el cuestionario más utilizado como medida de síntomas y preocupaciones características de los trastornos de la conducta alimentaria (Garner, 1996, citado en Álvarez, 2002).

En este estudio el procedimiento de validez predicativa situó el punto de corte ideal en 30, este punto de corte es para eliminar a las mujeres que pueden presentar sintomatología de un trastorno alimentario, el cual permitió eliminar totalmente los falsos negativos (son aquellos que indican cuando una persona obtiene un puntaje mayor al punto de corte, pero sin presentar sintomatología de algún trastorno de la conducta alimentaria).

Los datos fueron tratados con un análisis factorial del que derivaron siete factores.

- 1) preocupación por la comida;
- 2) imagen corporal e idealización delgadez;
- 3) auto provocación del vómito, o bien el uso de vomitivos y laxantes, esto como medidas de control del peso;
- 4) practica de un régimen y dietario restrictivo;
- 5) alimentación lenta;
- 6) alimentación clandestina; y
- 7) presión social recibida respecto a la indeseabilidad del aumento del peso.



Garner y Garfinkel en (1982, citado en Álvarez, 2002) realizaron un segundo análisis factorial del EAT, pero en esta ocasión con una muestra de 140 pacientes anoréxicas en tratamiento, obteniendo tres factores:

- a) dieta;
- b) bulimia y preocupación por la comida; y
- c) control oral.

El EAT ha sido traducido al idioma español y validado en población española por Castro et al., (1991 citado en Álvarez, 2002). Este estudio se llevó a cabo con un grupo de 78 mujeres con anorexia nerviosa y un grupo control de 78 mujeres sin trastorno alimentario, la edad promedio de ambos grupos fue de 16. 8 años.

El análisis factorial extrajo tres factores principales, los cuales fueron:

- a) dieta y preocupación por la comida,
- b) presión social percibida y angustia alimentaria, y
- c) trastornos y psicobiológico.

La validación en México por Álvarez del Test de Actitudes Alimentarias (EAT) estuvo basado en dos poblaciones (n = 2168):

- 1) la primera con población no clínica de jóvenes estudiantes del sexo femenino (n = 78);
- 2) la segunda con población clínica (n = 60).

Se realizó un análisis factorial, del que derivaron siete factores, los cuales fueron:

- 1) Motivación para adelgazar,
- 2) Evitación de alimentos engordantes,
- 3) Preocupación por la comida;

- 4) presión social percibida,
- 5) Obsesiones y compulsiones,
- 6) Patrones y estilos alimentarios,
- 7) Conductas compensatorias,

Se obtuvo un punto de corte de 28, el cual es diferente al establecido por Garner y Garfinkel en 1979, este punto de corte es para eliminar a las mujeres que no están diagnosticadas con un trastorno alimentario en este caso la Anorexia Nerviosa, al momento de hacer el conteo final del valor de los reactivos, si es mayor a este punto de corte, es un indicador de que estas personas pueden ser posibles casos.

Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, Unikel-Santoncini, Caballero-Romo y Mercado-Corona (en prensa) realizaron una revalidación del EAT en población mexicana con 576 sujetos, 276 mujeres con un trastorno alimentario y 280 mujeres del grupo control. El punto de corte fue igual a lo obtenido en Álvarez (2002).

Se realizó un análisis factorial de donde se extrajeron cinco factores los cuales son:

1) Restricción alimentaria: Es el grado en el que una persona evita consumir algunos alimentos que a su parecer son engordantes es por ello que consumen productos bajos en calorías por el deseo de estar más delgada.

2) Bulimia: Esta dimensión se refiere al consumo de alimentos sin control que pueden ser (desde una galleta hasta un pastel) lo cual produce un sentimiento de culpa y lo lleva a utilizar conductas compensatorias.

3) Manejo de la delgadez: Se refiere al consumo mínimo de alimentos altos en grasas y azúcares, y además llevar a cabo conductas para mantenerse delgadas como el ejercicio en exceso.

4) Preocupación por la comida: Se refiere al temor de consumir alimentos manipulando su deseo a no engordar y

5) Presión social percibida: Es la creencia de que el estar mas delgada permitirá tener una aceptación e interacción con las demás personas.

Para esta investigación se utilizó la validación de Álvarez y et al. (En prensa).

## **Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos fue voluntaria. Se acudió al Instituto Nacional de Psiquiatría con previa autorización de las autoridades para aplicar el EAT-40 y el EFF. Se les solicitó a las pacientes con diagnóstico clínico que acuden a consulta subsecuentemente, y de forma individual que respondieran ambos instrumentos, se hizo énfasis en la confidencialidad de la información y se les explicó el propósito de esta investigación, con un tiempo aproximado de respuesta de 20 minutos. Se llevó a cabo el mismo procedimiento con las 30 mujeres de la población general tomada de la UNAM F. E. S. Zaragoza y CCH Oriente, también se les hizo énfasis en la confidencialidad de la información y se les explicó el propósito de esta investigación, con un tiempo aproximado de respuesta de 20 minutos.

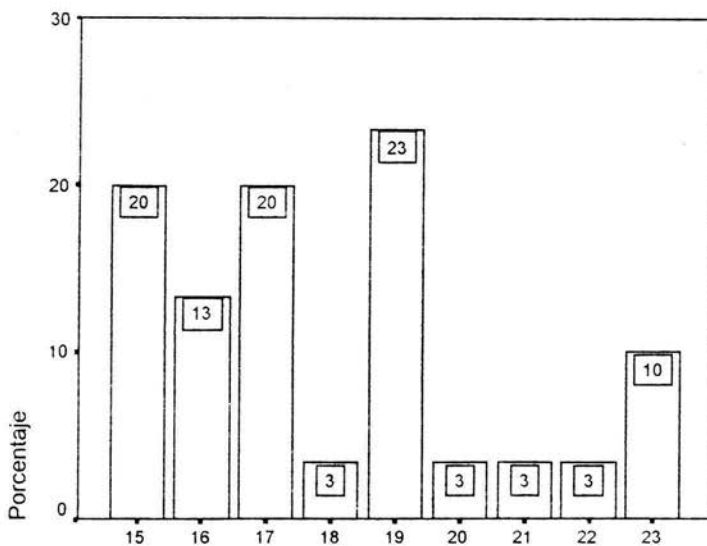
# capítulo V

**ANÁLISIS DE RESULTADOS  
DISCUSIÓN  
CONCLUSION**

## 5. Resultados

La muestra en esta investigación se conformó por 60 mujeres solteras que viven con su familia, cuya distribución por edad, escolaridad y ocupación, se presenta en las gráficas 1, 2 y 3.

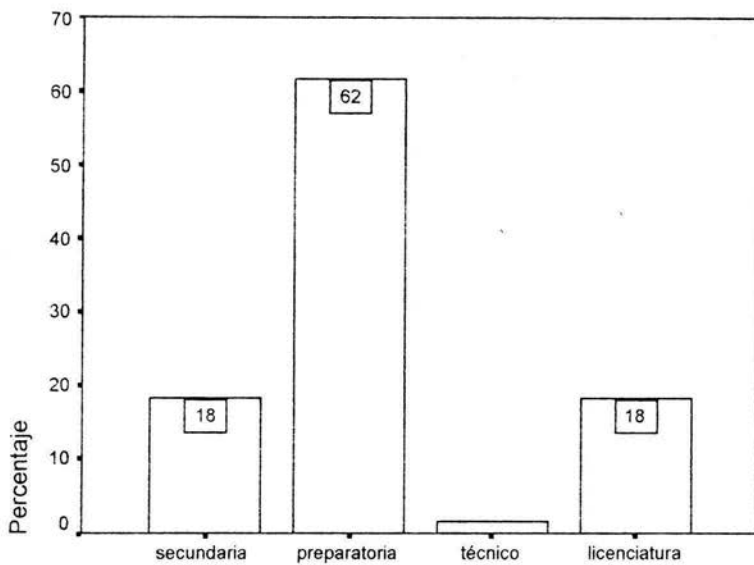
Como se observa en la gráfica 1 la edad de la muestra se distribuyó entre 15 y 23 años, siendo el promedio de edad de 17 años, con una desviación estándar de 2.518.



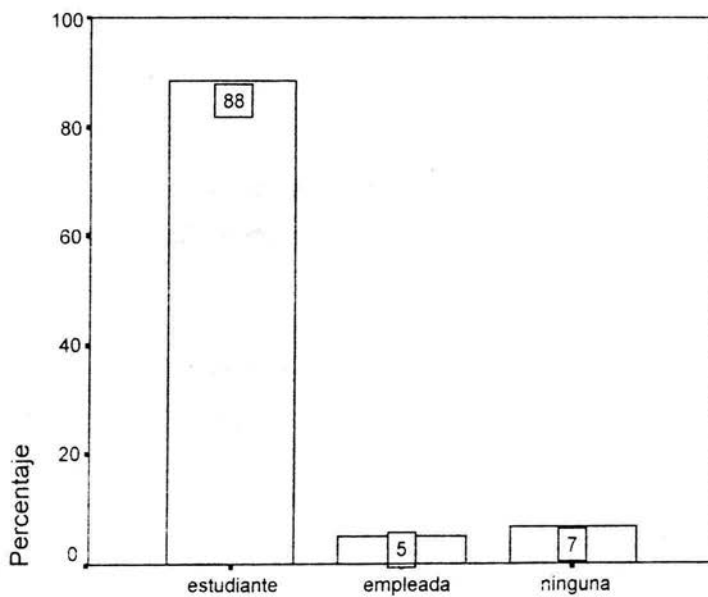
Gráfica . Edad.

En relación con la escolaridad, la gráfica 2 presenta la distribución de la misma, en la que sobresale que el 62% de la muestra tiene estudios de preparatoria.

En cuanto a la ocupación, el 88% son estudiantes, lo que indica que económicamente dependen de su familia (Gráfica 3).



Grafica 2. Escolaridad.



Grafica 3. Ocupación.

Con base en estas características de la muestra y con el propósito de conocer el comportamiento de la escala de funcionamiento familiar en esta población, los datos obtenidos fueron tratados con un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal varimax. Únicamente se eligieron los reactivos con valores propios mayores a 1 cuyas cargas factoriales fueran mayores o iguales a .30. De este análisis, se obtuvo una varianza explicada de 85.8% en la que los reactivos se agruparon en cinco factores. Una vez que se tuvieron los reactivos agrupados en factores, se obtuvo el alfa de Cronbach, obteniéndose valores entre .72 a .94 lo que indica que el instrumento es confiable (tabla 1). Este factorial se realizó con la finalidad de observar el comportamiento del instrumento en esta población.

Tabla 1. Análisis de reactivos de la escala de funcionamiento familiar

<b>FACTOR 1</b>	
Comunicación y Cohesión (16 reactivos) $\alpha = .94$	
2. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia	.621
3. Cuando uno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo	.373
4. Disfruto mucho de las actividades que hago con mi familia	.587
6. Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento	.722
8. En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quien piensa, sea lo que sea	.477
17. Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás	.385
19. En mi familia hacemos actividades juntos	.811
23. En mi familia compartimos muchos intereses	.467
30. Los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos	.795
31. En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de uno	.795
38. En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado	.579
39. En mi familia acostumbramos a hablar de nuestras cosas personales	.671
41. Ser puntual es importante para nosotros	.303

42. En casa podemos decir nuestra opiniones libremente	.639
44. Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre	.847
45. Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia	.836
<b>FACTOR 2</b>	
Autonomía e independencia (7 reactivos) $\alpha = .82$	
9. En casa se respetan las decisiones que cada quien toma	.606
14. En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor	.509
15. Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuales son las consecuencias	.783
20. En mi familia se anima a que seamos independientes	.518
24. En nuestra familia todos tenemos responsabilidades	.669
28. Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes	.488
33. Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos	.884
<b>FACTOR 3</b>	
Relación de pareja (5 reactivos) $\alpha = .86$	
1. Comparto actividades o intereses con mi pareja	.762
7. Me siento valorado por mi pareja	.806
11. Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas	.716
18. Cuando tenemos problemas mi pareja y yo generalmente lo resolvemos de manera rápida	.899
21. Como pareja somos cariñosos	.817
<b>FACTOR 4</b>	
Roles-trabajo domestico (5 reactivos) $\alpha = .81$	
5. Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente	.895
29. En mi familia somos ordenados	.415
32. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartirnos los quehaceres de la casa	.923
35. Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa	.710
40. En mi familia cada uno puede decidir la forma en que ayuda en las tareas de la casa	.562



<b>FACTOR 5</b> Falta de reglas y apoyo (7 reactivos) $\alpha = .73$	
10. Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	.307
13. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros	.841
22. En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste	.609
25. Las normas familiares están bien claras	.483
27. Si algo sale mal en mi casa nos desquitamos con la misma persona	.612
36. En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas	.618
16. En mi familia esta claro quien manda	.459

Como se observa en la tabla 2, la escala quedó integrada por 40 reactivos, distribuidos en 5 factores mientras que Palomar (1998) reporta 46 reactivos distribuidos en 10 factores, lo que indica que en esta muestra los reactivos tuvieron un comportamiento diferente al reportado por Palomar, los factores de tiempo compartido, organización, autoridad-poder y violencia física y verbal se eliminaron debido al bajo número de reactivos incluidos, además de que los factores de comunicación y cohesión se fusionaron y el orden de los factores cambió de posición.

Tabla 2. Comportamiento reactivos escala funcionamiento familiar

<b>EFF Palomar (1998)</b>	<b>No. reactivos</b>	<b>Evaluación Actual</b>	<b>No. reactivos</b>
1. Relación de pareja	5	1. Comunicación y Cohesión	16
2. Comunicación	4	2. Autonomía e independencia	7
3. Cohesión	5	3. Relación de pareja	5
4. Falta de reglas y apoyo	5	4. Roles-trabajo domestico	5
5. Tiempo compartido	4	5. Falta de reglas y apoyo	7
6. Roles-trabajo domestico	5		

7. Autonomía e independencia	6		
8. Organización	5		
9. Autoridad y poder	4		
10. Violencia física y verbal	3		
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>

Los reactivos que no quedaron incluidos en esta evaluación fueron:

12. Los miembros de mi familia se aseguran de que todo esté recogido y ordenado en sus cuartos.

26. Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, etc.)

34. En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo.

37. Las reglas familiares no se discuten, se cumplen.

43. En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita.

46. Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia.

Con base en esta aplicación los cinco factores reportados quedan definidos de la siguiente manera:

### *1. Comunicación y Cohesión.*

Es el grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y pertenencia, que se refleja en el apoyo de cooperación entre los miembros, así como en su capacidad para expresar abiertamente las ideas, los afectos, discutir los problemas y negociar los acuerdos.

## *2. Autonomía e independencia.*

Esta dimensión está relacionada con el grado en el cual se fomenta en la familia que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar.

## *3. Relación de pareja.*

Se refiere al grado en que la pareja comparte intereses, se apoya mutuamente, se sienten queridos y valorados por el otro, pueden hablar abiertamente de sus sentimientos y expresar sus afectos a través del contacto físico.

## *4. Roles-trabajo domestico.*

Esta dimensión se refiere a las tareas que deben cumplir cada uno de los miembros de la familia, al grado de cumplimiento y a la distribución de dichos roles.

## *5. Falta de reglas y apoyo.*

Es el grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad, y la aplicación de sanciones.

Con la finalidad de obtener las relaciones entre los factores de la EFF, se realizó una correlación de Pearson con los resultados indicados en la tabla 3.

Tabla 3. Correlaciones de los factores de funcionamiento familiar.

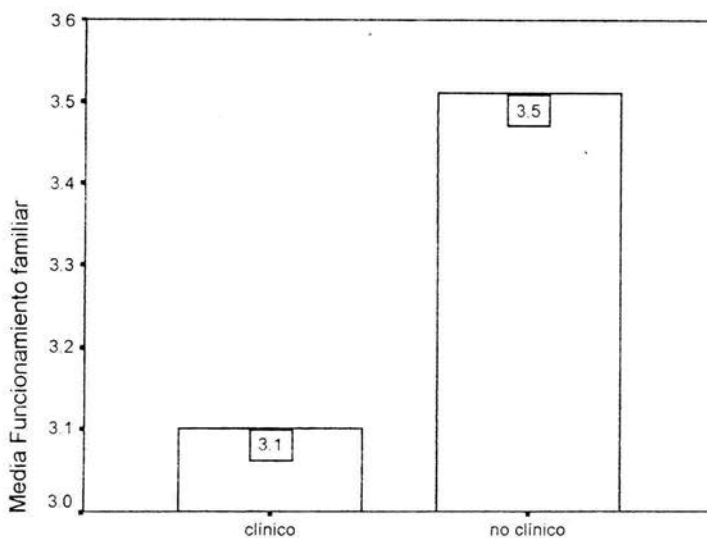
	Comunicación y cohesión	Autonomía-independencia	Relación de pareja	Roles y Trabajo domestico	Falta de reglas y apoyo
Comunicación y cohesión					
Autonomía-independencia	.737**				
Relación de pareja	.416**	.461*			
Roles y Trabajo domestico	.488**	.567**	.416**		
Falta de reglas y apoyo	-.087	-.009	.043	-.173	

\*\* Correlación significativa a .01

\* Correlación significativa a .05

Como se observa en la tabla 3, las relaciones entre los factores son significativas, excepto el factor de falta de reglas y apoyo que no correlacionó con ninguna dimensión. Esto puede estar relacionado con la edad de los sujetos  $\bar{X} = 17$  años, edad en la que generalmente se está en contra de las reglas y en busca de la identidad (García-Méndez, 2004).

Una vez obtenidas las correlaciones de las variables de estudio, se procedió a comparar la puntuación global alcanzada en el EFF entre mujeres con diagnóstico de anorexia nerviosa y mujeres de la población general, para ello, se aplicó una prueba *t* de student para muestras independientes. Como se puede apreciar en la gráfica 4 las mujeres diagnosticadas obtuvieron una puntuación promedio menor que las mujeres de la población general, la diferencia fue significativa con un valor de *t* = -3.374 y una *p* < .001, lo que indica diferencias entre el funcionamiento familiar entre ambos grupos, ya que el funcionamiento familiar de las mujeres con anorexia es más bajo que el de la mujeres sin anorexia.



Grafica 4. Diferencias del funcionamiento familiar

Tabla 4. correlaciones entre EFF en pacientes anoréxicas

	Comunicación y cohesión	Autonomía-independencia	Relación de pareja	Roles y Trabajo domestico	Falta de reglas y apoyo
Comunicación y cohesión					
Autonomía-independencia	.711**				
Relación de pareja	.140	.305			
Roles y Trabajo domestico	.566*	.609**	.445*		
Falta de reglas y apoyo	.120	.282	.243	.129	

\*\* Correlación significativa a .01

\* Correlación significativa a .05

Tabla 5. correlaciones entre EFF en pacientes no anoréxicas

	Comunicación y cohesión	Autonomía-independencia	Relación de pareja	Roles y Trabajo domestico	Falta de reglas y apoyo
Comunicación y cohesión					
Autonomía-independencia	.707**				
Relación de pareja	.575**	.461*			
Roles y Trabajo domestico	.307	.407*	.212		
Falta de reglas y apoyo	-.119	-.106	.066	-.234	

\*\* Correlación significativa a .01

\* Correlación significativa a .05

En relación al funcionamiento familiar con pacientes anoréxicas, como se puede observar en la tabla 4, la correlación mas alta fue el factor comunicación-cohesión y autonomía e independencia ( $r = .711$ ), la siguiente correlación fue autonomía e independencia y roles –trabajo domestico ( $r = .609$ ), este último también correlaciona con comunicación- cohesión ( $r = .566$ ) y finalmente con relación de pareja ( $r = .445$ ), también se pudo observar que los factores de falta de reglas y apoyo y relación de pareja no tuvieron una correlación significativa con los demás factores.

Respecto a la tabla 5 la correlación mas alta fue el factor comunicación-cohesión y autonomía e independencia ( $r = .707$ ), la siguiente correlación fue relación de pareja y comunicación- cohesión ( $r = .575$ ), al mismo tiempo relación de pareja se correlacionó con autonomía e independencia ( $r = .461$ ) y esta última con roles –trabajo domestico ( $r = .407$ ), también se pudo observar que el factor de falta de reglas y apoyo no tuvo una correlación significativa con los demás factores.

## Resultados EAT.

En relación al EAT-40 los datos obtenidos fueron tratados con un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal varimax, únicamente se eligieron los reactivos con valores propios mayores a 1 cuyas cargas factoriales fueran mayores o iguales a .30. De este análisis, se obtuvo una varianza explicada de 79.460% en la que los reactivos se agruparon en cinco factores. Una vez que se tuvieron los reactivos agrupados en factores, se obtuvo el alfa de Cronbach, obteniendo valores entre .56 y .95 (tabla 6). Los reactivos del instrumento (EAT-40) fueron omitidos por sugerencia del Instituto Nacional de Psiquiatría debido a la falta de autorización de los autores.

Tabla 6. Análisis de reactivos del test de actitudes alimentarias (EAT-40)

<b>FACTOR 1</b> Restricción alimentaria (18 reactivos) $\alpha = .95$	
Reactivo 4.	.565
Reactivo 5.	.737
Reactivo 6.	.794
Reactivo 8.	.670
Reactivo 9.	.892
Reactivo 12.	.580
Reactivo 14.	.813
Reactivo 15.	.718
Reactivo 21.	.755
Reactivo 22.	.527
Reactivo 25.	.614
Reactivo 31.	.919
Reactivo 33.	.638
Reactivo 34.	.781
Reactivo 36.	.605
Reactivo 38.	.833

Reactivo 39.	- .460
Reactivo 40.	.601
<b>FACTOR 2</b>	
Bulimia (3 reactivos) $\alpha = .78$	
Reactivo 13.	.856
Reactivo 17.	.707
Reactivo 37.	.492
<b>FACTOR 3</b>	
Manejo de la delgadez (5 reactivos) $\alpha = .85$	
Reactivo 2.	.603
Reactivo 3.	.558
Reactivo 7.	.472
Reactivo 29.	.819
Reactivo 30.	.485
<b>FACTOR 4</b>	
Preocupación por la comida (3 reactivos) $\alpha = .56$	
Reactivo 10.	.562
Reactivo 19.	.761
Reactivo 27.	.745
<b>FACTOR 5</b>	
Presión social percibida(3 reactivos) $\alpha = .61$	
Reactivo 11.	.540
Reactivo 20.	.765
Reactivo 26.	.645



Los factores obtenidos de esta evaluación se definen de la siguiente manera:

*1. Restricción alimentaria.*

Es el grado en el que una persona evita consumir algunos alimentos que a su parecer son engordantes es por ello que consumen productos bajos en calorías por el deseo de estar mas delgada

*2. Bulimia.*

Esta dimensión se refiere al consumo de alimentos sin control que pueden ser (desde una galleta hasta un pastel) lo cual produce un sentimiento de culpa y lo lleva a utilizar conductas compensatorias.

*3. Manejo de la delgadez.*

Se refiere al consumo mínimo de alimentos altos en grasas y azúcares, y además llevar a cabo conductas para mantenerse delgadas como el ejercicio en exceso.

*4. Preocupación por la comida.*

Se refiere al temor de consumir alimentos manipulando su deseo a no engordar.

*5. Presión social percibida.*

Es la creencia de que el estar mas delgada permitirá tener una aceptación e interacción con las demás personas.

Una vez definidos los factores que integran el EAT-40, la tabla 5 presenta la versión final de esta aplicación, la cual quedó integrada por 32 reactivos, distribuidos en 5 factores mientras que Álvarez et. al. (en prensa) reportó 25 reactivos distribuidos en 5 factores, lo que indica que en esta muestra los reactivos tuvieron un comportamiento diferente al reportado por Álvarez, aunque se mantienen los 5 factores en ambos casos (tabla 6).

Tabla 7. Comportamiento reactivos Test de actitudes alimentarias (EAT-40).

(EAT-40) Álvarez (2004).	No. reactivos	Evaluación Actual	No. reactivos
1. Restricción alimentaria	9	1. Restricción alimentaria	18
2. Bulimia	4	2. Bulimia	3
3. Manejo de la delgadez	5	3. Manejo de la delgadez	5
4. Preocupación por la comida	4	4. Preocupación por la comida	3
5. Presión social	3	5. Presión social	3
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>Total</b>	<b>32</b>

Una vez obtenidos los reactivos y los factores del EAT-40, se aplicó una correlación de Pearson para identificar las correlaciones entre los factores (tabla 7).

Tabla 8. Correlaciones entre los factores del Test de Actitudes Alimentarias.

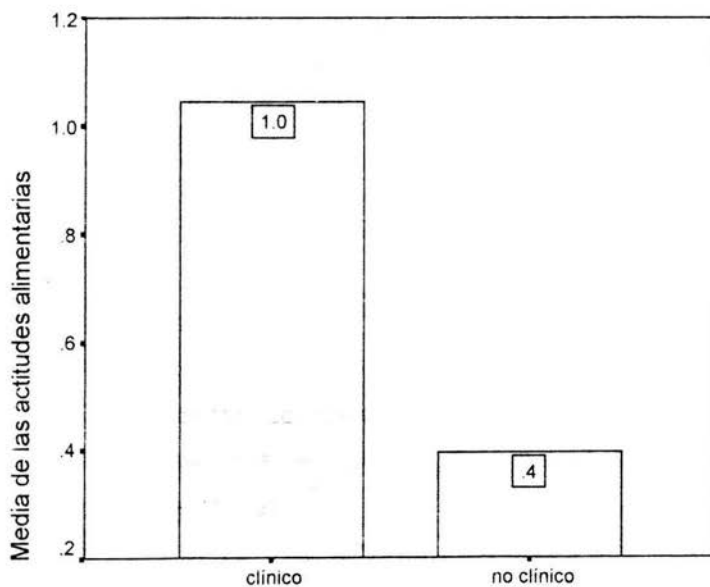
	Restricción alimentaria	Bulimia	Manejo de la delgadez	Preocupación por la comida	Presión social percibida
Restricción alimentaria					
Bulimia	.863**				
Manejo de la delgadez	.499**	.652**			
Preocupación por la comida	.649**	.635**	.435**		
Presión social percibida	.635**	.493**	.283*	.429**	

\*\* Correlación significativa a .01

\* Correlación significativa a .05

Las correlaciones entre los factores del EAT-40 son altamente significativas, sólo la dimensión de presión social percibida con el manejo de la delgadez mostró una correlación menor aunque sigue siendo significativa. Ello indica que tiene un mayor peso el control que se pueda tener sobre sí mismo al interior del núcleo familiar.

Una vez obtenidas las correlaciones de las variables de estudio, se procedió a comparar la puntuación global alcanzado en el EAT-40 entre mujeres con diagnóstico de anorexia y mujeres de población general, para ello, se aplicó una prueba  $t$  de student para muestras independientes. Como se puede apreciar en la gráfica 5, las mujeres con diagnóstico, obtuvieron una puntuación promedio mayor que las mujeres de población general, la diferencia fue significativa con un valor de  $t = 5.231$  y una  $p < .000$ , esto nos indica que tal vez las mujeres sin anorexia nerviosa, presenten algunas actitudes y conductas respecto a la alimentación, pero sin caer en algún trastorno de la conducta alimentaria.



Gráfica 5. Diferencias entre las actitudes alimentarias

Tabla 9. correlaciones del EAT con pacientes anoréxicas

	Restricción alimentaria	Bulimia	Manejo de la delgadez	Preocupación por la comida	Presión social percibida
Restricción alimentaria					
Bulimia	.820**				
Manejo de la delgadez	.354*	.614**			
Preocupación por la comida	.647**	.637**	.395*		
Presión social percibida	.693**	.481*	.137	.417*	

\*\* Correlación significativa a .01

\* Correlación significativa a .05

Tabla 10. correlaciones del EAT con pacientes no anoréxicas

	Restricción alimentaria	Bulimia	Manejo de la delgadez	Preocupación por la comida	Presión social percibida
Restricción alimentaria					
Bulimia	.411*				
Manejo de la delgadez	.228	.000			
Preocupación por la comida	.093	.006	.010		
Presión social percibida	.445*	.347*	.349*	.232	

\*\* Correlación significativa a .01

\* Correlación significativa a .05

En relación al EAT-40 con pacientes anoréxicas, como se puede observar en la tabla 9, la correlación mas alta fue el factor restricción alimentaria y bulimia ( $r = .820$ ), la siguiente correlación fue presión social percibida y restricción alimentaria ( $r = .693$ ), al mismo tiempo la restricción alimentaria se correlaciona con preocupación por la comida ( $r = .647$ ) simultáneamente este factor se correlaciona con bulimia ( $r = .637$ ), y el manejo de la delgadez también se correlaciona con bulimia ( $r = .614$ ), la

presión social correlaciona con bulimia ( $r = .481$ ), y a su vez con preocupación por la comida ( $r = .417$ ), y ésta última también con el factor manejo de la delgadez ( $r = .395$ ), por último correlacionan la restricción alimentaria y manejo de la delgadez ( $r = .354$ ).

Respecto a la tabla 10 la correlación mas alta fue el factor restricción alimentaria y presión social percibida ( $r = .445$ ), restricción alimentaria y bulimia ( $r = .411$ ), la siguiente correlación fue presión social percibida y manejo de la delgadez ( $r = .349$ ) y finalmente fue presión social percibida y bulimia ( $r = .347$ )

## 6. DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos se pretende comprobar las hipótesis de trabajo que son:

**La Hipótesis alterna 1. Existe diferencias estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar de las mujeres diagnosticadas con anorexia nerviosa y las mujeres que no padecen este trastorno** se encontraron diferencias significativas entre las familias de las mujeres con anorexia y las familias de las mujeres sin anorexia. Estas diferencias como se observa en la gráfica 4 de resultados nos indica que el funcionamiento familiar de las mujeres no clínicas es mayor ( $\bar{X}=3.5$ ) que en las mujeres con diagnóstico clínico ( $\bar{X}=3.1$ ), y que en la tabla 4 se observa con más claridad las diferencias en las correlaciones, como la comunicación – cohesión y autonomía – independencia, estos resultados se relacionan con los planteamientos de Minuchin et. al. (1994) donde refieren que la familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de éstas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad para resolver conflictos, como preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

**La Hipótesis alterna 2. Existe una relación estadísticamente significativa entre niveles bajos de funcionamiento familiar con la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria** esta hipótesis se relaciona con la grafica 5 de los resultados donde se encontró que si existe relación entre los niveles de funcionamiento familiar y la anorexia nerviosa entre las mujeres con diagnóstico ( $\bar{X}=1.0$ ) y las mujeres sin diagnóstico ya que la funcionalidad de la familia es más alta en las mujeres sin anorexia que en las mujeres con anorexia quienes no presentan problemas de restricción alimentaria ( $\bar{X}=4$ ). Tomando en cuenta que el puntaje máximo del EFF es de 230 y el mínimo de 46 entonces se considera nivel bajo cuando el puntaje se encuentra situado debajo del 50% del puntaje total. En

general, las familias de las pacientes con anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios (Vanderlinden, Castro y Vandereycken, 1991). Estos autores observaron que por lo general, los miembros de las familias con pacientes anoréxicas califican coherentemente sus propias comunicaciones, tanto en el nivel no verbal como en los sucesivos mensajes verbales. Estas familias se distinguen por el rechazo de los mensajes de los demás, es raro que un miembro confirme lo que el otro está diciendo, habitualmente lo contradice.

Los resultados obtenidos en esta investigación revelaron que en relación a la autonomía-independencia y la comunicación-cohesión tienen una correlación significativa, esto quiere decir que entre mayor comunicación mayor autonomía. En el caso de las mujeres con anorexia nerviosa el control de su cuerpo le da la autonomía que necesitan, por lo que la falta de comunicación verbal a este control, la sustituye con conductas afectivas. En el caso de las no anoréxicas la autonomía y la comunicación se desarrollan sin ningún problema aparente.

En este entorno, la comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas, lo que da lugar a dos extremos del funcionamiento de los límites: aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuo cuyos polos son los dos extremos de límites difusos, por un lado, y de límites sumamente rígidos, por el otro (Minuchin, 1995).

Por lo que se observa en la tabla 4 en las mujeres anoréxicas la relación de pareja no presenta correlaciones significativas ya que la mayoría de ellas no referían tener pareja al momento de la aplicación, pero lo que respecta a las mujeres sin anorexia nerviosa las correlaciones se comportaron de manera diferente ya que se relacionó significativamente con comunicación-cohesión y autonomía-independencia pues, cuentan con una pareja compartiendo intereses, se apoyan mutuamente y se sienten queridos y valorados por el otro.

En cualquier pareja la conducta de una persona está enlazada con la conducta de otra, significa que las acciones de una pareja no son independientes sino codeterminados sujetos a fuerzas recíprocas que se respaldan o polarizan (Minuchin y Nichols, 1994).

Los factores de roles-trabajo doméstico y la autonomía-independencia se correlacionaron significativamente, siendo el caso de las mujeres no anoréxicas, que mientras más roles se presenten mayor será su autonomía, debido a que las funciones familiares ya están determinadas y se permite que cada uno de los miembros sea independiente al elegir una tarea doméstica, en el caso de las mujeres anoréxicas las tareas ya están determinadas y no se les permite elegir la actividad.

Los miembros de subsistemas o familias aglutinadas pueden verse perjudicados en el entendimiento de que el sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. La carencia de una diferenciación en subsistemas desalienta la exploración y el dominio autónomos de los problemas. Los miembros de subsistemas o familias desligados pueden funcionar en forma autónoma pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia, la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan (Minuchin, 1995).

En relación a los factores de roles-trabajo doméstico y comunicación-cohesión, se puede observar que en el caso de las mujeres anoréxicas, correlacionaron significativamente, debido a que expresan su descontento hacia las tareas que deben de cumplir a través de conductas. En el caso de las mujeres no anoréxicas estos factores no correlacionaron significativamente por el hecho a que pueden negociar verbalmente las tareas a realizar.

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las transacciones repetidas que establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse, estas apuntalan el sistema y regulan a los miembros de la familia.



Son mantenidas por dos sistemas de coacción. 1) genérico que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; 2) idiosincrásico, que implica las expectativas mutuas de los miembros de la familia (Minuchin, 1995).

El factor falta de reglas y apoyo con los factores de comunicación-cohesión, autonomía-independencia, relación de pareja y roles trabajo-doméstico no obtuvieron una correlación significativa, ya que por la dinámica familiar ha impuesto actitudes que a lo largo de la vida familiar se ha hecho costumbre.

Lo que respecta a la comunicación-cohesión y falta de reglas puede observarse que las mujeres con anorexia nerviosa a mayor comunicación-cohesión mayor falta de reglas y apoyo debido a que la comunicación de estas mujeres se basa en el hecho de tener actitudes y conductas para expresar su descontento ante la imposición de las reglas. En cambio las mujeres que no presentan anorexia nerviosa logran expresar su descontento de forma verbal enfatizando lo que les incomoda de las reglas en casa.

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 y faltos de apoyo (Minuchin y Fishman, 1994).

En la falta de reglas y apoyo y los roles-trabajo doméstico no se presenta una correlación significativa, sin embargo no quiere decir que éstas se presenten pues en la familia de las mujeres no anoréxicas, las reglas y los roles tienen mayor flexibilidad con referencia a la plantación de actividades, orden, funciones asignadas y la aplicación de sanciones. En el caso de las mujeres con anorexia nerviosa se presenta mayor rigidez y las normas son estrechas y específicas, existe poca negociación en cuanto a las reglas establecidas.

De acuerdo con Minuchin (1995) los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera, debido a que todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas a continuación descritos, deben ser claros.

Con lo que respecta a la autonomía-independencia con la falta de reglas y apoyo, se puede observar que en la familia de las mujeres anoréxicas están muy claras las reglas que hay dentro del funcionamiento familiar, por lo que no tienen suficiente autonomía para tomar sus propias decisiones. En el caso de las mujeres no anoréxicas, las reglas pueden ser más flexibles y pueden tener mayor libertad de decisión.

La familia plasma en sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos; un sentimiento de identidad y un sentimiento de separación (Minuchin, 1995).

Lo que respecta al análisis factorial realizado para los dos instrumentos, el EFF como se puede observar en la tabla 2 varió de el original referido por Palomar (1998) debido al número de factores que ahí se reportan además de la eliminación de algunos reactivos a causa de la baja significancia. Lo que respecta al EAT Álvarez, et al. (en prensa), como se puede observar en la tabla 7, los factores quedaron conformados de igual manera que el reportado por Álvarez, et al. (en prensa).

## 7. CONCLUSIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno que ha adquirido mayor importancia en los últimos años debido a diversas causas como pueden ser, el género, edad, personalidad, causas emocionales y afectivas, características familiares, ambientales y culturales, acontecimientos vitales potencialmente estresantes, dieta, aparición del deseo sexual, adolescencia, deportes y profesiones de riesgo, coacción publicitaria, ambiente socioeconómico, la delgadez como imagen dominante, ambiente familiar, pueden provocar que la población más vulnerable como son los adolescentes tomen estos modelos de estética femenina como propios.

Cuando entra el niño en la adolescencia, se encuentra en una crisis. Su deseo por participar en un grupo pares le crea conflictos con su orientación familiar. Los jóvenes normales empiezan a ver a sus padres con el punto de vista creado fuera de la familia. Pero el anoréxico se ve aislado (Minuchin, et al., 1978).

Por otro lado Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) realizaron una investigación acerca de los factores de riesgo en trastornos de la alimentación en poblaciones prepúberes, preadolescentes y adolescentes mexicanos y se encontró que las escolares más jóvenes ya han adaptado la actitud lipofóbica de su entorno social y que comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de su imagen corporal delegada, sino que también se muestran insatisfechas con imagen corporal.

Esto aunado con la falta de comunicación verbal, autonomía e independencia, que se pueden presentar en el núcleo familiar, como ya se dijo anteriormente, y además de una baja autoestima causada por diversos factores, ha permitido el crecimiento del trastorno de la conducta alimentaria en mujeres particularmente.

Teniendo en cuenta de si existe una buena comunicación en el ambiente familiar se puede obtener la unión entre sus miembros logrando así que los estímulos

externos, no afecten el estado emocional de forma negativa, manteniendo una alta autoestima disminuyendo la probabilidad de desarrollar algún trastorno, en este caso la anorexia nerviosa.

Según Minuchin (1995) la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, razón por la que la familia debe responder a cambios internos y externos y debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Cuando el desequilibrio amenaza a la familia sicosomática, todos los miembros familiares se movilizan rápidamente para proteger el sistema, particularmente presionando a esos miembros que necesitan para el cambio. La preocupación por problemas somáticos que son un elemento en la cultura familiar puede detonar los síntomas anoréxicos en el niño. Porque estos síntomas pueden utilizarse en los modelos del conflicto-detonante, la familia se une en una preocupación por protección del niño, premiando los síntomas por eso. Aunque los padres y hermanos pueden sentirse aprovechados por las demandas del niño enfermo y continúe controlando su protección (Minuchin et. al., 1978).

No obstante, es necesario realizar otras investigaciones en las que se amplíe el tamaño de la muestra para enriquecer los resultados que se reporta, aunque de acuerdo con Unikel-Santocini (1988) es difícil tener acceso a población con diagnóstico de anorexia nerviosa, tomando en cuenta que no es imposible de encontrar.

De igual forma, los resultados de esta investigación apoyan el trabajo clínico en términos de proporcionar elementos para la intervención de pacientes con

anorexia nerviosa y prevención para las mujeres sin este tipo de trastorno alimentario (anorexia nerviosa).

Es por ello que el presente estudio recomienda, realizar talleres preventivos dirigidos a preadolescentes, adolescentes y padres de familia, con la finalidad de conocer e identificar dicho trastorno, así como informar los lugares de atención para tales casos.

## BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, G., Mancilla, D. J. M., Martínez, M. M. y López, A. X. (1998) *Aspectos psicosociales de la alimentación*. Psicología y ciencia social. Vol. 2 num.1, pp.50-58. México.
- Álvarez, G., Mancilla, D. J. M., López, A. X., Vázquez, R., Ocampo, T. y López, V. (2001) *Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación en una población clínica mexicana*. Revista psicológica contemporánea. Vol. 5 No.1. pp. 72-79. México.
- Álvarez, G. (2002). *Validación de dos instrumentos: el EAT y el BULIT*. Tesis de Maestría no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, G.; Vazquez, R.; López, X.; Bosques, E. y Mancilla, J. (2002). *Estudio exploratorio de la asociación entre roles sexuales y sintomatología de trastorno alimentario*. Psicología social en México, 9, pp. 109-114.
- Álvarez, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vazquez-Arévalo, R., Unikel-Santocini, C., Caballero-Romo, A. y Mercado-Corona, D. *Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican Eating Disorders Patients*. En prensa.
- Andolfi, M., Menghi, P., Nicoló, A. M. y Angelo, C. (1985). *Detrás de la máscara familiar*. Buenos Aires : Amorrourtu.
- Banas, A.; Januszkiewicz-Grabias, A.; Radziwillowicz, P.: *The aspects of Multifactorial of eating the disorders*. The files of Psychiatry & the Psychotherapy. Vol 3(1) Mar 2001, 43-52. La Sociedad Psiquiátrica polaca, Polonia,
- Berghold, K. M. *A blame exploration in the families with the sinewy of the juvenile anorexy*. The dissertation Summarizes International: The section B: the Sciences. Vol 62(9-B), Abr 2002, 4209, EE.UU.
- Bergman, S. J. (1991). *Pescando Barracudas*. Pragmática de la terapia sistémica breve. Barcelona: Paidós.
- Bruch, H. (1962). *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosomatic Medicine, 23.2, pp. 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders obesity, anorexia nervosa and the personawithin*. New York: Basics books.
- Bruch, H. (2001). *La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Paidós.
- Buckroyd, J. (1997). *Anorexia y bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Casper, R. C.; Troiani, M.: *Family that works in the nervous anorexy differs for the subtype*. The international Newspaper of the dysfunctions of the feeding. Vol 30(3) Nov 2001, 338-342.
- Crispo, R.; Figueroa, E.; Guelar, D. (2001). *Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Gedisa.

- Cruz, V. y Buendía, M. (1992). *El conflicto marital como factor contribuyente del síntoma en un miembro de la familia*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM.
- Falicov, J. C. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García-Méndez, M. (2002). *Asociación de la satisfacción marital, la evitación del conflicto y la depresión*. Tesis de maestría en Psicología no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez – Peresmitre, G. y Ávila, A. E. (1998) *¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?*. *Psicología Iberoamericana*. No. 6 pp.37-45. México.
- Gómez – Peresmitre, G. (1999) *Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal*. *Revista mexicana de psicología*. Num.16 pp. 153-165. México.
- Gómez – Peresmitre, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. Y Pineda, G. G. (2001) *Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Prepúberes, Púberes y Adolescentes*. *Revista mexicana de psicología*. Vol 18, num.3. pp. 313-324. México.
- Goldstein, J. D. (1999). *The management of eating disorders and obesity*. Totowa, New Jersey: Humana Press.
- Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria* (2001). Barcelona: Ars Medica.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona España : Masson.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de cultura económica.
- Haley, J. (1994). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Iniewicz, G., Jozefik, B., Namyslowska, I. y Ulasinska, R. *The valuation of family relationships for the patients that suffer the sinewy of the anorexy—the Part II*. *Psychiatria Polska*. Vol 36(1) Ene-feb 2002, 65-81. Polonia.
- Iniewicz, G., Jozefik, B., Namyslowska, I. y Ulasinska, R. *The valuation of family relationships for the patients that suffer the sinewy of the anorexy—the Part I*. *Psychiatria Polska*. Vol 36(1) Ene-feb 2002, 51-64. Polonia.
- Instituto Nacional de la Nutrición. (1995). *Cuadernos de nutrición*. México: Autor.
- kathleenmanh, L. (1995). *Nutrición y dietoterapia*. México: McGraw Hill.
- Krupp, A., M. (1990). *Diagnostico Clínico y Tratamiento*. México: Manual moderno.

- León, R., Gómez-Peresmitre, G., Pineda, G. y Platas, S. (2002). *Alteración de la imagen corporal en una muestra de adolescentes mexicanos*. *Psicología social en México*, 9, pp. 122-127.
- Mantilla, B. M. A. (2001). *Terapia cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nerviosa*. Tesis en maestría no publicada. México: UNAM.
- Medina Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova y Aguila- Gaxiola, (2003). *Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México*. *Salud mental*. Vol 26. Nim. 4. pp.1-16. México.
- Minuchin, S., Rosman, D. L. y Baker, L. (1978). *Psychomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, mas.: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1995). *Familia y Terapia familiar*. Barcelona: Paidos
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidos.
- Minuchin, S., Lee, Y. W.; Simon, G. M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Buenos Aires: Paidos.
- Minuchin, S. y Nichols, P. M. (1994). *La recuperación de la familia*. Barcelona: Paidos
- Moran, D. G. (1999). *La anorexia. ¿Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de la adolescentes?* Madrid: temas de hoy.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olson, D. H. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En C. Falicov (Com.) *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital*. Buenos Aires: Amorrortu. (pp. 99-128).
- Ortiz, A. M. (2000). *Cohesión y adaptabilidad en familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de especialista en Psiquiatría no publicada. México: IMP.
- Palazzoli, S. (1988). *Los juegos Psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidos.
- Palazzoli, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidos.
- Palazzoli, S. M., (1996). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Madrid: Paidós
- Palomar, L. J. (1998). *Funcionamiento Familiar y Calidad de vida*. Tesis de doctorado no publicada. México: UNAM
- Pichot, P. (1997). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. México: Masson.
- Platas, R., Gómez-Peresmitre, G., Pineda, G. y León Hernández, R. (2002). *Percepción de la relación materna apoyo social y conducta alimentaria asociada con estrés*. *Psicología social en México*, 9, pp. 103-108.
- Raich, R. M. (1998). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarias*. Madrid: Pirámide.



- Rausch, H. C. y Bay, L. (1990). *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.
- Saldaño, G. C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación universidad empresa.
- Satir, V. (1991). *Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo Familiar*. México: Pax
- Satir, V. (1999). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Saucedo, T. y Cantú, N. (2002). *Trastorno de la conducta alimentaria: influencia sociocultural en púberes de ambos sexos*. *Psicología social en México*, 9, pp. 128-133.
- Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia Una Guía para padres y amigos*. México: Trillas
- Simon, F. B.; Stierlin, H. y Wynne, L. C. (2002). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Stierlin H. y Weber G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: Gedisa.
- Thorn, W. G. y Adams, D. R. (1990). *Medicina Interna 1*. México: España: Ediciones científicas.
- Tinahones, M. F. (2003). *Anorexia y bulimia; una experiencia clínica*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Toro J. (1999). *El cuerpo como delito Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Villardel, E. y Roca, M. (1990). *Anorexia nerviosa*. España: Libros universitarios y profesionales.
- Unikel, S. C. y Gomez, P. G. (1999) *Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas*. *Psicología conductual*. Vol.7, num. 3 pp. 417-429. México.
- Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández (2000). *Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal*. *La revista de investigación clínica*. Vol. 52. Num. 2. pp 140-147. México.
- Vanderlinden, J., Castro, J. y Vandereycken, W. (1991). *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez roca.
- Whitaker, C. y Bumberry W. (1991). *Danzando con la familia Un enfoque simbólico experiencial*. México: Paidós.
- Zuk, G. y Boszormenyi, N. I. (1993). *Terapia Familiar y Familias en conflicto*. México: Fondo de cultura económica.

anexo

## FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

### INSTRUCCIONES:

Por favor marque con una cruz (X) en el recuadro de la derecha la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. **No deje de contestar ninguna de ellas.** Gracias

**Nunca** = (0% del tiempo)  
**Casi nunca** = (menos del 25% del tiempo)  
**A veces** = (alrededor del 50% del tiempo)  
**Casi siempre** = (más del 75% del tiempo)  
**Siempre** = (100% del tiempo)

		NUNCA	CASI NUNCA	AVECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Comparto actividades o intereses con mi pareja	1				
2	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia	2				
3	Cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo	3				
4	Disfruto mucho las actividades que hago con mi familia	4				
5	Los quehaceres de la casa están distribuidos equitativamente	5				
6	Cuando tengo algún problema los miembros de mi familia son capaces de entender como me siento	6				
7	Me siento valorado por mi pareja	7				
8	En mi familia se anima el hecho de decir lo que cada quien piensa, sea lo que sea	8				
9	En casa se respetan las decisiones que cada quien toma	9				
10	Existe confusión acerca de lo que debe hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	10				
11	Las relaciones sexuales con mi pareja son buenas	11				
12	Los miembros de mi familia se aseguran de que todo este recogido y ordenado en sus cuartos	12				
13	Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros	13				
14	En mi familia se fomenta que cada quien haga lo que crea que es mejor	14				
15	Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuales son las consecuencias	15				
16	En mi familia esta claro quien manda	16				
17	Los miembros de nuestra familia demuestran con facilidad el cariño e interés por los demás	17				
18	Cuando tenemos problemas mi pareja y	18				

	yo generalmente los resolvemos de manera rápida						
19	En mi familia hacemos actividades juntos	19					
20	En mi familia se anima a que seamos independientes	20					
21	Como pareja, somos cariñosos	21					
22	En mi familia es difícil decir lo que uno siente sin que alguien se moleste	22					
23	En mi familia compartimos muchos intereses	23					
24	En nuestra familia todos tenemos responsabilidades	24					
25	Las normas familiares están bien claras	25					
26	Las peleas con mi pareja llegan a la violencia física (empujones, jalones, golpes, etc.)	26					
27	Si algo sale mal en casa, nos desquitamos con la misma persona	27					
28	Cada miembro de la familia puede tomar parte en las decisiones familiares importantes	28					
29	En mi familia somos ordenados	29					
30	Los miembros de mi familia acostumbramos hacer actividades juntos	30					
31	En mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno	31					
32	En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartimos los quehaceres de la casa	32					
33	Cuando un miembro de la familia tiene éxito, los demás nos sentimos contentos	33					
34	En mi familia se inculca que cada uno debe valerse por sí mismo	34					
35	Cada uno de nosotros cumple con lo que tiene que hacer en casa	35					
36	En mi familia es difícil solucionar nuestros problemas	36					
37	Las reglas familiares no se discuten, se cumplen	37					
38	En nuestra familia las actividades se planean con bastante cuidado	38					
39	En mi familia acostumbramos hablar de nuestras cosas personales	39					
40	En mi familia cada uno puede decidir la forma en la que ayuda en las tareas de la casa	40					
41	Ser puntual es importante para nosotros	41					
42	En casa podemos decir nuestras	42					

	opiniones libremente						
43	En nuestra casa es difícil encontrar las cosas cuando uno las necesita	43					
44	Los miembros de mi familia pasamos juntos nuestro tiempo libre	44					
45	Cuando tengo un problema, los primeros en saberlo son los miembros de mi familia	45					
46	Algunos parientes (suegros, cuñados, hermanos, etc.) intervienen en las decisiones que se toman en mi familia	46					

(Palomar, 1998)