



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
AREA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

“Narrativas acerca de la Anorexia Nervosa: la mirada de pacientes y sus cuidadores primarios”

TESIS QUE PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Laura González Macías

Tutor Principal: Dr. Samuel Jurado Cárdenas.- Facultad de Psicología, UNAM

Dr. Ariel Vite Sierra.- Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Ma. Luisa Rascón Gasca.- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Facultad de Medicina

MIEMBROS DEL CÓMITE TUTOR

Dra. Martha Romero Mendoza.- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Facultad de Medicina

Dra. Ma. Emily Reiko Ito Sugiyama.- Facultad de Psicología. UNAM

Ciudad de México, Distrito Federal a 29 de mayo de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCION	7
---------------------	----------

Primera Parte: MARCO TEÓRICO

CAPITULO I. LA ANOREXIA NERVOSA

1.1. Sobre la historia del padecimiento	10
1.2. Hipótesis sobre el origen de la anorexia nervosa	18
1.3. El diagnóstico desde la mirada médica	22
1.3.1. Semiología clínica	22
1.3.2. Nosología	28
1.4. Etiopatogenia	32
1.4.1. Componentes de riesgo	33
1.4.2. Causas biológicas	35
1.4.3. Causas psicológicas	39
1.4.4. Causas psicosociales	40
1.4.5. Elementos socioculturales	40
1.4.6. La anorexia nervosa y su multideterminación	43
1.5. Estudios epidemiológicos	43
1.6. La evolución del padecimiento y el pronóstico	46

CAPITULO II. INTERACCIONES ENTRE LOS PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA Y SUS

CUIDADORES PRIMARIOS

2.1. Supuestos teóricos sobre el desarrollo del trastorno de alimentación.	49
2.1.1. Comprensión psicodinámica del desarrollo emocional	51
2.1.2. El papel de la madre como cuidadora primaria	64
2.1.3. La función del padre	71
2.2. Los aspectos parentales	85
2.2.1. La problemática parental	89
2.2.2. La estructura familiar	91
2.2.3. La familia en el origen de la anorexia nervosa	94

CAPITULO III. TRATAMIENTO, RECAÍDA Y REMISIÓN DE LA SINTOMATOLÓGICA

3.1. Descripción desde la mirada médica del curso y la evolución	105
3.2. Los modelos de tratamiento	111
3.3. Las propuestas de tratamiento con apoyo del cuidador primario	116
3.3.1. Tratamiento en una institución de salud pública	118

CAPITULO IV. APROXIMACIÓN A LA NARRATIVA

4.1. Estudios cualitativos en anorexia nervosa	121
4.2. La narrativa	126
4.3. Narrativas acerca de la enfermedad	135
4.4. Narrar el padecimiento	137
4.5. Sustento teórico metodológico	142
4.5.1. El análisis temático	146
4.5.2. El análisis estructural	146

Segunda parte: LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema	149
----------------------------	------------

CAPITULO V. MÉTODO

5.1. Objetivos del estudio	153
5.2. Tipo de estudio	153
5.3. Los participantes	154
5.5. Medios de exploración	156
5.5.1. La entrevista	158
5.6. Propuesta de análisis	159
5.6.1. Análisis de la narrativa por ejes temáticos	161
5.6.2. Análisis estructural	163
5.6.3. Síntesis	163
5.7. Criterios para la validación del estudio	164
5.8. El ingreso al campo	165
5.9. Consideraciones éticas	166

Tercera parte: RESULTADOS

CAPITULO VI. LA MIRADA DE LA ANOREXIA NERVOSA DESDE LOS PACIENTES HASTA SUS CUIDADORES PRIMARIOS

6.0. La narrativa	167
6.1. Familia 01 Caso A	
6.1.1. Presentación del caso	168
6.1.2. Entrevista realizada al caso A	168
6.1.3. Madre del caso A	178
6.1.4. Padre del caso A	186
6.1.5. Trayectoria del relato del caso A	191
6.1.6. Análisis de la narrativa por ejes temáticos del caso A	192
6.1.7. Coda	199
6.2. Familia 02 caso B	202
6.2.1. Presentación del caso	202
6.2.2. Entrevista realizada al caso B	203
6.2.3. Madre del caso B	216
6.2.4. Padre del caso B	224
6.2.5. Trayectoria del relato del caso B	230
6.2.6. Análisis de la narrativa por ejes temáticos del caso B	231
6.2.7. Coda	239
6.3. Familia 03 caso C	
6.3.1. Presentación del caso	241
6.3.2. Entrevista realizada al caso C	242
6.3.3. Madre del caso C	252
6.3.4. Padre del caso C	258
6.3.5. Trayectoria del relato del caso C	265
6.3.6. Análisis de la narrativa por ejes temáticos del caso C	266
6.3.7. Coda	272
6.4. Familia 04 caso D	
6.4.1. Presentación del caso D	273
6.4.2. Entrevista realizada al caso D	275

6.4.3. Madre del caso D	279
6.4.4. Padre del caso D	287
6.4.5. Análisis de la narrativa por ejes temáticos del caso D	293
6.4.6. Coda	299
6.5. ANALISIS ESTRUCTURAL DE LAS NARRATIVAS	300
6.5.1. Sobre el inicio del padecimiento	301
6.5.2. Sobre el tratamiento	305
6.5.3. Sobre la recaída	308
6.5.4. En cuanto a la remisión	311
6.6. Viñetas Clínicas	316
6.6.1. Caso E	316
6.6.2. Caso F	324
6.6.3. Caso G	329

CAPITULO VII: ANALISIS GENERAL

7.1. Análisis a partir de la información	335
7.2. Discusión	340
7.3. Propuesta del modelo a partir de la información obtenida	343
7.4. Conclusiones	347

REFERENCIAS	351
--------------------	------------

APÉNDICES

A) Presentación de la entrevista	369
B) Carta de Consentimiento informado	370
C) Guía de entrevista	372
D) Formato de preguntas tema	374

**La enfermedad debe ser tratada con los recursos
comprobados con el método científico,
pero el padecimiento de la persona
solo se alivia con la escucha respetuosa,
la comprensión y la actitud humana del médico.**

Ruy Pérez Tamayo

INTRODUCCIÓN

El presente documento representa quince años de experiencia en el tratamiento clínico de pacientes psiquiátricos con trastornos de la conducta alimentaria, la investigación se llevó a cabo en pacientes con anorexia nervosa que han llegado al servicio de psiquiatría acompañados por sus padres que llevan más de tres años de evolución del padecimiento y han presentado al menos una recaída, Se busca llevar a cabo, un esfuerzo especial por abarcar los aspectos preponderantes de la anorexia nervosa que, según el modelo médico, es un padecimiento que hoy se manifiesta en un problema de salud pública y que solo en las últimas décadas del siglo pasado, ha sido incorporado a las clasificaciones oficiales como enfermedad mental y perteneciente al apartado de trastornos de la conducta alimentaria.

La bibliografía científica, diversas investigaciones y los diferentes aportes teóricos, que van desde el psicoanálisis hasta las posturas cognoscitivas, desde la Edad Media hasta nuestro tiempo y desde la santidad hasta los determinantes biológicos, pasando por un periodo de explicaciones demoniacas y de posesiones, han tratado de comprender el padecimiento, así como de definirlo y proponer un tratamiento eficaz. Hasta la fecha continúan las dudas sobre el diagnóstico clínico, con respecto a algunas características del padecimiento que podrían dificultar el cuadro, como el criterio de amenorrea (suspensión de los periodos menstruales, por tres meses consecutivos), que hasta el momento se encuentra en controversia y que en el DSM-5 fue eliminado, además de que esa peculiaridad no ha permitido definir bien a bien el cuadro clínico, y algunos casos de anorexia nervosa queden definidos como trastorno alimentario no especificado (TANE).

En cuanto al origen y el tratamiento, existen autores que han destacado el papel preponderante que ocupan los cuidadores primarios que, en este caso, nos referiremos al padre y a la madre, quienes en un momento dado pudieran condicionar la aparición y el mantenimiento del trastorno de alimentación.

En la actualidad la anorexia nervosa se reconoce como un padecimiento de origen biopsicosocial, debido a que cada uno de estos componentes juega un papel preponderante en la aparición y mantenimiento del padecimiento, e incluso, en las razones por las cuales los pacientes regresan una y otra vez a la conducta. Las

investigaciones al respecto se han llevado a cabo de manera monográfica y especializada tanto Estados Unidos de Norteamérica como en algunos países europeos, faltando información a éste respecto en población mexicana.

La finalidad del presente trabajo es ofrecer una descripción profunda y detallada de la anorexia nervosa, iniciando desde el relato histórico, hasta la actualidad, sin dejar de lado ni disminuirle importancia a la perspectiva de la medicina, al diagnóstico clínico y al tratamiento, debido a que se trata de un padecimiento mental que requiere prioridad en la atención médica, ya que es la única enfermedad psiquiátrica descrita hasta el momento que *per se* lleva a la muerte y comprometa el funcionamiento integral del cuerpo como una consecuencia del estado nutricional al que este es sometido por el paciente.

El objetivo general de la investigación es conocer las narrativas acerca de la experiencia de la anorexia nervosa, desde el punto de vista de quien la padece y de las personas que conviven con ella, el propósito es obtener información desde la aparición del padecimiento, el proceso de búsqueda de tratamiento, el tratamiento en sí mismo, la remisión sintomatológica y el significado que puede tener para cada uno de los participante el regresar a la conducta alimentaria alterada, tener una recaída.

Se elige la investigación cualitativa como método de exploración y el modelo de la narrativa para la interpretación de los datos, ya que se trata de una perspectiva en donde se intenta retomar la capacidad humana de contar historias como punto de partida para la reinterpretación de los problemas de la vida cotidiana y la promoción de un sentido de agencia, dentro del marco de una relación colaborativa con otro ser humano a través de la conversación. Se basa en un enfoque de metodología cualitativa, donde se llevó a cabo una estrategia de análisis de las narrativas por ejes temáticos, de acuerdo con el modelo de Catherine Kholer Riessman, ya que este método nos permitió interpretar la información de una manera clara y apropiada para lograr el objetivo planteado y nos facilitó ordenar la información para poder llevar a cabo un análisis estructural de acuerdo con el modelo de semejanzas y diferencias entre los casos (Lavob y Waletsky), lo cual permitió observar el trastorno de forma dinámica, global e interactiva.

A manera de resumen, la presente investigación versa sobre las experiencias de mujeres y hombres que padecen anorexia nervosa, así como las de sus padres y madres en el descubrimiento del padecimiento, la incansable búsqueda de tratamiento, el tratamiento mismo y la remisión del padecimiento, con la finalidad de explorar las experiencias que pudiesen condicionar la persistencia de la enfermedad y conducir a la cronicidad del padecimiento a través del constante retornar al mismo.

Primera parte: EL MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

LA ANOREXIA NERVOSA

1.1. Sobre la historia del padecimiento

Buscando en los antecedentes históricos información sobre la “anorexia” se encontró una descripción inicial del padecimiento en el siglo XI realizada por Avicena, médico y filósofo, que menciona haber dado tratamiento a un príncipe persa llamado Hamadham quien presentaba síntomas “anoréxicos y melancólicos”, haciendo una descripción de su sintomatología la cual, si hubiera vivido en la época actual, cumpliría con los criterios diagnósticos para lo que hoy se conoce como “anorexia nervosa” (Farrell, 2001).

Del siglo XII, al XVI, es cuando la “anorexia” toma un lugar preponderante en la historia de las enfermedades mentales ya que en sus inicios, había sido asociada con el misticismo religioso y a partir del siglo XVI y hasta el XIX, fueron suficientes los casos de mujeres que restringían drásticamente su alimentación, consiguiendo así una gran consternación pública y social que incluso, las llevó a la santidad y frecuentemente recibían recompensas materiales (Bell, 1985).

Durante la Edad Media se describieron diversos casos de restricción alimentaria, Rudolph Bell, en su libro “Holy Anorexia” menciona a Santa Catalina de Sienna, muerta en 1461, a consecuencia de una inedia (término propuesto por Maître en lugar de anorexia, ya que no se trataba de una falta de apetito, sino de la elección de no comer) manteniéndose en un ayuno extremo, consumiendo pequeñas cantidades de comida e induciéndose el vómito, motivada por la búsqueda de la espiritualidad y la pureza a través de la negación de las necesidades del cuerpo, como si hubiera sido una demanda que intentaba hacerse oír frente a una falta de reconocimiento de ella misma, que no encuentra otro modo de expresarse, a pesar de poner en peligro su vida para, quizás, encontrar un reconocimiento, simplemente ser vista. Este ha sido el caso anorexia más documentado, ya que muere a causa de la desnutrición, justificando su muerte desde un punto de vista de misticismo, como un sacrificio, hecho que la llevó hasta la santificación (Rava & Silver, 2004; Stein, 1988).

En otros documentos (Raimbault & Eliacheff, 1991) sobre la vida de ésta misma Santa, se sugiere, que en el seno de su familia, hubo acontecimientos que propiciaron que la hija actuara el deseo inconsciente de la madre orillándola a no comer, de tal forma y con todos éstos elementos, su manera de alimentarse podría ser considerada el antecedente histórico de lo que hoy sería diagnosticado como una anorexia nervosa compulsivo purgativa (Stein, 1988).

En la Universidad de Rutgers Bell, un profesor de historia llevó a cabo una investigación revisando escritos, autobiografías, cartas, testimonios de confesores y actas de canonización de más de 261 mujeres italianas desde el siglo XIII hasta el XX, siendo todas ellas mujeres religiosas que, en su opinión, pudieran haber padecido anorexia nervosa. Pareciera ser, de acuerdo a éstos hallazgos, que nos encontramos ante hechos iniciados desde antes de la Edad Media, entre el 1200 y el 1500, coincidiendo con la aparición de las órdenes mendicantes, donde un número creciente de mujeres religiosas se entregaban a prácticas ascéticas de todo orden siendo el ayuno una de las más difundidas (Toro, 1996). Santa Catalina de Siena, Verónica Giuliani (Santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina no son sino algunas de las mujeres más conocidas con estas características. Lamentablemente, las descripciones de estos casos no nos permiten saber su estado mental o algunas de sus características; como la idea de su imagen corporal, el anhelo por la delgadez o la existencia de un miedo a engordar. Lo que sí queda claro es la necesidad del dominio de la carne y el deseo de espiritualidad, alcanzados a través del ayuno y la destrucción física del cuerpo (Farrell, 2001).

A través de la historia, se ha observado que son varias las culturas en las que el ayuno ha sido considerado un medio para protegerse de las fuerzas del mal, ya que se pensaba que la privación de alimento preservaba de influencias demoniacas y garantizaba una cierta pureza. La purificación y la penitencia han sido asociadas al ayuno en la mayor parte de las religiones. La institucionalización y socialización de la Iglesia católica admitió el establecimiento oficial del ayuno obligatorio, al igual que los ritos exorcistas y las plegarias (Toro, 1996).

También el ayuno ha sido una forma de penitencia, un signo de remordimiento por los pecados cometidos, la doctrina cristiana ha defendido que lo físico, lo terrenal, era ominoso y debía dominarse en beneficio de lo espiritual. Para la cristiandad, el cuerpo era de naturaleza débil y pecaminosa exigiendo control y regulación estrictos por parte de la mente. La ascesis era el camino que conducía a la perfección de la vida espiritual (Fendrick, 1997). De tal manera que algunas de las mujeres piadosas antes citadas, renunciaban al alimento para estar mejor dispuestas, más “limpias” para recibir el cuerpo de Cristo, otras bebían el pus y comían las costras de los enfermos. Habría que reconocer que en nuestros días, cualquiera de estas prácticas podrían ser consideradas patológicas, pero en la Edad Media y mucho tiempo después, en algunos ámbitos, su justificación y explicación religiosas todavía son evidentes (Farrell, 2001).

Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de “trastornos”, los denominaron “*inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*” ya que la consideraban un tipo especial de enfermedad. La propia Sta. Catalina de Siena, cuando se hallaba en plena inanición, los médicos y sus padres creían que estaba sufriendo de una enfermedad grave y no que estuviera llevando a cabo una práctica religiosa (Halmi, 1992; Toro, 1996). Como bien dicen estos autores, es evidente que cualquier comportamiento debe ser entendido desde su contexto histórico y cultural, y que la peculiar conducta alimentaria de esas santas mujeres contaba con indudables justificaciones de las creencias religiosas. A pesar de sus drásticas restricciones alimentarias, sus pérdidas de peso y consiguiente malnutrición, su obsesividad en la prosecución y mantenimiento de sus objetivos generales y los alimentarios en particular, sus vómitos, el uso de laxantes, su vitalidad a pesar de su evidente inanición, sus crisis emocionales, sus periodos de aislamiento o retraimiento social, sus frecuentes comportamientos compulsivos, incluyendo las autolesiones, junto con sus trastornos y muertes consiguientes a su desnutrición, dibujan un cuadro sin duda compatible con la anorexia nervosa tal como hoy la concebimos (Halmi, Eckert, & Marchi, 1991).

Del siglo XV y hasta el XVIII, las mujeres que se sometían a la desnutrición, frecuentemente corrían el riesgo de ser consideradas brujas o personas poseídas por Satanás (Fendrick, 1997). De acuerdo con las ideas de ese entonces, las brujas, dada su

condición voladora, debían ser sumamente ligeras, para poder ser soportadas por sus escobas, era lógico, pues, que la bruja que se jactara de serlo, perdería peso. De hecho, aún sin contar con “tablas estandarizadas de peso”, una forma de comprobar si se trataba de una bruja o no, consistía en verificar si el peso corporal de la sospechosa correspondía a lo esperado en función de su estatura (Toro & Villardell, 1987). A lo largo de la historia, son bastantes los nombres de mujeres ayunadoras que entraron en la categoría de brujas o posesas: Columba de Rietti, María Magdalena de Pazzi, Jane Stretton, la forma en la que se sentían tratadas, dependía de las supuestas causas del adelgazamiento. Así la intervención médica debía solucionar los casos considerados como enfermedades y cuando se trataba de embrujos o posesiones demoniacas, lo indicado era un exorcismo (Vandereycken & Van, 1994).

Del siglo XVI en adelante, el ayuno fue despojándose progresivamente de su trasfondo religioso tradicional (Fendrick, 1997). La desnutrición “provocada” pasó a formar parte de un circuito más vulgar donde se desarrolló gradualmente hasta convertirse en un espectáculo comercial con los llamados “artistas del hambre”, como Claude Ambroise Seurat quien pesaba 27 kg, o como Giovanni Succi quien hacía ayunos públicos a manera de espectáculo por más de 30 días. Kafka, en su relato el “Artista hambriento”, describió detalladamente la experiencia subjetiva de uno de estos hombres, lo cual le permitió proyectar su propia problemática de persona anoréxica aprovechando circunstancias y personajes todavía vigentes durante la época en la que le correspondió vivir (Toro, 1996).

Vandereycken al igual que Maître, mencionan que la palabra anorexia está mal empleada en el uso propio del término, ya que ha sido utilizada en sus inicios en la literatura médica, como sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios médicos del siglo XVII, se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996; Vandereycken & Van, 1994).

A pesar de todas las connotaciones dadas al padecimiento, la primera aproximación médica y descripción del cuadro clínico del trastorno anoréxico sucedió en el siglo XVII, llevada a cabo por el Dr. Richard Morton, médico de la Universidad de Oxford en 1670. Su concepción de las enfermedades caquetizantes se basaba en las

nociones de *atrofia* y *ptisis* defendidas por Celso. Morton describió una “*ptisis nerviosa*” o “*atrofia nerviosa*” cuya degeneración corporal la atribuyó a una perturbación del sistema nervioso. La consideraba una consunción nerviosa e identificó su origen en “tristeza y preocupaciones ansiosas” (Toro & Villardell, 1987).

Morton describió dos casos cuya enfermedad parecía deberse a una restricción voluntaria de alimento. El primero, una muchacha de 18 años quien “*cayó en una supresión total de sus cursos mensuales a causa de una gran multitud de preocupaciones y pasiones, a partir de este tiempo su apetito empezó a decaer y su digestión a ser mala, su carne empezó también a ser flácida y floja, era reconocida por sus estudios y continua dedicación a los libros, a los que se entregaba día y noche*” Así mismo, comenta que en toda su práctica clínica no recuerda haber visto a alguien que estuviera tan interesado en vivir y tan consumido, parecía un esqueleto solo vestido de piel, pero sin fiebre, ni tos y sin ninguna dificultad para respirar, sin mostrar perturbación de los pulmones o de cualquier otra víscera. Lo único alterado era su apetito, el cual iba disminuyendo y como consecuencia su digestión se encontraba alterada (Vandereycken & Van, 1994). La paciente era hija de un ministro presbiteriano y ciertamente, estos síntomas podrían ser propios de un cuadro actual de anorexia nerviosa: adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva al estudio y aparente pérdida del apetito (Bruch, 1978).

El segundo caso descrito corresponde a un joven de 16 años (Morton (1689), que “*cayó gradualmente en una pérdida total de apetito ocasionado por estudiar demasiado y a las pasiones de la mente y a partir de aquí en una atrofia universal, empeorando más y más por espacio de dos años, sin ninguna tos, fiebre o cualquier otro síntoma de cualquier destemplanza de los pulmones*”, lo diagnosticó como consunción nerviosa y tenía su asiento en el hábito total del cuerpo (Silverman, 1992; Vandereycken & Van, 1994). Resulta interesante observar que Morton consiguió la curación de su paciente obligándole a abandonar los estudios, así como a viajar durante algún tiempo, lejos de su familia.

En 1764, un profesor de medicina de Edinburgo, Roberth Whytt, publica un tratado en el que, entre otros casos, describe a un joven de 14 años, que después de pasar por un grave periodo de restricción alimentaria y adelgazamiento, pasa por otro

de ingestión alimentaria aparentemente impulsiva e incoercible. Whytt opinó que estos trastornos eran de origen nervioso (Silverman, 1987). Y en 1790 Robert Willam relata la trayectoria clínica de un joven que ayunó durante 78 días a causa de “nociones erróneas” sobre religión, ya que durante este tiempo se alejó de todo contacto social, dedicándose a copiar la Biblia. A los 60 días de ayuno, tuvo una crisis de voracidad finalizada con vómitos y murió pocos días después (Silverman, 1990).

Como podemos observar a lo largo de la historia, el término clínico ha sido modificado de acuerdo a las nuevas descripciones sintomatológicas. Pinel (1798) en Francia, escribe un tratado de medicina y dedica un capítulo a las “*neurosis de digestión*” donde incluye la bulimia, la pica, la anorexia, y en su opinión la anorexia es una “*neurosis gástrica*” (Vandereycken & Van, 1994).

En 1859, Luis-Victor Marcé ocupa el primer plano de los médicos pioneros, anterior a los más divulgados Lasègue y Gull, haciendo repetido hincapié en una serie de factores que, sin duda, guardan relación con los síntomas de la anorexia nervosa actual, observando “una ausencia de apetito o únicamente, por la incomodidad causada por la digestión, estos pacientes llegan a una convicción delirante de que no pueden o no deben comer, en una palabra el trastorno gástrico nervioso se hace cerebro-nervioso (Vandereycken & Van, 1994). Se observa que con la desnutrición, la afección fisiológica aumenta de acuerdo a la debilidad del organismo; las sensaciones afectivas también se alteran y toda la energía corporal e intelectual se centra en las funciones del estómago; incapaces del más ligero esfuerzo o de sostener la menor conversación más allá de sus ideas delirantes, “estos infelices pacientes sólo reservan la energía mínima para resistir las tentativas de alimentarse, es la idea delirante lo que constituye el punto de partida y donde reside la esencia de la enfermedad, los pacientes no son dispépticos: son locos” (Silverman, 1989).

Hay que tomar en cuenta que las aportaciones de Lasègue y Gull se sitúan en la época victoriana, en el preciso momento de la transición, contribuyendo eficazmente, desde una visión religiosa, a una concepción médica de la anorexia nervosa, implicando en ese momento la concepción de “*histeria*” (*histerios*: útero), pues los médicos victorianos consideraban a las mujeres particularmente proclives a los trastornos nerviosos (Toro, 1996).

Para Lasègue, la “anorexia histérica” muestra tres fases que marcarían el cuadro clínico, refiere que se inicia entre los 15 y 20 años de edad a consecuencia de algún género de emociones, posiblemente relacionado con la transición a la edad adulta, en la primera; la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres para que incremente su alimentación. Durante la segunda etapa, se observa el empeoramiento del estado mental de la paciente, aumenta la preocupación de los padres y se hace necesaria la intervención médica, limitando sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y como consecuencia la constipación intestinal aparece intensamente. Y una tercera fase, en la que el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos (Toro, 1996).

Esta fundamentación orgánica del trastorno no impidió que Lasègue señalara la relevancia del mundo privado de las familias de clase media y las relaciones establecidas con sus hijas. En su opinión, la prolongación de la dependencia parecía sumarse a un amor paternal intenso, constituyéndose un escenario en el que podía desarrollarse la “anorexia”. Llama la atención la importancia que este autor presta a las relaciones familiares, señalando que sus pacientes anoréxicas tenían padres con la voluntad y la capacidad para invertir todos sus recursos emocionales y económicos en ellas y en atender el padecimiento (Vandereycken & Van, 1994).

William Withey Gull, médico Inglés, nacido en Colchester, quien se cree que es Jack “el destripador”, el asesino serial más renombrado de la época victoriana, es a quien se le atribuye el uso del término “anorexia nervosa” ya que en 1873 cambia el término de “*aepsia histérica*” por el de “*anorexia*” -al igual que Lasègue- al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito y no un trastorno digestivo. Así mismo, rechazó el término “*histérica*” sustituyéndolo por “*nervosa*” al negar la implicación del útero en la anorexia y defender la hipótesis del sistema nervioso. Además, a diferencia del médico francés, señala que el trastorno también podría afectar a los varones y la supuesta falta de apetito de la anoréxica se debería a un estado mental mórbido (Toro, 1996).

Y en Francia, no podemos dejar de lado a Jean Martín Charcot quien acompañó a Lasègue en el estudio de la anorexia, proponiendo alternativas de curación, de tal forma que fue Charcot de acuerdo con sus observaciones, quien introdujo el término *cuasi* oficial de “parentectomía” es decir, aislar a la paciente de sus padres y de las relaciones familiares, como fórmula terapéutica. Ya que el aislamiento era, en su opinión, el tratamiento más eficaz. Ya que pudo observar el exceso de cuidado de estos padres hacía sus hijas. Charcot se molestaba con los padres que aceptaban mandar a su hija a un establecimiento hidroterápico, pero se rehusaban a dejarla sola. Les indicaba que debían irse lejos lo más rápidamente posible y cuando conseguía el aislamiento de la paciente, se llegaba a buenos resultados.

Como se ha podido observar la separación de los cuidadores primarios, e incluso el alejamiento de la paciente de todo el ámbito familiar, fueron recomendaciones ya planteadas por Gull y Lasègue, y la “parentectomía” propuesta por Charcot se fue generalizando en toda Europa y en América del Norte, manteniéndose con distintas variantes hasta nuestros días (Toro, 1996).

Todas estas aportaciones consiguieron que el concepto de “*anorexia nervosa*” quedara introducido y establecido dentro de la medicina científica oficial de la época. Tanto la autoinducción del vómito como los atracones, fueron reconocidos desde temprano en la historia del trastorno, pero la distorsión de la imagen corporal y el temor a engordar, que a la fecha, son dos de los principales datos clínicos que delinear la forma actual para distinguir el trastorno de alimentación, fueron puntualizados hasta finales del siglo XIX, aproximadamente 200 años después de las primeras descripciones de Morton (Fendrick, 1997). Charcot (1889) y Sollier (1891) ya habían observado que estas pacientes mostraban el deseo de ser delgadas, y mencionaron que podría ser la otra cara del miedo a engordar, que se presenta en las pacientes anoréxicas.

Es muy importante mencionar que Gilles de la Tourette fue el primer clínico en señalar que aunque las pacientes rechazaran la ingestión de alimentos, no había pérdida de hambre, este autor rebautizó el trastorno de “*anorexia mental*” a “*anorexia gástrica*” (Rava & Silver, 2004).

Así las cosas, al paso de las investigaciones y la evolución de la ciencia las complejas relaciones entre la conducta alimentaria, los síntomas físicos y los estados emocionales, empezaron a ser pasadas por alto cuando Maurice Simmonds en 1914, un patólogo del Hospital de St. George en Hamburgo, propuso que la emaciación podría deberse a la destrucción de la glándula pituitaria o al menos a un funcionamiento deficiente de la misma. Esta postura dominó el diagnóstico clínico y el tratamiento de la anorexia nervosa aproximadamente por los próximos 20 años y las pacientes fueron tratadas con extractos de glándula pituitaria (Vandereycken & Van, 1994).

Sin embargo, esta concepción de la enfermedad fue puesta en duda durante la década de 1930, cuando Ryle en 1936 demostró que el trauma psicosexual podía llevar en algunos casos a la amenorrea y esta tesis psicoendocrina fue ampliada diez años después por Reifenstein, cuando describió varios casos de amenorrea asociados a eventos psicofisiológicos. Shehan en 1938, estableció la diferencia entre “anorexia nerviosa” y “caquexia hipofisaria” de origen isquémico, lo cual no impidió que hasta la década de 1950, la anorexia nervosa fuera considerada de origen endocrino (Rava & Silver, 2004).

1.2. Hipótesis sobre el origen de la anorexia nervosa

La anorexia nervosa restrictiva como la compulsivo purgativa, se encuentran en la actualidad dentro de la categoría de “Trastornos de la conducta alimentaria” y son padecimientos que parecen estar presentes a lo largo de una buena parte de la historia de la humanidad (Toro, 1996).

Sus manifestaciones en el tiempo llevan a pensar en afecciones de carácter cambiante, que han ido variando según la época, hasta alcanzar características cada vez más definidas que delimitan un cuadro clínico específico (Halmi, 1992). Los años 70 marcan el despegue definitivo de las explicaciones, investigaciones y tratamientos, que pretenden encontrar respuesta al incremento multiplicador de la frecuencia con que empiezan a aparecer ambos padecimientos (APA, 2000a).

En los párrafos anteriores se describe cómo se ha ido perfilando el padecimiento a través de la historia, llegando a una mayor definición de cada uno de

los tipos de trastornos que han sido diferenciados, estableciéndose con mayor rigurosidad las semejanzas y diferencias entre los mismos (Halmi, 1992; Toro, 1996).

En esta búsqueda de las posibles hipótesis del origen del padecimiento, se observa desde la mirada histórica, a las “antecesoras” de esta enfermedad. La historia, según Halmi, se remonta a mujeres contemporáneamente denominadas “anoréxicas santas”, en quienes se intuye la manifestación de una protesta o de un reproche sutil a sus familias materialistas, a las que consternaba y angustiaba el extremo ascetismo de sus hijas (Halmi, 1992).

Tampoco faltan interpretaciones acerca de la poca disposición de estas “santas” a admitir las limitaciones convencionales de su rol de mujer, aspirando a algo superior, dentro de las imposiciones religiosas que no aceptaban la autonomía espiritual o la autoridad de las mujeres dentro de la Iglesia. El recelo del clero masculino era enorme frente a la radical abstinencia de aquellas mujeres, por lo que su rechazo a la comida, que parecía más ser una táctica, fue revestido de abnegación mística (Toro, 1996).

La anorexia nervosa, auto-inanición voluntaria extrema, también remite al ayuno, que en algunas culturas como la hindú forma parte de la tradición religiosa, aunque se encuentren ejemplos de conductas seculares, como el hombre que se atrincheró en la puerta de su deudor y allí permanece hasta que la deuda está saldada (Serrato, 2001). Otro fenómeno mencionado por algún autor, dedicado al estudio de los trastornos de alimentación, es de los “artistas del hambre” que en el siglo XIX practicaron un ejercicio extremo de autocontrol, que terminó siendo espectáculo público y que se llega a relacionar, según algunos lo hacen con la anorexia nervosa contemporánea, como una búsqueda de la perfección, mediante el dominio del apetito en una sociedad en la que la avaricia, la acumulación y el consumo empiezan a ser desenfrenados (Toro, 1996).

Si continuamos indagando en la historia de la inanición voluntaria, vienen a nuestra memoria las huelgas de hambre como un instrumento de protesta pública (Serrato, 2001). Como señala Toro, la primera descripción clínica de lo que hoy se denomina anorexia nervosa se atribuye al médico inglés Thomas Morton, en el siglo XVII, hacia 1689, en aquella época se consideraba ésta una enfermedad neurológica

como ya fue mencionado. Morton un religioso inconformista, habló en sus escritos de una enfermedad “debilitante”, de origen nervioso y describió sus principales síntomas: falta de apetito y pérdida de peso. Su primera paciente, una “hija del señor Duke”, de 18 años de edad, igual que las pacientes contemporáneas, se mostró sintónica con su padecimiento, rechazó la medicación y poco después murió de un desvanecimiento (Toro, 1996).

En el siglo XVIII, Laseguè habla de un “falso apetito imperioso”; Janet (1908) describe la alternancia de Anorexia y Bulimia y Freud, en 1925, se refiere a la bulimia sin mencionarla como tal, cuando describe los vómitos como defensa histérica contra la alimentación, lo que en la actualidad sería reconocido como vómito psicógeno. *“...nuestra paciente tiene sufrimientos de otra índole y en un terreno distinto. Es concertista de piano, pero sus dedos se le agarrotaron y le deniegan su servicio. Cuando se propone ir a una reunión social, al punto le sobreviene una necesidad natural cuya satisfacción sería incompatible con la sociabilidad. Por eso ha renunciado a concurrir a reuniones, bailes, al teatro, a conciertos. En las circunstancias más inoportunas es aquejada por dolores de cabeza y otras sensaciones dolorosas. Eventualmente vomitará toda comida lo que a la larga puede resultar peligroso. Por último es lamentable que no soporte las emociones, imposibles de evitar en la vida. Con ocasión de ellas sufre desmayos, a menudo con contracción muscular, que recuerdan ominosos estados patológicos”* (Freud, 1959).

De entonces en adelante no se la vuelve a mencionar hasta los años 70 del siglo XX, cuando se ubica la Bulimia en relación con la Anorexia mental (Pieck, 2007).

La anorexia nervosa prácticamente no es mencionada en los informes médicos, a pesar de la existencia de “muchachas ayunadoras” que llegaron a adquirir notoriedad pública en Inglaterra y en otros países de Europa (Toro, 1996).

La definición del término de anorexia nervosa como tal la hizo Sir William W. Gull hacia 1870, al hablar de una alteración de origen psicológico que afectaba especialmente a mujeres jóvenes observadas y tratadas en instituciones médicas y que presentaban determinadas características clínicas; sin embargo, dentro de las hipótesis psicológicas, destacan las de carácter psicoanalítico que tratan de ubicar el origen sexual del trastorno (Caparrós, 1997; Serrato, 2001).

Como propone Freud (1905) las personas que padecían anorexia nervosa, también podían ser vistas como “mujeres que se defendían contra las fantasías de fecundación oral o contra los impulsos promiscuos”, parecieran ser únicamente especulaciones psicoanalíticas tradicionales que tuvieron su importancia durante algunas décadas, pero a lo largo del tiempo, fueron descartadas poco a poco, perdiendo su importancia.

Sin embargo, no deja de ser interesante, observar estas hipótesis y apreciar la manera en que diversas conductas que tienen que ver con la inanición voluntaria sirven para expresar malestar, disgusto e inconformidad con el medio que las rodea, además de ser un instrumento para lograr atención y concesiones de diferente calificación, si se recurre a los antecedentes históricos, son innumerables las hipótesis, definiciones e interpretaciones que hoy encontramos de la anorexia nervosa. Quizá por ello, sea mejor atenernos a su definición clínica que establece como característica principal, la pérdida autoinducida de peso provocada por una preocupación patológica por la forma del propio cuerpo (Rausch & Bay, 2000; Serrato, 2001; Toro, 1996; Toro & Villardell, 1987).

Se consideraba que esta anorexia mental era un trastorno de origen “funcional” (como opuesto a físico u orgánico) y que la cuidadora primaria (la madre) tenía mucha influencia en la paciente y en la aparición del síntoma (Rava & Silver, 2004). Y obviamente no podemos dejar de lado la época de los años 30 en la que se consideró a la anorexia nervosa como un padecimiento de origen endocrino (Cervantes, Caballero, Ocampo, Unikel, & González-Macías, 2009).

Los trabajos de Hilde Bruch, revolucionaron la descripción del padecimiento, especialmente desde *The bird in the golden cage*, donde se hace hincapié en las relaciones familiares alteradas y la distorsión de la imagen corporal; los de Russell, quien logra llevar a cabo la integración de las hipótesis biológicas con las sociales y psicológicas, así como, los esfuerzos de Garfinkel y Garner, quienes han contribuido al establecimiento del modelo vigente de la anorexia nervosa, que es en el que se basan las clasificaciones diagnósticas actuales (Bruch, 1978; Cervantes, et al., 2009; Garfinkel & Garner, 1982; Russell, 1979; Toro, 1996) ya que muestran el avance notoriamente científico y observacional del padecimiento, el cual permite ahora proponer estrategias

de tratamiento más adecuadas mostrando un punto de vista más realista del trastorno.

1.3. El diagnóstico desde la mirada médica

El discurso médico define el diagnóstico del padecimiento entre semiología y nosología (Cervantes, et al., 2009), ya que ambas descripciones de la enfermedad nos permiten reconocer mejor el padecimiento y obtener información más detallada.

1.3.1. Semiología clínica

La semiología médica de los trastornos de la conducta alimentaria, incluye la búsqueda y el estudio de los diversos signos y síntomas que permiten identificar y clasificar dichas psicopatologías.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos en su cuarta edición revisada (DSM IV-TR), existen dos grandes grupos categóricos clasificados como trastornos alimentarios especificados: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (APA, 2000a), por otro lado este manual incluye un grupo de seis trastornos alimentarios no especificados dentro de los cuales se describen cuadros parciales de anorexia nervosa y de bulimia nervosa, además del trastorno por atracón (DSM-IV-TR, 2000).

Síntomas mentales

Alteraciones perceptuales

Alteración en la imagen corporal, la cual se define como el esquema o la representación mental que se tiene del propio cuerpo.

Diversos autores coinciden en que la imagen corporal se manifiesta en cuatro dimensiones: imagen corporal perceptual, imagen corporal cognoscitiva, imagen corporal emocional e imagen corporal conductual.

Clínicamente, las alteraciones resultantes de estas dimensiones son dos: la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción de la imagen corporal. La primera está relacionada con el grupo de la anorexia nervosa y la segunda con la bulimia nervosa, aunque no exclusivamente, ya que existen traslapes como en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados; pero sobre todo, cuando se

presenta distorsión, también se tiene en mayor o menor medida insatisfacción y viceversa.

Alteraciones conductuales

Las alteraciones conductuales son la expresión del padecimiento que permiten clasificar a los trastornos de la conducta alimentaria. Estas conductas se pueden encasillar en dos grupos: conductas compensatorias y las del control de los impulsos.

Conductas compensatorias

Son aquellas que el individuo lleva a cabo para contrarrestar los atracones objetivos, o incluso los subjetivos. Se dividen en conductas compensatorias purgativas y no purgativas.

Las conductas alimentarias compensatorias del tipo purgativo: tienen la finalidad de eliminar lo que ha sido recientemente ingerido, sea un atracón objetivo o subjetivo; usualmente se realizan de manera privada, o disfrazada, por lo que es difícil que los familiares las detecten. Ejemplos de éstas son; autoinducción del vómito, abuso de laxantes, de diuréticos, o de enemas.

Las conductas alimentarias compensatorias del tipo no purgativo: se llevan a cabo para eliminar lo que recientemente se ha ingerido, sea un atracón objetivo o subjetivo. La detección por parte de los familiares es más rápida. Se pueden combinar con las conductas compensatorias purgativas. Estas son la restricción y el ejercicio compulsivo.

Las conductas restrictivas: hacen referencia a la disminución en la cantidad o en la calidad de los alimentos o en la eliminación de éstos, dando paso a los ayunos, los cuales pueden ser prolongados y pueden durar más de doce horas. En estas conductas los pacientes hacen un esfuerzo permanente para saltarse comidas o para disminuir sus raciones, eliminando en lo posible los alimentos que consideran prohibidos.

El ejercicio compulsivo: consiste en una actividad física intensa, impostergable y prolongada, la cual es llevada a cabo aún en menoscabo del tiempo que la persona dedica a otras actividades como las escolares, las familiares o las de convivencia interpersonal. La persona busca cumplir con su rutina física programada a como dé lugar, incluso durante las horas en las que debería dormir, generalmente no admite interrupciones. El no lograr hacerlo de una manera satisfactoria genera un gran monto

de ansiedad relacionada con su imagen corporal o con los alimentos que ha ingerido previamente (APA, 2000b).

Alteraciones del control de los impulsos

Se caracterizan por la pérdida de control de alguna actividad generalmente relacionada con la conducta alimentaria; pueden ser atracones rituales, atesoramiento o rumiación.

Los *atracones objetivos*: consisten en la ingestión de una gran cantidad de alimentos en un lapso breve (menor a dos horas) y que se acompañan de la sensación de perder el control, o sea la incapacidad para detener esta conducta una vez que se ha iniciado.

Comúnmente los atracones incluyen alimentos de alto contenido calórico que además recompensan la apetencia de los pacientes, sobre todo cuando se han privado de éstos por periodos prolongados, como sucede en los ayunos. Los atracones habitualmente son precedidos de un monto creciente de ansiedad o de ayunos prolongados. Es necesario investigar el horario de presentación de los atracones objetivos, ya que si éstos son de predominio nocturno, se debe sospechar de una variedad denominada Trastorno del comedor nocturno (*Night Eating Disorder*).

Atracón subjetivo, durante el cual el individuo percibe perder el control al comer pequeñas cantidades de alimento. Por otro lado, existe otro tipo de comportamiento anormal que consiste en masticar y escupir los alimentos, denominado rumiación y que generalmente forma parte del trastorno alimentario no especificado del tipo 5 en el DSM IV-TR.

Algunas conductas de los trastornos alimentarios adquieren características rituales como la medición del peso corporal o de las proporciones físicas del individuo, que llega incluso a preocuparse por las salientes óseas naturales al ser confundidas con depósitos de grasa, como sucede frecuentemente en los casos de anorexia nervosa. El atesoramiento de productos comestibles y/o del vómito provocado son conductas que también pueden presentarse. El primero es realizado a partir de conservas o golosinas que la persona considera que puede necesitar en algún momento, pero que habitualmente consume. El segundo consiste en una práctica implícita de agresividad

contra el medio ambiente que rodea al individuo, lo cual afecta notablemente la dinámica familiar (APA, 2000b).

Alteraciones afectivas

Las manifestaciones mentales que forman parte de la emaciación en la anorexia nervosa bien pueden incluir todo un cortejo sintomático compatible con un trastorno depresivo (i.e. depresión mayor o distimia), tal y como se describen en el DSM IV-TR, con excepción de las ideas de muerte o suicidas.

Por ello es necesario descartar esta condición catabólica y sus síntomas mentales sobre el afecto y la cognición antes de indicar un tratamiento antidepresivo como la prescripción de algún fármaco, la psicoterapia o incluso el internamiento.

El internamiento se hace indispensable ante la presencia de ideas de muerte o suicidas en el momento de la evaluación, la identificación de un episodio depresivo previo al proceso de desnutrición y que el clínico juzgue que aún se encuentra activo, o que existan antecedentes de intentos suicidas a lo largo de la vida del sujeto como parte de un trastorno depresivo que pueda gestarse nuevamente.

En otras ocasiones se observan fluctuaciones anímicas importantes, un estado disfórico constante, o la sensación crónica de vacío existencial, las cuales pueden presentarse en cualquier diagnóstico alimentario con características compulsivas o purgativas, que a su vez puedan coexistir con un trastorno de personalidad relacionado con el control de los impulsos, donde se encuentra el trastorno límite de personalidad, el trastorno antisocial, el histriónico y el narcisista, descritos como dramáticos, emotivos e imprevisibles (Beck & Freeman, 1999).

Alteraciones cognoscitivas

La desnutrición afecta el desempeño de las funciones mentales superiores (atención, concentración, memoria, aprendizaje y el control de las emociones) sobre todo en los casos graves, lo cual es de tomar en cuenta durante la evaluación de estos pacientes.

Es necesario explorar la presencia de rituales mentales (como el conteo silencioso de las calorías ingeridas durante el día) y distinguirlos de un probable trastorno obsesivo-compulsivo comórbido, lo cual requerirá de la presencia de sintomatología en otras áreas diferentes a la alimentaria (APA, 2000c). Ocasionalmente se pueden manifestar ideas sobrevaloradas que incluso pueden rayar en lo delirante (e.g. percibir que

engordan cuando tocan algún utensilio de cocina que ha sido utilizado para cocinar o comer algún alimento “prohibido” o la casi certeza de que al entrar en contacto con una cocina podría subirles de peso).

Es frecuente observar una estructura rígida de pensamiento, la cual habitualmente existe desde antes del inicio del trastorno de alimentación. Esta característica disminuye la capacidad adaptativa de la persona a los cambios del entorno, la cual parece empeorar durante el proceso catabólico de la desnutrición, dificultando el abordaje terapéutico. Garner y Bemis (1982) destacan que el pensamiento se vuelve egocéntrico, concreto y dicotómico, en donde no hay cabida para los puntos intermedios. Así se torna difícil para la persona regular su ingestión de comida o su actividad física sin caer en extremos.

Todos los pacientes con anorexia nervosa coinciden en que la delgadez deviene fundamental para su sensación de bienestar, su autoestima comienza a ser regulada por un sistema de valores que tienen como eje central el peso. Hay un refuerzo positivo en la pérdida de peso exitosa y en la evitación del incremento del mismo, así como la evitación de las comidas perpetúa el retraimiento social y así se mantiene el ciclo de la conducta alterada, reforzándose en sí mismo (Garner & Bemis, 1982).

Frecuentemente las ideas de este tipo de pacientes entorno al padecimiento, tienen características obsesivas por su persistencia y la dificultad con el control, sin tener las características de egodistonia de las ideas del trastorno obsesivo-compulsivo (APA, 2000c).

Signos y síntomas físicos

Desnutrición

La desnutrición es un estado patológico caracterizado por la falta del aporte adecuado de energía o de nutrientes acordes con las necesidades biológicas del organismo, que produce un estado catabólico, sistémico y potencialmente reversible.

La manera más común e inmediata de evaluar el estado nutricional de un paciente es por medio del índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC), el cual nos permite estimar de manera individualizada el estado nutricional a través de la estatura y el peso de la persona. Es un indicador resultante de la división aritmética del peso (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros): $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2 =$

kg/m². Este índice es válido en personas que han alcanzado ya su crecimiento máximo (adultos).

La clasificación internacional del estado nutricional de acuerdo con el IMC de la Organización Mundial de la Salud es de 17.5 hacia abajo, desnutrición y grado I, II y III, de 17.5 a 19.9 es mala nutrición, y de 20 a 25 es un peso normal de 25.1 a 29.9 es sobrepeso y pasando del IMC de 30 es obesidad de grado I, II y III.

Para niños y adolescentes existe la curva percentilar, la cual indica la posición relativa del IMC del niño o del adolescente con respecto a otros niños o adolescentes de su mismo sexo y edad. La tabla percentilar muestra las categorías ponderales utilizadas (peso bajo, peso saludable, sobrepeso y obesidad). Para considerar el diagnóstico de anorexia nervosa para un adulto se requiere un índice de masa menor a 17.5 el cual es indicativo de peso bajo y en los adolescentes se considera peso bajo a partir del percentil 5^o (APA, 2000c; Casas, Hidalgo, & Ortega, 2004; Cervantes, et al., 2009).

Estigmas físicos

En los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en especial aquellos con desnutrición, se encuentra además piel y uñas opacas y quebradizas, palidez de la piel y pigmentación anaranjada (cuando hay un exceso en el consumo de alimentos ricos en carotenos), lanugo en la cara posterior de las extremidades superiores o del tronco, hipotermia (intolerancia al frío), bradicardia, y ocasionalmente, edema blando no doloroso, acentuado en extremidades inferiores y acentuado por pacientes que prefieren mantenerse de pie mientras están despiertos con el objetivo de perder calorías (Cervantes, et al., 2009).

Cuando hay hipoproteinemia, el cuadro clínico del paciente puede empeorar. Se puede presentar una callosidad en la región sacra en pacientes que practican ejercicio compulsivo por el roce frecuente contra una superficie dura al practicar abdominales (APA, 2000b).

Las alteraciones menstruales son parte de la expresión física de la desnutrición y consecuencia de la desregulación hormonal por la misma causa. Dichas alteraciones deben ser evaluadas en cualquier trastorno alimentario que afecte a una mujer, interrogando sobre su historia menstrual anterior y posterior al inicio de dicha patología. Incluso puede ser de ayuda obtener la historia menstrual de la madre y de

las hermanas si esto es posible, lo cual es útil para evaluar comparativamente los retardos de la menarquía de las pacientes muy jóvenes. Si la menarquía ya se ha presentado, es frecuente que informen retrasos menstruales, opsomenorrea, oligomenorrea, hipomenorrea o reglas interrumpidas por lapsos de uno a varios días (APA, 2000b). Naturalmente, la amenorrea que se presenta en la anorexia nervosa, definida en el DSM IV-TR como la pérdida de tres o más ciclos menstruales, puede ser precedida por estas alteraciones y es un síntoma hasta ahora cardinal en el diagnóstico de este trastorno.

En la anorexia nervosa compulsivo purgativa, se puede llegar a observar el signo de Russell, el cual se trata de una hiperpigmentación o cicatrización en el dorso de la mano dominante, usualmente a nivel de los nudillos o falanges, originada por el roce de los dientes incisivos superiores y la acides del vómito repetido (Russell, 1979).

El desgaste del esmalte dental, observado en los pacientes que se provocan el vómito, característicamente en la parte interna de los incisivos superiores, manifestado por dolor con el contacto de alimentos líquidos o sólidos fríos o calientes, y puede estar acompañada de gingivitis. La hipertrofia parotídea, que es el crecimiento de dichas glándulas salivales, generalmente de manera bilateral, usualmente no doloroso a la palpación, que también se presenta en pacientes que se inducen el vómito (APA, 2000c).

1.3.2. Nosología

La nosología es el área de la ciencia médica que se encarga de la clasificación de las enfermedades.

La nosología de los trastornos de la conducta alimentaria tiene dos grandes referentes, el DSM, siglas en inglés para: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) perteneciente a la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), y la CIE, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (DSM-IV-TR, 2000; OMS, 2000).

Ambas clasificaciones están orientadas al consenso diagnóstico, multidisciplinario y transcultural de estas psicopatologías y tienen un enfoque clínico que nos permite

dirigir la investigación a los aspectos diagnósticos, etiológicos, pronósticos y de tratamiento, marcando criterios categóricos, nomotéticos, politéticos, y fenomenológicos (A.P.A., 2000; OMS, 2000).

El DSM en su última versión (IV-R) presenta tres grandes categorías dentro de un solo grupo de trastornos de la conducta alimentaria: La anorexia nervosa, la bulimia nervosa y los trastornos alimentarios no especificados, a continuación se presenta una síntesis de estos criterios diagnósticos:

Anorexia nervosa

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, 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 periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, aún estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo: ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo

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

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (APA, 2000a).

Bulimia nervosa

- A. Atracones
- B. Conductas compensatorias, purgativas inapropiadas.
- C. A y B se presentan más de dos veces a la semana por más de tres meses.
- D. La autoevaluación está influenciada por el peso y la figura.
- E. No se cumplen los criterios de anorexia nervosa.

Especificar tipo:

Bulimia nervosa compulsivo purgativa: empleo predominante de conductas alimentarias purgativas.

Bulimia nervosa no purgativa: empleo predominante de conductas compensatorias (ejercicio, ayuno, etc.)

Trastornos alimentarios no especificados (TANE)

TANE uno: criterios de anorexia nervosa sin amenorrea.

TANE dos: criterios de anorexia nervosa sin pérdida de peso menos de 85% (índice de masa corporal: mayor a 17.5).

TANE tres: criterios de bulimia nervosa sin cumplir criterio de tiempo o de frecuencia (más de dos veces a la semana por más de tres meses).

TANE cuatro: conductas purgativas en la bulimia nervosa sin atracones verdaderos (subjetivos).

TANE cinco: conductas de rumiación frecuentes sin criterios de anorexia nervosa ni de bulimia nervosa.

TANE seis: frecuentes atracones sin conductas compensatorias, restrictivas, ni purgativas.

Hacia el DSM -V

En el estudio longitudinal llevado a cabo durante siete años, concluido en el 2008, se observó que los subtipos de anorexia nervosa propuestos en el DSM-IV-R en la mayoría de los casos, se llevaba a cabo un entrecruzamiento diagnóstico, ya que en más de la mitad de los casos observados se produjo un cambio diagnóstico a lo largo del tiempo, entre el subtipo restrictivo y el compulsivo purgativo y en un tercio de la población se observó un viraje hacia la bulimia nervosa, aunque ocasionalmente, llegaban a tener recaídas en la anorexia nervosa, sin embargo, se observó también una baja

probabilidad de que las pacientes que presentaban bulimia nervosa viraran hacia la anorexia nervosa de tipo compulsivo purgativa (Eddy, Dorer, Franko, & Tahilani, 2008).

Uno de los temas relevantes, en la revisión de la literatura, observados por el grupo de trabajo formado para las propuestas diagnósticas del DSM 5, fue la cantidad de casos que caían en trastornos alimentarios no especificados (TANE) que no cumplían con ninguno de los criterios diagnósticos completos para anorexia nervosa o bulimia nervosa, y otros síntomas diagnósticos que quedaban fuera era la conducta del comer nocturno y el trastorno purgativo, así como la obesidad, lo que ha creado una gran controversia, ya que es difícil reconocerlo como síndrome psiquiátrico o metabólico únicamente. También se cuestionan la existencia de criterios específicos como la presencia de amenorrea en las pacientes con anorexia nervosa y el promedio de la frecuencia de atracones para la bulimia nervosa, considerando también importantes los fenómenos culturales que pueden influir para delimitar el diagnóstico, como mencionan Eddy y sus colaboradores, así como la necesidad de validar los subtipos de la anorexia nervosa, y considerar más el curso y la evolución del padecimiento (Eddy, et al., 2008; Walsh, 2009).

Otra de las propuestas en el DSM 5 es que la palabra “rehúsan” a tener el peso adecuado, tendría una connotación cognoscitiva y social que sería dependiente de la cultura del sujeto y la recomendación para el futuro manual es proponer el criterio adecuado para la cultura, para la edad y el sexo, especificando el lugar en donde fue dado el diagnóstico (Becker, Eddy, & Perloe, 2009).

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)

De acuerdo con los criterios diagnósticos de la CIE-10, los trastornos de la conducta alimentaria no se encuentran solos; aparecen en el grupo de los Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos, compartiendo este grupo con los trastornos del sueño y los trastornos de la sexualidad.

A continuación se presenta una síntesis de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo a los criterios de la CIE-10:

Anorexia nervosa

- A. pérdida de peso por debajo de 85% (IMC < 17.5) de lo esperado para la edad y sexo.
- B. Esta pérdida de peso es autoinducida.
- C. Distorsión de la imagen corporal
- D. Repercusión en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (amenorrea)
- E. No hay bulimia nervosa.

Anorexia nervosa atípica

Cumple con algunas de las características del trastorno, pero su cuadro clínico completo no justifica ese trastorno.

Bulimia nervosa

- A. Episodios repetidos de sobre ingesta en corto periodo (atracones).
- B. Preocupación constante por la comida o una fuerte ansia por comer.
- C. Conductas alimentarias con la intención de perder peso.
- D. Autopercepción de obesidad con pavor a la obesidad.

Bulimia nervosa atípica

Cumplen con alguna de las características del trastorno, pero su cuadro clínico completo no justifica este trastorno.

También en esta clasificación se incluyen los denominados: hiperfagia asociada a trastornos psicógenos, donde cabe la obesidad; vómitos asociados a otros trastornos psicológicos, como los vómitos sin especificación y otros trastornos de la conducta alimentaria, como la pica en adultos y la pérdida de apetito psicógena (OMS, 2000).

1.4. Etiopatogenia

La etiología es el estudio de las causas de las enfermedades. En el caso de los trastornos mentales no se conoce una etiología precisa pues no se han podido establecer claramente las causas directas de su origen. A pesar de ello, se sabe que existen factores de riesgo biológico, psicológico y sociocultural e incluso esta división es arbitraria pues estos tres aspectos están integrados en el fenómeno humano (Cervantes, et al., 2009).

Como ya fue mencionado, a partir de 1940 resurgieron las teorías de causalidad psicológica, influenciadas por los conceptos psicoanalíticos (Toro, 1996) y en los últimos cuarenta años, la anorexia nervosa ha adquirido una entidad propia y diferenciada con ramificaciones biológicas y psicológicas. La contribución de mayor influencia, desde el punto de vista de la psicología individual surge de los escritos de Bruch que abarcaron más de tres décadas. Ella destaca el trastorno de la imagen corporal y el defecto en la interpretación de los estímulos sensoriales y psicocorporales como son las sensaciones de hambre y saciedad, así como el malestar generado por la mala nutrición o la desnutrición. También describe en las pacientes una “sensación paralizante de ineficacia” atribuible al fracaso del padre y de la madre en favorecer el reconocimiento de las emociones y la expresión del sí mismo (Bruch, 1973). Así como la falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a colmar las altas expectativas de sus padres lo que les dificulta el desarrollo hacia la madurez (Skarderud, 2009).

Por su parte Minuchin y sus colaboradores, reportan que un cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Según sus observaciones, los miembros de estas familias están atrapados en patrones de interacción, en los cuales los síntomas de la hija con anorexia nervosa desempeñan un rol central en la evitación del conflicto que subyace y en el mantenimiento de una cierta homeostasis familiar (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

El disertar sobre el origen de estos trastornos requiere considerar una serie de elementos que de alguna manera parecen interactuar entre sí y que seguramente tienen cada uno un peso específico dentro de cada caso en particular (Caballero, González-Macías, Margain, & Ocampo, 2005).

1.4.1. Componentes de riesgo

Se tienen identificados, desde la perspectiva médica elementos que pueden elevar el riesgo de que una persona desarrolle una patología en su conducta alimentaria: la menarquía temprana; haber padecido sobrepeso u obesidad durante la infancia; las burlas respecto al cuerpo de parte de hermanos o compañeros de la escuela; los comentarios adversos concernientes a la forma de comer o al cuerpo provenientes de

los padres y hacer dietas restrictivas, el comer solo también ha sido señalado como un factor, así como, el hacer menos de cinco comidas al día (Martinez-González, Gual, Lahortiga, & Alonso, 2003; Neumark-Sztainer, Eisenberg, Fulkerson, Story, & Larson, 2008). Las investigaciones que se han ocupado de esta área han obtenido resultados diversos y controvertidos.

Un estudio prospectivo que incluyó 1103 adolescentes con seguimiento a lo largo de tres años, detectó que la preocupación por un cuerpo delgado y la presión social, son factores de riesgo importantes en el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes (Jacobi, 2005; Rausch & Bay, 2000).

De acuerdo con el estudio de Betancourt y su equipo, pareciera ser que la anorexia nervosa suele aparecer alrededor de la pubertad o durante la adolescencia temprana, debido a que es una época fundamental en la vivencia de una corporalidad cambiante, en la cual se enmarcan funciones de extrema importancia como la definición del rol sexual y el ejercicio de una vida sexual activa (Betancourt, Rodriguez, & Gempeler, 1997).

Rome y sus colaboradores señalan que se debe tomar en cuenta, en la historia familiar, la existencia de trastornos de la alimentación y antecedentes de obesidad; enfermedades afectivas o abuso de alcohol en familiares de primer grado; características de perfeccionismo en la personalidad, baja autoestima y falta de satisfacción con la imagen corporal; historia de dietas excesivas, con omisión frecuente de comidas y la existencia de conductas de ejercicio compulsivo o el desempeño de algunas actividades de alta exigencia con la figura corporal y la apariencia física, como el ballet, la gimnasia o el modelaje que representan grupos de riesgo para los trastornos de la alimentación (Rome, Amuerman, Rosen, Mammel, & O'Toole, 2003) .

También pueden existir conductas anormales relacionadas con la comida durante los primeros cinco años de vida, entre las cuales se han descrito, la pica, la rumiación y la intolerancia a los cambios en las texturas de los alimentos, los colores o nuevos sabores después del segundo año de vida. Dichas alteraciones con frecuencia interfieren en las funciones de nutrición y pueden estar acompañados de bajo peso y talla para la edad, además de ser posibles factores de riesgo temprano de futuros trastornos del comportamiento alimentario (Rome, et al., 2003).

1.4.2. Causas Biológicas

Se hace referencia a aquellas causas biológicas, inmediatas y verificables físicamente que se asocian con el origen de un trastorno de la conducta alimentaria.

En este sentido, Cervantes y colaboradores hacen dos aclaraciones; primero las causas biológicas no están desvinculadas del entorno ni de la psique del individuo; y segundo, el encontrar una relación biológica no necesariamente es sinónimo de causalidad o que este fenómeno sea el inicial, en esta área, se han estudiado varios aspectos entre los que destacan: los sistemas de neurotransmisión, los neuroendocrinos, las áreas cerebrales relacionadas con la modulación del apetito y la obesidad entre otros (Cervantes, et al., 2009).

El descubrimiento del centro del apetito en el hipotálamo aportó un incentivo para la explicación biológica de los trastornos de alimentación en la década de 1970; posteriormente se observó que la mayoría de las pocas anomalías hipotalámicas encontradas en las pacientes con anorexia nervosa eran secundarias a la desnutrición más que primarias. Más adelante, los informes de casos con anomalías fisiológicas o médicas dieron nuevamente sustento al componente biológico; actualmente son numerosos los informes de casos con anomalías médicas como posible causa del trastorno de alimentación (Polivy & Herman, 2002; Ward, Tiller, Treasure, & Russell, 2000).

Uno de los campos que últimamente han aportado información interesante, es el de la genética de los trastornos de alimentación. Los estudios familiares han mostrado repetidamente que los parientes de probandos con anorexia nervosa tienen mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria al compararlos con familiares de sujetos control (Hudson, Pope, Jonas, & Yurgelun-Todd, 1983; Lilenfeld, et al., 1998; Strober, Morrell, Burroughs, Salkin, & Jacobs, 1985).

La conducta alimentaria está regida en el humano por dos sistemas independientes: el homeostático y el hedónico. El sistema homeostático es el encargado de unir la señal somática con el sistema nervioso autónoma y la ingesta de alimento (Treasure, 2007; Ward, et al., 2000). El hipotálamo es la región coordinadora de este sistema, actuando como un centro dual de la saciedad y del apetito. En los pacientes con anorexia nervosa se han encontrado alteraciones en múltiples sustancias

como la leptina, corticotropina, neuropéptido Y, colecistoquininas, beta endorfinas y polipéptidos pancreáticos; estas sustancias son reguladoras de la conducta alimentaria tanto a la baja como a la alta, por lo que se propone una desregulación como consecuencia de la desnutrición (Inul, 2001). Dichas alteraciones a su vez, se encuentran relacionadas con trastornos en el estado de ánimo, alteraciones cognitivas y trastornos de ansiedad (Godart, Perdereau, Rein, Berthoz, & Wallier, 2007). Estas alteraciones en parte pueden estar relacionadas con la alta apetencia a los carbohidratos y la subsecuente conducta del atracón (Steiger & Bruce, 2007).

Por su parte, el sistema hedónico tiene la doble función motivacional y placentera asociada con la conducta alimentaria; este sistema tiene dos componentes, el anticipatorio y el consumatorio. El componente anticipatorio es el responsable del deseo o la apetencia hacia los alimentos e involucra vías dopaminérgicas (Volkow, Wang, Maynard, Fowler, & Zhu, 2003); mientras el componente consumatorio es el que involucra el sistema de los cannabinoides y los opiáceos (Finlayson, King, & Blundell, 2008).

Neurotransmisores en los trastornos de la conducta alimentaria

La serotonina es un neurotransmisor asociado con el estado de ánimo, el control de los impulsos, la ingestión de alimentos, la ansiedad y los síntomas obsesivo compulsivos; existen evidencias de que los pacientes con anorexia nervosa tienen una disminución de ácido 5-hidroxiindolacético, el cual es el principal metabolito de la serotonina, y al contrario dicho metabolito se ve incrementado en los sujetos que se recuperan (Kaye, Frank, Bailer, & Henry, 2005).

Existen al menos catorce receptores para serotonina, de los cuales se ha informado hiperactividad del 5HT-1A y disminución del 5-HT2A en los trastornos de la conducta alimentaria (Galusca, Costes, Zito, Peyron, & Bossu, 2008; Tiihonen, Kesky-Rahkonen, Lopponen, Muhonen, & Kajander, 2004). Las disfunciones serotoninérgicas han sido vinculadas con el comer compulsivo, fenómeno denominado clínicamente como atracón y que es un síntoma primordial en la anorexia nervosa compulsivo purgativa, en la bulimia nervosa purgativa y en el trastorno por atracón (Steiger & Bruce, 2007).

La disfunción dopaminérgica, sobre todo en los circuitos estriatales, contribuye a alteraciones conductuales de recompensa, afectivas, en la toma de decisiones, en el control ejecutivo y en los movimientos estereotipados. Los niveles de metabolitos de dopamina en la anorexia nervosa se encuentran disminuidos incluso después de la remisión (Kaye, Frank, & McConaha, 1999). Las pacientes que se han recuperado de la anorexia nervosa muestran una mayor densidad de D2/D3 en el estriado ventral que aquellas que no (Frank, Bailer, Henry, Drevets, & Meltzer, 2005). Se ha mencionado también que el balance de dopamina-serotonina se encuentra alterado en la anorexia nervosa, lo cual es una de las causas de la buena respuesta terapéutica observada en este padecimiento con el tratamiento de antipsicóticos atípicos como la olanzapina (Bissada, Tasca, Barber, & Bradwejn, 2008).

También han sido estudiadas las anormalidades endocrinológicas en los trastornos de la conducta alimentaria y se han encontrado disfunciones en diversos circuitos, a manera de ejemplo el modelo de diátesis estrés y su asociación con los procesos psicopatológicos, en el cual se observa que el eje hipotálamo-pituitario adrenal y su relación con el estrés sostenido, se vincula al inicio de estas psicopatologías y a su mantenimiento, como lo demuestran diversas evidencias tanto en la anorexia nervosa como en la bulimia nervosa y el trastorno por atracón (Lo Sauro, Ravaldi, Cabras, Faravelli, & Ricca, 2008).

Neuroimagen en los trastornos de la conducta alimentaria

Los estudios de imagen han aportado métodos no invasivos de exploración del sistema nervioso central, tanto morfológicamente como funcionalmente.

En ambos análisis, se han informado anormalidades en los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Los informes de casos de anormalidades, son más frecuentes en la anorexia nervosa, que en la bulimia nervosa, morfológicamente, el hallazgo más común en la anorexia nervosa es la disminución de volumen cerebral, a expensas sobre todo de la sustancia gris, que se relaciona directamente con el grado de desnutrición y el tiempo de evolución del padecimiento y se evidencia en los estudios de imagen cerebral como un alargamiento de los ventrículos laterales y prominencia de los giros y surcos cerebrales, además de que se ha informado sobre la disminución de la corteza cerebral (Van den Eynde & Treasure, 2009).

Otras anomalías encontradas en la anorexia nervosa son las de la región frontal derecha donde se han observado astrocitomas, malformaciones venosas y disfunciones epileptiformes. Estos hallazgos tienen plausibilidad biológica por la estrecha relación de esta zona con el sistema límbico (Trummer, Eustaccio, Unger, Tillich, & Flaschka, 2002).

Los estudios funcionales en los trastornos de la conducta alimentaria aportan datos para la integración de sistemas que pudiesen estar asociados con el cuadro clínico. La información del exterior, en este caso relacionada con la comida, tiene una evaluación negativa por parte de las pacientes con anorexia nervosa, esto se evidencia con la hiperactividad de la amígdala ante la exposición de los estímulos de comida y ante estímulos que evocan su cuerpo (Uher, Murphy, Friederich, Dalglish, & Brammer, 2005). Esta evaluación negativa del alimento ejerce la acción de la corteza orbitofrontal y el cíngulo anterior, lo que genera una sensación de displacer ante el alimento vía la ínsula anterior (Kaye, Fudge, & Paulus, 2009).

El asociar una región específica con la anorexia nervosa es complicado; pero de alguna manera la integración de los hallazgos en neuroimagen funcional y en neuropsicología concuerda en relacionar la corteza insular con las manifestaciones clínicas de la anorexia nervosa. Esta región se encarga de vincular diversas funciones de otras regiones cerebrales de importancia como lo son los circuitos corticales que constituyen la imagen corporal (orbitofrontales - somatosensoriales y parietales), así como los circuitos subcorticales que constituyen el componente afectivo y vegetativo (amígdala, hipotálamo, hipocampo, tálamo y estriado) (Nunn, Frampton, Gordon, & Lask, 2008).

Muchas de las alteraciones en la anorexia nervosa, como no identificar los síntomas de la desnutrición, la distorsión en la imagen corporal y la disminución de la motivación al cambio, son alteraciones en la conciencia interoceptiva que pueden de alguna manera estar vinculadas con la ínsula anterior como zona reguladora de estos procesos (Kaye, 2009).

Aún falta mucho para el conocimiento exacto de los procesos fisiopatológicos inmersos en los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, los avances en la

fisiología han presentado las bases para entender desde una perspectiva biológica estos trastornos (A.P.A., 2000; OMS, 2000).

1.4.3. Causas psicológicas

Como ya ha sido mencionado anteriormente los pacientes con anorexia nervosa presentan comúnmente, una severa distorsión de la imagen corporal, disturbios interoceptivos y un cuadro de distimia. El afecto es totalmente restrictivo y presentan una mínima capacidad de *insight*, relacionada con la severa desnutrición, además de una preocupación excesiva por la comida, el peso, y la figura, conjuntamente, se muestran egosintónicos con su padecimiento (Hersovici, 1987).

La comorbilidad psicopatológica más frecuente es la depresión mayor y los trastornos de ansiedad, así como la prevalencia del abuso de sustancias. En este campo las investigaciones han asociado ciertos rasgos de personalidad con cada uno de los trastornos de alimentación específicos (Bulick, Sullivan, Weltzin, & Kaye, 1995; Casper, 1990; Díaz, Carrasco, Prieto, & Saiz, 1999; González-Macías, Unikel, Cruz, & Caballero, 2003). De esta forma, la anorexia nervosa ha sido relacionado con el perfeccionismo, la rigidez, conductas obsesivas, inseguridad interpersonal, baja tolerancia a los afectos negativos, control de los impulsos, incremento en las expectativas, y una sensación aumentada de culpa y responsabilidad (Yager & Powers, 2007). En los pacientes que presentan síntomas de atracón y purga, se pueden observar conductas impulsivas y autolesiones (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000), frecuentemente presentan también experiencias conflictivas alrededor de las tareas emocionales y la madurez sexual, así como dificultades en el proceso de separación-individuación (Hersovici, 1987) .

En la literatura especializada se reconoce que, actualmente, la forma de diagnosticar los trastornos de la personalidad es categórica y heterogénea, por lo que es recomendable estudiar la personalidad desde un enfoque dimensional. Esto viene bien cuando se ponderan los diversos fenómenos psicológicos concomitantes observados en los diferentes trastornos de la conducta alimentaria (Cloninger, 1987).

La relación entre la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria bien podrían considerarse como una interacción compleja. Del mismo modo, la

asociación de síndromes en estas dos áreas deja entrever un continuo psicopatológico. Baste mencionar que los estudios empíricos de la anorexia nervosa compulsivo purgativa sugieren que los estilos de personalidad de estas pacientes se parecen más a los que despliegan individuos con bulimia nervosa que a pacientes con anorexia nervosa del tipo restrictivo (Garner, Garfinkel, & O`Shaughnessy, 1985).

1.4.4. Causas psicosociales

El curso de la anorexia nervosa es muy variado. Aún no se comprenden con precisión que factores contribuyen a que un paciente se recupere completamente y otro se convierta en crónico.

Los cambios psicológicos y de personalidad atribuibles a la desnutrición de acuerdo con un estudio de Keys y sus colaboradores realizado en la Universidad de Minnesota (Keys & Brozek, 1950) son: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, labilidad emocional, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas. También presentan conductas como acaparar comida, perturbaciones del sueño y una pérdida de interés sexual. Las características propias de la anorexia nervosa, que permanecen una vez recuperadas de la desnutrición, son: el intenso temor respecto de la comida y al aumento de peso, la hiperactividad, la distorsión de la imagen corporal y la capacidad para controlar el hambre y desde el punto de vista de la cronicidad, algunos de los efectos más serios de la inanición son aquellos vinculados con el funcionamiento social e interpersonal (Méndez, Vázquez-Velázquez, & García García, 2008).

El aislamiento social y la marcada reducción de los intereses hacen que con el tiempo las amistades se alejen cada vez más. Si persisten estos síntomas, producen serios déficit, particularmente en la autoestima, que con frecuencia será abordada por el anoréxico por medio de intentos de autocontrol a través de la dieta. Este ciclo de autoperpetuación tiene como punto de partida la inanición (Hersovici, 1987).

1.4.5. Elementos Socioculturales

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en todas las sociedades, mas su prevalencia es distinta en cada cultura. Existen situaciones culturales que predominan

y facilitan que se presenten con mayor frecuencia en las sociedades denominados occidentales, estos principios incluyen acceso a los alimentos, conceptos estéticos, costumbres y valores que establecen el comportamiento de sus integrantes. A pesar de que los elementos socioculturales son determinantes en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, son múltiples y en ocasiones difíciles de separar para evaluar su influencia.

Sin embargo, uno de ellos es la disposición de alimentos (Polivy & Herman, 2002). Así en las sociedades donde hay exceso de calorías en la alimentación, a consecuencia de la llamada “cultura de la abundancia” hay una mayor predisposición a padecer los trastornos de la conducta alimentaria (Martinez-González, et al., 2003).

Otro componente determinante es el ideal estético de la figura corporal, que se refiere al concepto común de belleza física y aunque éste varíe en cada sociedad y en cada época, el concepto occidental de belleza ha predominado hasta ahora (Eco & McEwen, 2004). Aunque es complejo establecer los elementos que intervienen en el ideal de belleza, el concepto actual está en gran medida influenciado por la denominada “belleza de consumo”, que es el ideal estético, al cual los medios recurren para hacer efectiva la publicidad (Borzekowski & Bayer, 2005; Eco & McEwen, 2004).

El que se considere a la obesidad como un estado indeseable esta en gran medida influenciado por los medios de comunicación, ya que estos contribuyen a la determinación de las tendencias a seguir en los adolescentes. Así los medios de comunicación generan una influencia en los jóvenes para la búsqueda del ideal estético, que está afín con muchos otros productos de consumo necesarios para mantener un físico demasiado delgado que en ocasiones es inalcanzable; de este modo se puede observar una relación directa entre el tiempo de exposición a los medios y la insatisfacción corporal y subsecuentemente con mayor riesgo de padecer un trastorno de alimentación (Hogan & Strasburger, 2008).

También la lectura de revistas y el escuchar programas de radio enfocados a adolescentes se asocia con una mayor susceptibilidad a padecer un trastorno de alimentación (Martinez-González, et al., 2003).

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen en común la preocupación por el incremento de peso y el miedo a la obesidad (Brown & Konner, 1987). Desde una

perspectiva antropológica, la obesidad se asocia con estados culturales y evolutivos. La obesidad es vista como parte del dimorfismo sexual, del nivel socioeconómico y como una consecuencia de la modernización; de este modo, la obesidad también se asocia con estados de salud y reproductivos. Sin embargo, el concepto de obesidad depende de circunstancias difíciles de definir y de homologar. En la actualidad en las culturas occidentales el sobrepeso y la obesidad son calificados como estados no deseables y antiestéticos (Stice, 1998).

Algunos autores sostienen que aún mayor que la influencia que generan los medios de comunicación, lo es la familia y el grupo de pares. Ya que la familia de origen constituye el núcleo inicial del desarrollo y es donde se aprende una serie de conceptos y valores que normarán el proceder de los individuos que en ella se han desarrollado; esto sin dejar de considerar la importancia de la similitud biológica que implica la propia consanguinidad (Bruch, 1982; A. Espina, Pumar, B.,García, E., Santos, A., Ayerbe, A., 1995; Mahler, 1987; Martínez-González, et al., 2003). Ejemplos de la importancia de la familia en la adquisición de un trastorno de la conducta alimentaria son el que las familias en las que los padres no están casados tiene un mayor riesgo, cuanto más se percibe un padre como autoritario más se asocia con una motivación hacia la delgadez y con la insatisfacción corporal (Stice, 1998).

Los comentarios de los padres sobre la apariencia física tienen una influencia directa sobre la satisfacción corporal; así, como los comentarios negativos influyen de una manera negativa en el auto concepto y la autoestima; aunque se ha observado que en las mujeres esto puede depender también de otros factores. Otra manera de evidenciar la influencia de la familia en los trastornos de alimentación, lo es su participación en la recuperación de los mismos; así, las relaciones parentales adaptativas se asocian con una mayor motivación al cambio durante el tratamiento del trastorno (Martínez-González, et al., 2003; Rodgers, Paxton, & Chabrol, 2009; Stice, 1998).

A manera de conclusión, independientemente de la relación y el peso que se le dé a cada uno de estos elementos, existe cierto consenso en señalar como determinantes: los medios de comunicación, el núcleo familiar y el grupo de pares (Rodgers, et al., 2009).

1.4.6. La Anorexia Nervosa y su multideterminación.

Un modelo que intenta integrar de una manera coherente la multifactorialidad referida asociada a los trastornos de la conducta de alimentación, es el denominado modelo de influencia tripartita, de la imagen corporal y los trastornos de alimentación (Caballero, et al., 2005). Este modelo fue desarrollado por Thompson e involucra elementos determinantes ya mencionados: la familia, los compañeros y los medios de comunicación, como las causas sociales de un subsecuente trastorno de la conducta alimentaria; según este modelo, antes de expresarse en un trastorno de alimentación producirán la expresión cognoscitiva y afectiva de su impacto que es la insatisfacción con la imagen corporal (Thompson, 1991).

Thompson trata de explicar mediante la teoría de Festinger y la disonancia cognoscitiva la cual se relaciona con dos procesos cognoscitivos: internalización y comparación. El primero se refiere a todos aquellos movimientos no necesariamente verbales que se integran en el concepto de imagen corporal y luego en el propio concepto; mientras que el proceso de comparación hace mención a las experiencias que llevan al individuo a situarse en un determinado concepto corporal al compararse con los demás. Según este modelo, la insatisfacción en la imagen corporal es el resultado de un concepto propio negativo cuando lo internalizado se compara con los demás, en un entorno donde los compañeros, los medios y la familia lo fomentaron. Lo que lleva así a un trastorno de la conducta alimentaria. Este modelo ha sido replicado en diversas culturas como las orientales y es uno de los más completos para explicar la influencia sociocultural en el desarrollo de un trastorno de alimentación (Caballero, et al., 2005).

1.5. Estudios epidemiológicos

La investigación epidemiológica en los trastornos de la conducta alimentaria es limitada, especialmente con respecto a la prevalencia en la adolescencia, derivado en parte de las dificultades de las imprecisiones metodológicas utilizadas para su evaluación, así como al cambio en la nosología psiquiátrica que se ha presentado en las últimas décadas.

Los estudios epidemiológicos que han analizado un número importante de individuos se han generado principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y en Europa. La prevalencia de la anorexia nervosa oscila entre el 0.2% y el 0.5% (Hsu, 1996). La incidencia anual de la anorexia nervosa varía de 14.1/100,000 en mujeres de 10 a 24 años de edad (Pasberg & Wang, 1994) a 43/100,000 en mujeres entre los 16 a los 24 años de edad (Cullberg & Engström-Lindberg, 1988).

En otro estudio sobre prevalencia del trastorno en mujeres de 25 a 45 años se observó que el control de peso está relacionado con actitudes negativas hacia el peso, la figura y la autoestima (Reba-Harrelson, Von Holle, Hamer, Swann, & Bulick, 2009).

La proporción de incidencia por sexos masculino/femenino es de aproximadamente 1:10 para ambos trastornos, según varios estudios citados en una extensa revisión (Hsu, 1996). Un estudio sobre la edad de inicio del padecimiento reportó que ha ido en descenso de acuerdo al año de nacimiento en las generaciones jóvenes (Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello, & Santonastaso, 2009).

La tasa cruda de mortalidad es de 5.9% para la anorexia nervosa, según un meta-análisis de cuarenta y dos estudios publicados (Kaye, 2009; Sullivan, 1995).

Para 1996, se estimaba que del 0.2 al 0.8% de la población general y del 1 al 2% de las adolescentes del mundo occidental padecían anorexia nervosa (Pérez, Vega-García, & Romero-Juárez, 2007).

Actualmente, a nivel mundial, Japón ocupa el primer lugar en la incidencia de trastornos de la alimentación, seguido por Argentina, con un 8% de adolescentes que presentan estos problemas. En Bolivia se ha detectado un 1.6% de jóvenes con anorexia nervosa y 2.81% con bulimia nervosa; mientras que en España, 8% de la población presenta síntomas de trastornos alimentarios. De acuerdo con Bustos-Romero las cifras de anorexia nervosa y bulimia nervosa en México varían del 3.5 al 5%; entre los casos severos de estos trastornos, se observa que un 10% de los individuos fallecen por complicaciones a causa de ellos, mientras que un 30% sufre de enfermedades crónicas como consecuencia del padecimiento (Bustos-Romero, 2011).

En México todavía hace falta realizar estudios epidemiológicos. Sin embargo existen varios reportes que hablan de la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Tal es el caso de un estudio que incluyó a 9,755 adolescentes entre los doce y los

diecinueve años de edad, de los cuales el 0.9% de los varones y el 2.8% de las mujeres, presentaron tres o más indicadores clínicos que los asocia a formar parte de la población de alto riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Alcantar, & Fleiz, 2000).

Existe otra investigación realizada en un grupo de estudiantes universitarias mexicanas a quienes se les aplicaron cuestionarios especializados, los resultados reflejaron la existencia de conductas alimentarias de riesgo en poblaciones jóvenes urbanas (Mancilla, Mercado, Manriquez, Alvarez, & López, 1999). Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en 962 preadolescentes escolares, cuyas edades fluctuaron entre los nueve y trece años, el 44% presentó insatisfacción corporal y el 54% alteraciones de la imagen corporal. De estos, el 29% sobreestimó el factor imagen; el grupo de once años de edad tuvo el mayor porcentaje de dietas dirigidas al control de peso así como la aceptación más prominente del estereotipo cultural delgadez-atracción (Gómez-Peresmitré, 1999).

Un reporte anterior (Gómez-Peresmitré, 1997), describe las tendencias encontradas en un grupo de doscientos preadolescentes de ambos sexos que sobreestimaron su peso corporal; además, quienes se consideraban menos atractivos tenían un índice de masa corporal más alto y viceversa. En dos reportes más, se señaló la presencia de conductas alimentarias de alto riesgo en grupos de bailarinas de ballet en México (Unikel & Gómez-Peresmitré, 1999). En otro estudio se compararon las preocupaciones y rituales en la forma de alimentarse entre una población clínica mexicana y otra norteamericana, donde se mostró que el grupo mexicano presentó mayor severidad sintomática, especialmente en los rituales (Caballero, Sunday, & Halmi, 2003).

Y en estudios más recientes, Mancilla y sus colaboradores (Mancilla, López-Aguilar, Franco-Paredes, Alvarez-Rayón, & Vázquez-Arévalo, 2009), analizaron el efecto del género en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanas. Concluyen que la presión social y la insatisfacción corporal pueden ser ingredientes importantes para desarrollar un trastorno de alimentación.

En la ciudad de San Luis Potosí se realizó una investigación, la cual reveló que las conductas alimentarias inadecuadas se presentan con mayor frecuencia en

estudiantes de preparatoria comparadas con chicas universitarias (Arellano, Torres, Rivera, Moncada, & Jiménez-Capdeville, 2009).

Por otro lado, Barriguete, Rojo y Emmelhainz señalan que en la Ciudad de México un 0.9% de los hombres y un 2.8% de las mujeres sufren un trastorno de la conducta alimentaria, aunque de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2002; el porcentaje de anorexia nervosa en el país es de 0%; sin embargo, es importante tomar en cuenta que dado el rango de edad de los participantes en la encuesta (de 18 a 69 años), no se recolectó la información relativa a los jóvenes en riesgo de padecer un trastorno alimentario. Según datos de la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes, realizada en jóvenes de 12 a 17 años de la zona metropolitana de Ciudad de México, existe una prevalencia de 5% de anorexia nervosa (Palma-Coca, 2011).

De acuerdo con el Instituto de las Mujeres, las edades en las que más se presentan casos de anorexia nervosa en las mujeres es entre los 12 y 13 años de edad y entre los 17 y 19 años, aunque actualmente se ha observado un aumento de casos entre la población mayor de 35 años. Hasta el momento, en México sólo se ha realizado una encuesta a nivel nacional sobre la epidemiología de los trastornos de la alimentación, arrojando una prevalencia de 1.8% de bulimia nervosa en mujeres y 0.8% en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad y el diagnóstico de anorexia nervosa no fue reportado.

Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición de 2006, se mostró una prevalencia de 0.9% para mujeres y 0.4% para hombres, siendo ésta casi el doble en zonas urbanas que rurales (Unikel & Caballero, 2010).

1.6. La evolución del padecimiento y el pronóstico

Los estudios que han analizado los resultados de la evolución de la anorexia nervosa a lo largo del tiempo, difieren en el método, tiempo de seguimiento y definición del resultado. Aún así, la mayoría de estudios coinciden, que cuando existe un resultado favorable, se puede llegar hasta a una tasa del 50%, que en un 30% se obtienen resultados moderadamente favorable y en el 20% de los casos el resultado es desfavorable (D. B. Herzog, Nussbaum, & Marmor, 1996).

Sin embargo, también se reconoce que aún las personas recuperadas presentan deterioro en su funcionamiento físico, psicológico y social después de haber alcanzado un estado nutricional normal y haber recuperado sus ciclos menstruales. Es común que la alteración de la imagen corporal, la preocupación por los alimentos y el temor a engordar persistan tras la recuperación física. Incluso pueden ser elementos que condicionen la recaída (Moulds, Touyz, Schotte, Beumant, & Russell, 2000).

En cuanto a los estudios que se han enfocado en la mortalidad por anorexia nervosa, también difieren mucho por el método utilizado, aunque la mayoría coinciden en tasas de mortalidad de alrededor del 10%. Aparentemente, ha habido una disminución en las cifras en las últimas dos décadas, en promedio un 44% (D. B. Herzog, et al., 1996). Estas referencias provienen en su mayor parte de poblaciones clínicas que han sido detectadas y tratadas en diversos centros de atención, lo que constituye un sesgo de selección y deben ser tomadas con cautela. Kondorfer y sus colaboradores (Kondorfer, Lucas, Suman, Crowson, & Melton, 2003) publicaron un estudio poblacional, de sobrevivencia, de tipo retrospectivo, mismo que reportó una tasa de mortalidad estandarizada de 0.71 (I.C:95% 0.42-1.09), por lo que no difirió con lo esperado. Las causas de muerte de este estudio incluyeron: suicidio, desnutrición severa y complicaciones por alcoholismo.

Para finalizar el presente capítulo, en contraste, otra investigación publicó una tasa de mortalidad estandarizada en anorexia nervosa de 3.3 (I.C.95%2.2-4.9) (Millar, Wardell, Vyvyan, Naji, & Eagles, 2005).

A partir de este recuento desde la narrativa médica e histórica, nos permitimos valorar la importancia que tiene el recurrir al conocimiento del padecimiento a partir de la mirada de las mujeres y hombres que padecen anorexia nervosa y sus padres quienes fungen como cuidadores primarios, para que nos hablen con toda libertad sobre sus experiencias con respecto a la aparición del padecimiento, el transitar en la búsqueda del tratamiento, cuáles han sido sus experiencias durante el procedimiento y que significado ha tenido la recaída para cada uno de los copartícipes, saber cómo es la mirada de cada uno de los miembros de la triada, nos aportara información valiosa, que permita obtener un conocimiento más central del padecer, ya que el fundamento más meritorio de la presente investigación es de que se trata de población mexicana,

esperando que la información obtenida pueda contribuir con una mayor comprensión del padecimiento que nos pudiera permitir proponer estrategias de intervención, tanto para los pacientes como para sus cuidadores primarios, intervención que esté más apegada a sus necesidades de servicio y de tratamiento. Para ampliar el conocimiento teórico del padecimiento, consideré necesario realizar un capítulo sobre lo que se ha escrito acerca de los padres y las madres que tienen hijos con anorexia nervosa, las relaciones familiares y la interacción de éstos con el hijo que padece el trastorno.

CAPITULO II

LAS INTERACCIONES ENTRE LOS PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA Y SUS CUIDADORES PRIMARIOS

2.1. Supuestos teóricos sobre el desarrollo del trastorno de alimentación.

Como se mencionó con anterioridad, los padres han ocupado un papel preponderante en la historia del padecimiento, y desde los primeros escritos históricos llevados a cabo, como en el caso de Santa Catalina de Siena y otros, se ha hablado del vínculo de ésta con su madre, o en los otros casos en los que el padecimiento defendía a la hija de contraer un matrimonio no deseado, a manera de rebelión del deseo controlador del padre (Bruch, 1973; Farrell, 2001; Fendrick, 1997; Halmi, 1992; Pieck, 2007; Raimbault & Eliacheff, 1991; Rivinus, 1984).

Hilde Bruch (1978) ha mencionado que el desarrollo de la anorexia nervosa, pareciera estar íntimamente ligado a pautas anormales de interacción familiar, por lo que ella considera y propone que un tratamiento con éxito debe comprender la resolución de los problemas familiares subyacentes. Desde la perspectiva de esta autora, en su libro *The golden cage* (1978) toma en cuenta que, según las teorías sobre el desarrollo psicológico del infante humano, el primer vínculo social que se establece con el medio ambiente es a través del alimento, con la primera figura social, la madre y los cuidados que ésta proporciona, junto con el padre, por lo que alude a que debe ser tomado en cuenta que el ser humano no podría sobrevivir por sí mismo sin éste ambiente de cuidado y seguridad que le permita un desarrollo armónico. Siendo así, es de vital interés para la presente investigación, describir las diversas teorías sobre el desarrollo psicológico infantil, que nos arrojen una mayor comprensión sobre lo que puede ocurrir cuando se presenta un trastorno de la conducta alimentaria.

En la revisión de la literatura, se observó la necesidad de regresar a Freud y su teoría sobre el desarrollo psicosexual, ya que es la base para las posteriores investigaciones sobre el desarrollo psicológico y emocional del ser humano. Freud menciona que los disturbios producidos en el desarrollo precoz del psiquismo, pueden provocar alteraciones de la personalidad y del comportamiento, cuyas particularidades localizables remiten al estadio del desarrollo emocional en el que ocurren (Freud, 1905).

Este autor menciona con respecto a la enfermedad mental *“acaso el enfermo sufra de oscilaciones del talante que no puede dominar, o de timidez irresoluta que le hace sentir paralizada su energía... o corre con angustia ante los extraños, puede percibir sin entenderlo, que tiene dificultades para llevar a cabo su trabajo profesional, pero también cualquier decisión de alguna gravedad... un buen día, y sin saber la razón, padeció un penoso ataque de sentimientos de angustia... sus pensamientos empiezan a marchar por su propio camino y él no puede guiarlos mediante su voluntad...”* (Freud, 1959).

Las perturbaciones de los procesos del desarrollo psicoafectivo pueden atribuirse tanto a defectos innatos propios del niño como a alteraciones en su medio ambiente, a las primeras experiencias que se tienen con los cuidadores primarios que determinan el desarrollo emocional, así como a eventos traumáticos sucedidos durante los primeros años de vida (Betancourt, et al., 1997; Bruch, 1978; Mahler, 1987; Serrato, 2001; Winnicott, 1955; Yager & Powers, 2007). Se ha observado que en una gran cantidad de casos de trastornos de la conducta alimentaria, los pacientes se muestran excesivamente involucrados con sus madres, como si la vida de uno dependiera de la existencia del otro (Espina, Ortega, Ochoa de Alda, Martínez, & Alemán, 2001; Mahler, 1987).

Con base en estos supuestos teóricos, se puede mencionar una construcción relacional alterada del funcionamiento mental que pudiera predisponer a los adolescentes a buscar soluciones de autonomía fisiológica, como las observadas en muchos de los síntomas de alimentación (Betancourt, et al., 1997).

Bruch, quien ya mencionamos, ha sido pionera en la observación y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, con base a su experiencia clínica expresó que, especialmente en la anorexia nervosa, existía una alteración en el proceso de separación e individuación, desde la postura teórica de Margareth Malher (1987), quien menciona que entre las madres y las hijas se facilita el desarrollo de una díada simbiótica que funcionará como un todo, y que no permitirá la autonomía de la hija o del hijo.

Según la narrativa de Bruch (1971), la incapacidad del infante humano de nutrirse por sí mismo, es una especie de denuncia del fracaso en el logro de la

independencia y de la autonomía básica. Al mismo tiempo, las pacientes con anorexia nervosa buscan en el síntoma restrictivo-purgativo una salida en falso para alcanzar su individualidad. Al no facilitarse por los padres el proceso de separación e individuación en términos de Mahler (1987), no hay una formación de límites, ni tampoco se proporciona la desvinculación con la madre. El síntoma se erige como un preciado espacio de control, tal vez el único posible frente a una madre absorbente o difícil de complacer. La necesidad de autonomía y la imposibilidad de lograrla a través de un vínculo sano con las principales figuras de apego, se convierte en un estímulo importante para buscar la libertad e independencia a través de los síntomas, en los cuales son notorios los actos de autoagresión y control (Skarderud, 2009).

Diversos autores (Bowlby, 1968; Freud, 1905; Klein, 1948; Mahler, 1987; Winnicott, 1955) han expuesto sus propias teorías acerca del desarrollo emocional y del comportamiento afectivo, han realizado estudios a profundidad sobre las características del vínculo afectivo del niño con su madre y la influencia del medio ambiente, así como sobre las alteraciones y sus repercusiones en el desarrollo psicoafectivo.

Pieck (2007) sostiene que el sujeto afectado por anorexia nervosa formula una demanda que intenta hacerse oír frente a una falta de reconocimiento de su deseo, que no encuentra otra manera para expresarse y que lleva a la persona afectada a poner en peligro la vida para encontrar un lugar en el reconocimiento del otro. Pareciera ser que la negativa a alimentarse puede ser el único deseo propio, la única marca identitaria del sujeto.

Con base en los fundamentos teóricos anteriores se pretende exponer aquí los enfoques principales, aproximándonos a las implicaciones que pueden tener dichas alteraciones en los patrones normales de alimentación durante la infancia y los posibles factores de riesgo maternos que pueden intervenir en la relación temprana madre-hijo, la alimentación del niño y su papel en los trastornos de la alimentación.

2.1.1. Comprensión psicodinámica del desarrollo emocional

Los investigadores en la materia han abordado, las relaciones entre la anorexia y la neurosis. Lasègue hizo la primera descripción de anorexia en 1873, como ya

mencionamos, catalogándola en el grupo de las histerias, dándola a conocer como “una forma de histeria de localización gástrica”.

El nombre de “anorexia” podría ser sustituido por el de “inanición histérica”, que representaría mejor la parte nerviosa que era la más sobresaliente de este tipo de trastornos; sin embargo, pareciera ser que los esfuerzos de la familia, eran inútiles, y a partir de este momento se perfila la perversión mental como única y característica, lo que domina en el estado mental de la histeria es la quietud y casi diría que un gozo verdaderamente patológico al permanecer el síntoma, pareciera ser que, éste tipo de pacientes, se complacen al estar en ese estado, como una “disposición mental a la enfermedad y demostrar una relación íntima que une la histeria con la hipocondría” (Caparrós, 1997).

La triada que menciona Lasègue: anorexia, amenorrea y adelgazamiento, ha quedado como punto descriptivo de apoyo de todas las investigaciones posteriores (Toro, 1996). En el campo psicoanalítico, las hipótesis sobre los trastornos de alimentación son diversas. Freud menciona las neurosis de las muchachas púberes que rechazan la sexualidad mediante la anorexia (Freud, 1905).

En Tres ensayos y una teoría sexual (1905), aparece una descripción muy atinada sobre el vínculo inicial entre la sexualidad y el hambre: la primera actividad del recién nacido y la de más importancia para él, la succión del pecho de la madre (o de sus subrogados) le ha hecho conocer, apenas nacido este placer, en un principio la satisfacción de la zona erógena parece asociada con la sensación de hambre.

La actividad sexual se apoya primeramente en una de las actividades puestas al servicio de la conservación de la vida, pero luego se hace independiente de ella. Más adelante Freud describiría *“la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia de las adolescentes, me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido porque no tenía apetito y, nada más. Pérdida de apetito equivale en términos sexuales a pérdida de libido”* (Freud, 1905) p.243, refiriéndose a la importancia de la energía vital que proporciona el alimento, comparándola con las ganas de vivir.

Habría que destacar también los trabajos de Abraham (1940), con su propuesta de la etapa oral-canibalística y las contribuciones indirectas de Deutch y Klein con la teoría de las posiciones esquizoparanoide y la depresiva (1921) y más actual, la teoría del Dr. Otto Kernberg (1945) quien habla por vez primera sobre la existencia de un bloqueo entre la posición esquizoparanoide y la depresiva (Abraham, 1994; Caparrós, 1997; Kernberg, 1979; Klein, 1948).

La teoría kleiniana sugiere que desde el nacimiento, se tienen múltiples e intrincadas fantasías inconscientes, originadas en la percepción de los procesos corporales y que esto dificulta la forma en la que se entiende y espera la relación con el mundo real. Al principio, las fantasías son totalmente malas o totalmente buenas y giran en torno a la madre y su labor nutricional; se le escinde entonces en una madre buena y una mala (pecho bueno, pecho malo, hablando sobre la posición esquizoparanoide) (Klein, 1948), para lograr un adecuado desarrollo emocional del infante, es de vital importancia que en el resultado de esta etapa en la mente del niño, predominen las percepciones buenas sobre las malas (Segal, 2003).

Para llegar a ello, antes de que un bebé pueda separarse emocionalmente de su madre, necesita darse cuenta de que son entidades separadas y aparentemente, en los trastornos de la conducta alimentaria, en especial en la anorexia nervosa, la sintomatología alimentaria puede entenderse como muestra de narcisismo patológico, donde no sólo no se reconoce la separación entre la madre y el bebé sino que se cree que además, la madre no tiene recursos emocionales y no tiene nada que ofrecer para sostener al infante. Así, la hija que presenta la sintomatología anoréxica se vuelve omnipotente para sobrevivir, ya que no tolera que exista algo bueno que no sea parte de ella misma o que no controle totalmente. De acuerdo con este esquema, *“el requerir menos de los demás”* se vuelve la meta (Kernberg, 1979).

En este contexto, el surgimiento de la preocupación por los demás, concepto de Winnicott, que comienza con un simple *“proteger lo bueno de lo malo”* se ve impedido. La repercusión emocional de esta detención en el desarrollo es que esta *“capacidad de preocupación por los demás”* representa un avance fundamental y es el cimiento para muchas otras capacidades. Melanie Klein llamó a esta etapa; posición depresiva (Klein, 1948; Segal, 2003; Winnicott, 1955).

Selvini y Bruch describieron por separado a la anorexia nervosa como una psicosis especial, a medio camino entre la posición esquizoparanoide y la posición depresiva (Bruch, 1978; Selvini, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1999). Muchas pacientes se consideran superiores y poderosas por su habilidad para negar sus propias necesidades y así asumen que son fundamentalmente especiales o diferentes del resto de los individuos.

Selvini menciona el efecto aditivo que tiene la sorpresa o admiración de los demás en la fantasía anoréxica de ser omnipotente. La negación del riesgo de muerte en niveles graves de inanición se relacionará con esta omnipotencia a nivel inconsciente: la mente de la paciente trasciende su cuerpo, es decir, su *self* psicológico no morirá. Frente a esto, ¿qué importancia tendría el cuerpo? Igualmente, consideró que las pacientes con anorexia nervosa identifican su cuerpo con la madre mala, por lo que la inanición es considerada un intento de evitarla y negarla, recuperando así el control. Esta madre de la fantasía esclaviza y rehúsa separarse de su bebé y no puede tolerar que a éste le haga falta algo (Selvini, et al., 1999). Esta dialéctica podría considerarse el sustituto patológico de la fase de separación-individuación del desarrollo emocional según lo expuesto por Margareth Mahler.

En la fantasía inconsciente, el “no necesitar” significa no separarse, ya que el ser autosuficiente evita el tomar conciencia de nuestra independencia. Si el deseo (hambre) no existe o es refutado, la madre no necesita existir. Por tanto, puede ser despreciada, pero se sigue unido a ella, como una parte del sí mismo (Malher, Pine, & Bergman, 1975) .

La falta de diferenciación a nivel psicológico entre la paciente y la madre es el concepto básico para entender en términos estructurales tanto a la anorexia nervosa como a la bulimia nervosa. El salto importante en el desarrollo teórico de los post freudianos, es que las fantasías orales de embarazo, se mudan a una inadecuada separación-individuación con respecto a la madre (Freud, 1905; Klein, 1948; Malher, et al., 1975; Segal, 2003). El colocar culpas en la madre o en el hijo no resulta adecuado, ni tampoco sirve de alguna ayuda. La comprensión psicodinámica estructural facilita la integración del fenómeno y puede llevar a un tratamiento exitoso.

En cuanto al síntoma del vómito, que aparece en la anorexia nervosa compulsivo purgativa, Freud no lo consideró como una fijación en la etapa oral, sino más bien como una regresión defensiva a la etapa oral para protegerse contra los deseos edípicos que surgen en la etapa genital (Freud, 1905).

De acuerdo con ciertos autores (Farrell, 2001), el acto de comer está simbólicamente equiparado con la sexualidad oral, y la satisfacción de la fantasía de fecundación y embarazo en el contexto edípico, puede darse en los atracones (Freud, 1905); así, el ciclo bulímico comprendería tanto el deseo de ser embarazada a través de la boca (comer compulsivo, equiparando la comida al falo paterno y la ingestión con la fecundación concepción del bebé edípico, la plenitud posprandial simbolizaría el embarazo) como la culpa por la satisfacción a nivel inconsciente de dicho deseo, regurgitación de lo ingerido (a través del mecanismo de defensa de desplazamiento, en este caso, de la vagina a la boca).

Según Lacan, la satisfacción por el alimento se convierte muy pronto en símbolo del amor que la madre da junto con sus cuidados; el niño recibe a la vez el alimento, el amor y las palabras de la madre. Este amor y estas palabras son incorporados para otorgar una satisfacción simbólica que cobra gran importancia junto a la satisfacción del hambre (Pieck, 2007). Igualmente, en el ciclo bulímico queda satisfecha la sumisión a la madre, a través de las incomodidades de la regurgitación, en parte como un castigo por los deseos incestuosos inconscientes (Bruch, 1973; Farrell, 2001). De tal forma, los síntomas se comprenden como la elaboración y *acting-out* en la esfera somática de un tipo específico de fantasía.

Etapa preedípica, edípica y los conceptos de separación-individuación

Respecto de los intentos clínicos para entender los trastornos de la conducta alimentaria, el interés de muchos autores ha migrado del esquema de conflicto entre pulsiones sexuales y agresivas reprimidas a nivel edípico, a buscar más tempranamente, antes del surgimiento del deseo edípico (Kernberg, 1979). Debido a que el *Self* de la paciente con anorexia nervosa no está escindido no se trata de una psicosis; en la medida en que existe una escisión *Self* cuerpo, tampoco es una neurosis en el sentido estructural del término (Caparrós, 1997).

Se trata entonces de un trastorno preedípico que, por tanto, ha de llevar a un detenido análisis de la función materna.

Selvini escribió: *“El problema sexual no es lo básico, todas mis pacientes mujeres estaban fijadas en niveles pregenitales”* (Selvini, et al., 1999). Estas observaciones llevaron a formular la pregunta: ¿Qué representan los síntomas en la anorexia nervosa en términos de relaciones objetales muy tempranas, donde las relaciones están basadas en control y supervivencia? (posición esquizoparanoide) (Kerenberg, 1979; Klein, 1948; Selvini, et al., 1999; Winnicott, 1955). En esta etapa (coincidente con la fase autista de Malher), el alimento es comer a la madre; se ignora dónde terminaba el bebé y dónde comienza la madre. La ecuación es: comida = madre y madre = comida, en términos concretos, aún no simbólicos (Malher, et al., 1975).

Lo anterior se relaciona con el “pensamiento concreto” (incapacidad de simbolización emocional) referente a tener control omnipotente de sus objetos importantes; por ejemplo, parecen equiparar alimentación y control (de los padres, escuela, etc.) así que, para identificarse, hay que devorarla. En contraste, en un modelo simbólico, para identificarse con la madre, se arregla como ella, busca un hombre similar emocionalmente al padre, o elige la misma carrera de su progenitora (Farrell, 2001). Bruch, desde sus primeras observaciones comentó que un factor determinante para la aparición de la enfermedad es la dificultad para desempeñar un funcionamiento autónomo basado en un proceso de identificación simbólica.

Al no desarrollar una identidad propia y lograr la separación del vínculo materno, se disminuye la capacidad para comportarse de manera libre e independiente de la familia (Bruch, 1978). Por otro lado, en la medida que se evitan las situaciones sociales, se van restringiendo fuentes alternativas de confirmación de la autoestima, e inclusive se logra el alto desempeño académico de una forma sobrevalorada, a expensas del pobre trabajo en otras áreas importantes de la vida, como la interpersonal o en las relaciones de pareja.

En la clínica, se ha podido observar, que existen diferentes tipos de personalidad en las pacientes con anorexia nervosa. Sin embargo, dentro de esta diversidad, destacan algunos rasgos comunes como: una gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad; falta de respuesta a las necesidades internas;

perfeccionismo y escrupulosidad. Este conjunto de cualidades las muestran individuos con expectativas personales muy altas, con una gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros a fin de afianzar su autoestima como respuesta a las presiones sociales y de su grupo de pares. Estas presiones están vinculadas a: cambios y roles de género; patrones de belleza; infantilización; conflictos acerca de la madurez y a la inserción en sistemas familiares que tienden a eludir la expresión abierta de conflictos que marca una inmadurez familiar (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1988).

Hasta la fecha, y de acuerdo a la literatura, no se ha demostrado una relación causa-efecto entre la psicopatología familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante este antecedente, en la práctica clínica hay evidencia sobre la existencia de fenómenos inherentes a la dinámica familiar que pueden mediar o mantener los trastornos de alimentación, que complican enormemente su tratamiento (Garner, et al., 1985). De aquí la importancia de llevar a cabo un recorrido teórico del desarrollo emocional que nos permita entender mejor estos procesos de crecimiento.

Donald Winnicott y el concepto de la madre “suficientemente buena”

Winnicott definió las características de la salud mental con un nombre clave: “dependencia” (Winnicott, 1981) en este sentido, estima que el potencial innato del infante humano sólo puede convertirse en niño, si se le unen los cuidados maternos, los cuales permiten prevenir las distorsiones precoces. Según su mirada teórica, el yo de la madre suple al yo del niño que todavía no está constituido ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo. Al comienzo, es necesario que los cuidados maternos sean lo suficientemente buenos para que despierten en el bebé el deseo de vivir, que favorezcan el placer de las sensaciones y el autoerotismo, ya que la tendencia innata al placer es variable de un ser a otro y sin la madre, la tendencia al placer no puede tomarle la delantera a otras tendencias (Winnicott, 1955, 1981).

De la identificación de la madre con el lactante surge la “preocupación maternal primaria” como un sentimiento continuo de existir, necesario, para que no pueda ser interrumpido por reacciones o intromisiones exteriores. La madre también

debe cumplir el papel de espejo para el niño, donde este se pueda reflejar con toda seguridad. Se trata de que la madre haga la función de soporte del yo del niño.

Según el punto de vista de este autor, existen muchas madres, a las que no les es fácil desempeñar este papel; de tal forma que la madre solo puede reflejar sus propias defensas, e incluso tiene dificultades para responder a lo que el bebé a su vez, le está dando. Y como consecuencia, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo imposible el comienzo de un intercambio adecuado con el mundo exterior, que le permita lograr un desarrollo emocional seguro (Winnicott, 1955).

Paralelamente a los procesos de integración, personalización, establecimiento de la relación con el objeto y la forma adecuada de utilizarlos se facilita la capacidad para estar solo. Es la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado. El bebé escapa de la aniquilación en el estado de descanso y reposo, mientras que el yo se fortalece por las experiencias instintivas reflejadas en el rostro materno, así el niño puede descubrir su vida personal.

Para Winnicott, esta relación con el yo es la base futura para la amistad y es la matriz de la transferencia. Más adelante, el niño progresa hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones sociales adecuadas, mientras adquiere el sentido de responsabilidad y de autonomía, a través de la experiencia de las relaciones interpersonales. Estas ideas no quedan completas si no tomamos en cuenta las observaciones de Mahler quien relaciona estos términos con la psicología del yo de la escuela norteamericana.

El concepto de fases del desarrollo de Margareth Mahler

Esta autora, con base a la teoría de Klein y de Winnicott, propone tres grandes etapas sucesivas del desarrollo; iniciando con la fase autista, la fase de simbiosis normal y por último la fase del proceso de separación e individuación (Mahler, 1987).

- La fase autista, según la autora tiene una duración de cuatro semanas, dando lugar al proceso de maternaje, el cual favorecerá gradualmente el desplazamiento de la energía que va desde el interior del cuerpo del bebé

(sobre todos los órganos abdominales) hasta la periferia, aumentando la sensibilidad hacia los estímulos provenientes del exterior.

- En el siguiente periodo, el simbiótico normal, en el cual madre e hijo forman una unidad dual. No hay diferencia entre el yo y el no yo. Durante esta fase, se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica.
- Y finalmente, la fase de separación e individuación. La separación involucra la evolución hacia la diferenciación, se logra el distanciamiento, la formación de límites y como consecuencia la desvinculación con la madre. Y la etapa de individuación abre paso a las funciones autónomas, como la percepción, la memoria, el aprendizaje y todas las demás capacidades cognitivas. La garantía para que este proceso ocurra es el medio representado por la madre, cuya disponibilidad física y emocional debe adaptarse perfectamente a la evolución del niño.

Según esta autora, cada niño sigue una vía de diferenciación individual y única, cuya especificidad está determinada por las características de la interacción madre-hijo. La selección recíproca de sus señales depende, a la vez, del talento innato del niño y de la madre con su inconsciente. Así, pues, las primacías del yo corporal se elaboran en relación con el cuerpo de la madre y los inicios de la diferenciación se realizan por extensión fuera de la esfera simbiótica. En este período el niño se separa físicamente de su madre, pero siempre sujetándose. Luego evoluciona libremente de pie y sin apoyo. De esta manera, se establece la distancia óptima característica de la interacción entre la madre y el niño, que le permite explorar el mundo permaneciendo próximo a su madre.

El niño modifica gradualmente su comportamiento en función de su madre, al cual ésta se ajusta. Si se tiene una madre ansiosa, inconstante e imprevisible, el niño en vías de la individualización, no podrá hacer contrapruebas perceptivas y emocionales tranquilizantes y la estructuración de su personalidad puede perturbarse gravemente. La función materna de “faro orientador”, no estaría totalmente comprendida sin la exposición que Bowlby da al respecto.

La relación madre-hijo según John Bowlby

Este autor considera esencial para la salud mental del recién nacido y el niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, al igual que los dos autores anteriores, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce (Bowlby, 1968).

Sin embargo, para éste autor, la relación del con bebé su madre es el nexo más importante que tiene aquél durante la primera infancia, ya que es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar. Para Bowlby, el padre aporta la determinación de la estabilidad emotiva de la madre y la ayuda a mantenerse en el estado de felicidad que constituye el mejor clima moral para el desarrollo del niño (Bowlby, 1989). La ausencia de esa relación materno-filial la llama “privación materna”, término muy amplio que comprende varias situaciones. Se considera que un niño sufre esta privación, cuando vive en el mismo hogar que su madre y ésta es incapaz de proporcionarle el cuidado amoroso que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su madre, como sucede en algunos casos de adopción si la madre sustituta es inadecuada. Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente. Las perturbaciones en la organización psíquica resultante de esos estados generan una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad emocional.

Este autor hace hincapié en la existencia de otros problemas que pueden surgir en la madre que intenta resolver en la relación con su hijo; la actitud inconsciente de rechazo hacia el hijo, oculta bajo la apariencia de otro afecto (como la sobreprotección), la excesiva exigencia de cariño y confianza requeridos por el padre o la madre y la satisfacción inconsciente y sustitutiva obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño, a pesar de condenarla abierta y conscientemente.

A manera de resumen, nuestro autor expone tres nociones centrales:

1. Existe un comportamiento instintivo destinado a la conservación del individuo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda. Lo que si es heredable es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento y estrategias de adaptación.
2. El concepto de vinculación que consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y ocurre en la interacción madre-hijo. El vínculo cumple una doble función de protección que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño, y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto en el momento que lo desee, y llegar a estar capacitado para explorar su entorno.
3. Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad del niño con la edad, aunque, ante una amenaza de pérdida, se crea la angustia y ante una pérdida real, aparece la aflicción e incluso, la depresión.

Para Bowlby, esta angustia vinculada al miedo a la pérdida, forma parte del desarrollo normal y sano de cada individuo. Sin embargo, este autor señala situaciones en las que se presenta lo que él llama “vinculación angustiante”. Es el caso de una madre insensible a las necesidades de su hijo; una madre ausente, a veces de manera temporal y otras definitivas, como ocurre en el duelo en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción de la familia.

El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado, puede comprometer el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social. Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas importantes (Bowlby, 1989).

Derivados de las premisas teóricas presentadas, que si bien no son las más exactas, sí proporcionan información atinada, observada en el trabajo clínico, con respecto a la posibilidad de desarrollar una anorexia nervosa.

Teorías del desarrollo emocional y los trastornos de la conducta alimentaria

Lo que nos muestran todas estas miradas teóricas al desarrollo emocional, es que las perturbaciones producidas en el progreso precoz del psiquismo provocan modificaciones y alteraciones de la personalidad y de los comportamientos específicos, cuyas particularidades localizables remiten al estadio en el que ocurren. Las perturbaciones de los procesos del desarrollo psicoafectivo pueden atribuirse tanto a los defectos innatos propios del niño como a las alteraciones del medio ambiente, ya sea por comportamientos maternos inadecuados o eventos traumáticos reiterativos.

Bruch (1978) asevera que aunque se manifieste de muy diferentes modos, el defecto reside en la interacción íntima de la relación temprana entre el niño y sus padres. El defecto central radicaría en que a pesar de que parece haber un cuidado excesivo y atención, éstos se llevarían a cabo teniendo en cuenta las necesidades de los padres y no los deseos del niño.

Al reconstruir el desarrollo temprano de estos pacientes, lo más sobresaliente para la autora son los déficits en la decodificación de las señales que emite el niño, para estos padres, el crecimiento y desarrollo no es un logro del hijo sino propio (Rausch & Bay, 2000). En términos de Mahler y de acuerdo con su teoría del desarrollo, en estos casos no se logra el proceso de separación, además de que no hay una formación de límites, ni tampoco una desvinculación de la madre, existiendo a la vez dificultades en el proceso de individuación.

En los trastornos de alimentación especialmente en la anorexia nervosa, se observa con frecuencia la alteración de este proceso de separación e individuación entre las madres y sus hijos: se desarrolla una diada simbiótica que funciona como un todo, que no permite la autonomía. Las alteraciones en la percepción y la cognición de estos niños serán evidentes de acuerdo al trastorno que el individuo desarrolle (Mahler, 1987).

La necesidad de percibir la autonomía y la imposibilidad de lograrla a través de un vínculo sano con las principales figuras de apego, son un estímulo importante para buscar la libertad e independencia a través de los síntomas, en los cuales son notorios los actos de autoagresión.

A la luz de la teoría del apego (Bowlby, 1968), si la unidad madre-hijo se rige por una fisiología adulta, asegurará al recién nacido la supervivencia. Este proceso requiere por parte de la madre una empatía estrechamente involucrada para asegurar la madurez fisiológica del niño. Resolver la autonomía supone descolapsar la fisiología adulta y adquirir la certeza de unidad separada; éste es el proceso de individuación que va construyendo el aparato mental de cada individuo.

Como ya se ha mencionado, en los trastornos de alimentación, muchos hijos están excesivamente involucrados con sus madres, como si la vida de ambos dependiera de la existencia del otro. Es así como esta construcción relacional altera el funcionamiento mental y predispone a los adolescentes a buscar soluciones de autonomía fisiológica, como las observadas en muchos de los síntomas de los trastornos de alimentación (Betancourt, et al., 1997).

El estudio de las teorías sobre el apego y el desarrollo infantil temprano arroja elementos básicos para la comprensión de la génesis de los síntomas anoréxicos en niños y adolescentes. Igualmente, la comprensión del fenómeno se enriquece con el análisis de los comportamientos maternos con sus hijas y de las características de la dinámica familiar. Se ha observado que la patología psiquiátrica de los padres, puede influir probablemente en la de sus hijos y constituir un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas en ellos, esto asociado con el factor genético. Los hijos de padres con enfermedades mentales presentan un riesgo sustancial de aumento de riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos durante la infancia. Teniendo en cuenta esta asociación, hay información sorprendente acerca de los efectos de los trastornos de alimentación maternos sobre sus hijos (Rome, et al., 2003).

Se sabe que la adolescencia es una etapa del desarrollo psicosexual de importancia capital, ya que se trata de un momento evolutivo en donde se reorganizan y se producen los cambios necesarios para afrontar con éxito el futuro psicológico. Sin embargo, este depende de la posibilidad del adolescente para enfrentarse al aumento cuantitativo de las pulsiones, del acceso a la genitalidad, de cómo se resuelve el duelo de los objetos primarios y de cómo se reelabora cognitivamente el ideal del yo (Brusset, 1998).

Durante la adolescencia existe una insuficiente diferenciación de las emociones y de las sensaciones sexuales. Esta indeterminación no es debida solo a un defecto del aprendizaje, sino más bien a ciertas particularidades de la sexualidad femenina (Selvini, et al., 1999). En la psicobiografía de las pacientes anoréxicas no es difícil encontrarnos con amnesias, negaciones, clivajes evocadores de la organización de un falso yo: un yo adaptado a los deseos del otro en la evitación de conflictos (Brusset, 1998).

Siguiendo en la línea de la revisión de la literatura que nos permita interpretar de una forma más certera las narrativas obtenidas, se considera importante, lo que se ha escrito sobre la función materna.

2.1.2. El papel de la madre como cuidadora primaria

La naturaleza de los cuidados primarios proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento emocional es fundamental para el futuro de la salud mental del individuo. De tal forma que las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo emocional. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio de los cuidados tempranos del niño, entre los cuales se encuentra la función nutricia que es crucial.

La función materna en la anorexia nervosa, se desempeña de manera diferente y ha de hacer frente a distintos requerimientos según las etapas del desarrollo, las madres aparentemente oscilan entre el rechazo radical de la maternidad o su aceptación, donde existen una serie de matices y en muchos casos un proceso discontinuo. A manera de ejemplo una madre demasiado concreta se puede desenvolver mejor cuando su hijo pertenece a un sexo determinado, frecuentemente estas madres pueden ejercer un mejor o peor maternaje cuando el hijo o la hija atraviesan determinadas etapas de su desarrollo (Caparrós, 1997).

Lo esperado es que a la madre no le atemorice lo novedoso de la maternidad y que desde el primer momento sea capaz de llevar muy bien la tarea de alimentar, cuidar y atender al bebé de forma confiada, de acuerdo con ese mal llamado “instinto materno”. Saben lo que hacen y muestran toda la intensidad de entender a su hijo y no le es necesario el curso de la palabra, que aún no existe para detectar, según el tipo de llanto, sus necesidades. Es claro que esto significa la salud de la unidad simbiótica que

en ese momento forman madre e hijo. Sin embargo, como menciona Estrada (2012), es creencia popular que el papel de padre o de madre se da de manera natural, simplemente porque sí, porque aparece un bebé, tal vez esto resulte cierto en los animales, pero en el ser humano no, debido a que no posee la espontaneidad de la respuesta instintiva del animal, así que, el ser humano debe asimilar una gran variedad de comportamientos y para ello es necesario aprender el rol de madre al igual que el de padre, para lograrlo es indispensable la ayuda y el apoyo de la pareja, al grado de que sea posible intercambiar roles cuando esto sea necesario.

Lo esperado, es que cada uno de los padres pueda mantener la capacidad de expresar su identidad y su individualidad, protegiéndose mutuamente de no caer en el problema de utilizar al hijo o a la hija, como un medio para gratificar las propias fantasías infantiles de paternidad ni como un complemento patológico de la propia identidad (Estrada, 2012).

Aparentemente, en los trastornos de la alimentación y de acuerdo con la literatura, todo éste proceso está regido por la ineficacia de los padres, antesala del rechazo, mostrando una gran incapacidad para codificar las necesidades del infante, una insuficiencia para reconocer los signos primarios de placer o displacer que el niño emite, así como la incompetencia para recuperar regresivamente el lenguaje del cuerpo, los mensajes transmitidos por los órganos de los sentidos, la piel, los olores, la temperatura.

En los trastornos de la alimentación se ha observado, la incapacidad de la madre de metabolizar su transformación: parto, alumbramiento, la existencia de un ser que parece parasitarla, el miedo a ser devorada y quedar presa definitivamente en una relación que no controla, que depende de otro (Caparrós, 1997) el primer cariño de la madre debería ser ciego porque ante todo es táctil.

El desarrollo continúa, una madre que ha tratado con desenvoltura a su bebé, se angustia cuando traba los primeros pasos y su propio temor retarda la deambulación, en esta situación, se muestra la evidente preocupación por la integridad física del niño y se une, en ocasiones, el desasosiego que despierta su incipiente independencia. El control de esfínteres es otro de los procesos del desarrollo en el que colisionan los dos ritmos distintos y dos proyectos diferentes, la

necesidad del hijo de seguir por el principio del placer y la de la madre por conseguir un control adecuado para su crecimiento enfrentándolo con la realidad. La necesidad y el deseo infantil son tumultuosos y lábiles y es necesario para comunicarse con éstos, descentrarse del mundo del adulto. Una madre incapaz de desarrollar esa empatía será incapaz de entender las actitudes de su hijo.

Desde la teoría de Malher, quien describe el impulso de reabastecimiento que los niños sienten y ante el que muchas madres fracasan, a manera de ejemplo; el niño juega a cierta distancia de la madre: de pronto, sin razón aparente alguna, se acerca impetuoso y topa como un ternero el cuerpo de la madre e instantes después vuelve a su anterior actividad. La madre puede entender esta actitud como aproximación definitiva y tratar de retenerlo a modo de intrusión molesta, se trata de una actividad compulsiva que tiene sentido en la repetición reaseguradora (Malher, et al., 1975). Proceso que se dificulta en las pacientes con anorexia nervosa y sus angustiadas madres.

De alguna manera, la madre de la paciente que presenta anorexia nervosa no está contenta con su identidad femenina y en muchos casos tampoco con su propio cuerpo. Este malestar adopta expresiones muy diversas a la hora de expresarlo a sus hijos: desde la atención exagerada al cuerpo de ésta mostrándole su juicio negativo, hasta la negación del mismo y de las transformaciones que se operan en él. El cuerpo es criticado o puesto al margen, lamentablemente ambas posibilidades facilitan y amplían la separación (escisión) sí mismo-cuerpo (*self*). Creando así un cuerpo “sin sexo” (Caparrós, 1997). A pesar de todo lo expuesto anteriormente, la capacidad nutricia y continente de la madre de la anoréxica nervosa es mayor que la que ofrece la del paciente psicótico.

Una madre ansiosa frente a sus propios hábitos alimentarios, con síntomas anoréxicos por ejemplo (activos o no durante el período del embarazo y los primeros años de crianza) e insatisfecha con su propio cuerpo, puede interferir seriamente en la alimentación de sus hijos, generando alteraciones en la interacción madre-hijo que, en presencia de otros factores de vulnerabilidad, podrán contribuir a la aparición de alteraciones de la alimentación en el niño o, posteriormente, de un trastorno del comportamiento alimentario en la adolescencia (Betancourt, et al., 1997).

Otro autor que ha estudiado los vínculos afectivos de las pacientes con anorexia nervosa con sus madres ha sido Salvador Minuchin en su libro sobre las enfermedades psicosomáticas donde menciona, como características principales de la relación madre-hija con anorexia nervosa: la sobreprotección, la crianza excesiva y la restricción de la autonomía, con las que se estimulan y se dan respuestas de tipo protector entre los miembros de la familia negando las situaciones de conflicto (Minuchin, et al., 1978).

Bruch, en sus observaciones clínicas, señala el efecto negativo del enojo, la frustración y la tristeza por parte de las madres, mencionando carencia de empatía, poca capacidad para leer las necesidades del infante así como de responder a las claves que les proporcionaban sus hijos. No obstante, eran madres con deseos de ser buenas madres, y con muy altas expectativas hacia ellas mismas. Ocasionalmente, el enfado creciente las paralizaba, o las llevaba a alimentarlos por la fuerza, infringiendo algún castigo. Estos incidentes las sumían en un estado depresivo por que se sentían “muy malas madres”, lo que las impulsaba a recomenzar el ciclo, aplicando mecanismos de compensación con comportamientos amorosos exagerados, indulgentes y permisivos (Bruch, 1982).

Lynn Humprey realizó un estudio comparativo en 40 familias compuestas por padre, madre e hijas adolescentes de las cuales, 24 tenían una hija con un trastorno de alimentación y 16 familias en las que no se presentaba el trastorno, estos dos grupos se compararon mediante las escalas tipo FES (escala de desempeño familiar) y tipo FACES (escala de evaluación de cohesión), que fueron respondidas por cada uno de los miembros. Los hallazgos describen a las madres de hijos con trastorno del comportamiento alimentario, como mujeres con dificultades para expresar sus sentimientos y, en especial para manifestar felicidad por su maternidad, lo que conlleva que sean madres que no logran comprometerse en la crianza de sus hijos y tienen dificultades para involucrarse en sus cuidados por lo tanto muestran una gran incapacidad para dar soporte y cuidado a sus hijos (Humprey, 1986).

Se ha propuesto que factores tales como: las dificultades tempranas en la relación madre-hijo; los problemas de separación e individuación; el divorcio de los padres; la sobreprotección a los hijos; la muerte de un familiar; posibles antecedentes

familiares de anorexia nervosa o depresión o inclusive ser el primero o el último de los hermanos, son elementos que llegan a favorecer que una adolescente con cierta predisposición biológica para padecer un trastorno de alimentación, caiga en el padecimiento (Rausch & Bay, 2000).

En relación con el proceso de separación-individuación señalado por Mahler, también existen alteraciones significativas entre estos pacientes y sus madres. Las madres tienden a presentar excesiva solidaridad, acompañamiento y sobreprotección a sus hijos, lo cual llega a sofocar su identidad; se convierten en individuos muy complicados en su forma de ser, muy dependientes y con poca estructura (Humphrey, 1986)

El sentimiento de culpa de la madre la conduce a incrementar sus esfuerzos para ser “buena madre” y evitar poner límites a las demandas y conductas provocativas de los hijos (Beattie, 1988).

Ciertas investigaciones (Beattie, 1988; Chatoor, Egan, Getson, Menvielle, & O’Donnell, 1998) reportan que las relaciones madre-hijo tienen una gran importancia en el desarrollo de la patología alimentaria. En un estudio realizado por Beattie, se exploró la diada (madre-hija) en cuarenta y dos niñas con anorexia nervosa comparándolos con treinta niñas sanas. Sobresalieron las características y efectos de la disfunción en la relación, pues se observó que las madres de los infantes con anorexia nervosa carecían claramente de la capacidad para lograr un intercambio emocional recíproco. Se mostraban más rígidas y controladoras, y manifestaron un desfase en las interacciones emocionales. Debido a esta dinámica, se convierten en madres inconsistentes, poco predecibles y extremas en sus respuestas, que acaban gobernadas por sus propios estados de ánimo y no por las señales que emiten sus hijos, información que se corrobora con las ideas de Bowlby.

Y en cuanto a su relación de pareja, aunque la madre intenta comunicar un ideal de lo femenino en la solicitud hacia su marido, se siente irritable y muestra resentimiento no expresado, utiliza a la hija como continente de sus propias emociones no procesadas (una mezcla de necesidades infantiles y sexuales) mostrándose incapaz de contener las emociones de su hija. Se trata de madres dominantes controladoras e intrusivas (Beattie, 1988).

En la observación de madres rígidas y con baja autoestima, otros autores (Betancourt, et al., 1997; Bruch, 1971; Casper, 1990; Halmi, 1992), ponen de relieve rasgos psicológicos constantes y comunes entre la adolescente con anorexia nervosa y su madre. Al observar la especificidad femenina del padecimiento se observó mejor la relación con la madre. Resultó que se trata de madres extraordinariamente complacientes, atentas a las necesidades de cada miembro de la familia, y perfeccionistas en los estrictos estándares de su propio comportamiento, al tiempo que están inhibidas en la expresión directa de sus propias necesidades (Betancourt, et al., 1997).

En los trabajos realizados por Caparrós se presta atención a la función materna, la cual se ejerce de forma sobreprotectora y al mismo tiempo se muestra inaccesible, mencionando que de ésta mezcla tan peculiar y contradictoria resulta una menor fragmentación que en la psicosis pero obliga a disociaciones igual de evidentes, la sobreprotección evita o elimina toda actividad espontánea la cual disminuirá los aspectos autónomos del sujeto. Según éste autor el sobreprotector impone su estilo, dicta lo que ha de suceder en su modo y forma, como lo requiere de acuerdo a sus necesidades, no a las del infante. La sobreprotección puede surgir como formación reactiva al desapego, en algunos casos representa una manera de acallar la angustia de fragmentación de la propia madre (el bebé que se hace autónomo equivale a una amputación de su propio cuerpo), en otras circunstancias obedece a una incapacidad para responder a las demandas auténticas de la niña que sustituye por las suyas propias depositadas en ella; finalmente sucede que tras la sobreprotección se esconde el proyecto de la madre para la niña, quien tendrá que hacerse cargo de ese legado sin saberlo, el sobreprotector es incapaz de descentrarse de su propio universo. El volverse inaccesible es parte de evitar a toda costa la autonomía, las madres sobreprotectoras e inaccesibles nunca aprenden, solo cumplen lo que prevén o se angustian ante lo que no controlan, quien sobreprotege está preocupado por el otro, en lugar de estar ocupándose de él (Beattie, 1988).

Existe la posibilidad de que la madre de la anoréxica nervosa, pudiera presentar un conflicto de identidad, dudas incluso de su identidad femenina, por lo que aparentemente las leyes de su inconsciente pugnan, condensan y desplazan en la hija

su propio cuerpo insatisfecho, indeseable, que aparentemente resignado y silencioso, transmite su existencia a la hija, como una forma de venganza (Beattie, 1988; Birch & Fisher, 1998; Caparrós, 1997).

Existen componentes fuertemente perversos en las madres de las anoréxicas. Por perversión entendemos de forma amplia lo pregenital. La mirada de la madre es en estos casos envidiosa, destruye lo que simula ante sí misma proteger; *“ojo envidiosos que arruina el cuerpo”* (Caparrós, 1997).

La profunda ambivalencia de la madre se puede detectar a través de la “doble cara”, la replicación, la dependencia regresiva recíproca, quizá la delegación de un conflicto transgeneracional que no ha sido resuelto. La hija o el hijo se siente aceptado o querido en la medida que corresponda estrechamente a lo que se le solicita o cree que se le pide por parte de sus padres. Estos pueden dar lugar a una fijación narcisista, a un yo ideal de perfección y de un sentimiento de ser todo poderoso, esta lucha permanente por conseguir diferenciar el sentimiento de los propios con respecto a lo impuesto por la madre, aparecen una serie de mecanismos de defensa, como la negación, las interpretaciones violentas. Lo más determinante es la ausencia de un padre que de estructura y proporcione un encuentro de un espacio psíquico propio, así como de un sentimiento de identidad de sí mismo (Brusset, 1998).

De tal forma que la falta de introyección de las funciones tranquilizadoras, protectoras y contenedoras de la madre impiden la continuidad del yo y el sentimiento de pertenencia, falla el necesario yo auxiliar que debe representar la madre durante el desarrollo psicoafectivo de la hija, así que aparece el ideal del yo megalomaniaco y asexual de la paciente con anorexia nervosa el cual se encuentra vinculado al fallo de la estructuración del superyó y del ideal del yo post edípico en la identificación normal con la madre como modelo femenino.

En cuanto al papel del padre en la crianza, se ha escrito muy poco y también se ha mostrado un mínimo interés al respecto; sin embargo, se considera importante incluir la función del paternaje en el padecimiento ya que, de acuerdo con la observación clínica, el padre también influye en el mantenimiento, perpetuación o remisión del padecimiento (Caparrós, 1997).

2.1.3. La función del padre

En una situación normal e ideal, el padre debe involucrarse con su hijo desde su nacimiento, siendo facilitador de la relación simbiótica madre-hija, es decir entre la madre y el hijo existe una relación exclusiva donde el padre entra a tomar una posición como parte de una triada. Relación madre-padre-bebé, de esta forma se origina el establecimiento en el hijo de sus objetos internos y todas las relaciones de objeto posteriores (Magagna & Pepper, 2009). De tal manera que el padre le sirve de apoyo a la madre en los cuidados que esta le da a su bebé, siendo así el padre juega un papel importante al aliviar la ansiedad y tensión que la madre puede transmitir a su hijo por querer responder a sus necesidades (Henderson, 1992).

Freud (1959), en su teoría del complejo de Edipo, señala que el apego de la niña hacia el padre le sirve como refugio del primero apego hacia su madre. Al establecerse una relación buena, satisfactoria, excitante y atractiva entre el padre y su hija, la relación se vuelve una opción para la hija que tiene el deseo de volverse a fusionar con la madre. El establecimiento de esta triada cambia la relación diádica con su madre y la niña tiene que renunciar a la idea de poseer a la madre, situación que le genera un sentimiento de pérdida inevitable. Con un padre presente la niña puede tomar el riesgo de odiar a su primer objeto (madre) porque hay alguien más para mantenerla viva. Entonces el rol del padre es ayudar a su hija a aceptar las frustraciones y soportar situaciones estresantes sin que se angustie por ello.

La presencia del padre, le permite al niño ocupar un lugar importante en la mente de alguien más que no sea la madre (Malher et al., 1975), por lo tanto, es el padre un motivador para la separación de la madre-hijo, el niño empieza a tener la experiencia de algo separado. Debido a lo anterior (Pollack, 2010) establece que cuando un padre está física o emocionalmente ausente puede darse una sobreidentificación del niño con la madre y este puede ser incapaz de desarrollar un sentido de sí mismo sano, estable e independiente. Se puede impedir la individuación del niño y tener consecuencias graves en el desarrollo emocional y cognitivo del mismo. Lo anterior confirma un papel integral para permitir una separación sana del niño con su madre y de esta manera en el niño se desarrolla un sentido de sí mismo.

En diversos estudios se ha sugerido que cuando los padres son más participativos en la crianza de sus hijos, esto trae beneficios para el hijo, la madre y el propio padre (Eisler, Le Grange, & Asen, 2003; A. Espina, 2005; S. Frank & Jacson, 1996). La calidad de la presencia del padre en el desarrollo integral del niño, así como su participación en el cuidado de los hijos y en las tareas del hogar, favorece el desarrollo de la mujer mediante el trabajo y otras actividades positivas para ella y la familia (Caparrós, 1997). El que el padre se involucre significativamente con los hijos ofrece a los hombres una de las fuentes más importantes de bienestar. Por su parte Henderson (2009), señala que el juego entre el padre y el hijo se caracteriza por ser más físico y estimulante, sus interacciones se basan en el juego. La participación del padre en el cuidado del niño hace que éste demuestre menos ansiedad de separación tanto de él como de su madre y menos ansiedad ante la presencia de extraños.

Lamb (2004) comenta que durante los primeros años de vida, el padre se involucra con su hijo en actividades lúdicas, mientras que la madre lo hace brindando cuidados al bebé. Si el padre se involucra en la crianza, le ofrece a su hijo la oportunidad de establecer un apego seguro con él lo que le permite enfrentar de mejor manera las situaciones nuevas y extrañas, tener ganas de explorar su ambiente, reaccionar con menor ansiedad ante la presencia de extraños y mostrar mayor capacidad de recuperación. Continuando con las ideas de Lamb (2004), él considera que el padre sirve como un puente hacia el mundo externo con un estilo de comunicación único por medio del cual le enseña a su hijo las exigencias lingüísticas y comunicativas de los intercambios sociales (Lamb, 2004).

Jones (2005) señala que el rol del padre ha sufrido cambios significativos en las últimas décadas. Con anterioridad el ideal del padre se caracterizaba por una figura dura y con una severa disciplina. Posteriormente, el padre era visto como una figura distante y como proveedor para mantener a la familia. Por último surge una visión distinta del padre en donde la cercanía con sus hijos es lo que lo caracteriza; un padre que se asocia con actividades de juego y divertidas y con un énfasis mucho menor en la disciplina. De igual forma surge la imagen de un padre que se involucra y participa en el cuidado del día a día de su hijo. Por lo anterior, el rol de padre y el rol de madre se

igualan en condiciones, así como ambos roles se consideran intercambiables (Jones & Passey, 2005).

Así este autor ofrece una perspectiva psicoanalítica del rol del padre y la divide en las siguientes categorías: 1) el padre como una figura de apego; 2) el padre internalizado; 3) el padre en la primera separación-individuación infantil; 4) el padre como objeto y 5) el padre en la segunda separación-individuación (adolescencia).

El padre como una figura de apego: este autor puntualiza que al mismo tiempo que la simbiosis madre-hijo, surgen precursores del apego hacia la figura paterna que se fortalecen alrededor de los nueve meses de embarazo. Señala que desde un principio el bebé se interesa por ambos padres de la misma manera, por lo que es difícil distinguir la relación con el padre y la relación con la madre. A los cuatro meses de nacido se ha desarrollado una relación con el padre y en cuanto este se aleja el niño se inhibe, cuando el padre regresa el niño se llena y se pone feliz. Situación que Mahler considera solo se presenta con la madre. En este estudio Jones concluye que la relación del padre-niño se desarrolla paralelamente con la relación madre-hijo desde las primeras semanas compartiendo muchas características simbióticas.

El padre internalizado: desde la teoría de relaciones objetales debido a las necesidades biológicas del niño hacia su madre, ella es el primer objeto internalizado por el bebe y por lo tanto, el padre es el objeto secundario. La madre actúa en torno a la respuesta de necesidades de alimento y comodidad de su hijo y el padre ocupa un lugar entre ambos. De igual forma Jones (2005), destaca que la representación del padre se desarrolla después de la representación de la madre. Por otro lado, Mahler (1975), sugiere que en la sub fase de acercamiento surge una imagen estable del padre. La madre es la facilitadora y alentadora de que se forme una representación internalizada del padre en los primeros años; la representación del padre depende de la actitud de la madre hacia el padre; si la actitud de la madre hacia este es mala, es posible que la introyección del padre se dañe. Aún cuando el contacto con el padre sea mínimo o no haya contacto alguno, la representación del padre se desarrolla, cuando la relación se caracteriza por descuidos frustraciones y carencias, el yo se escinde e internaliza a los objetos en un esfuerzo para controlarlos y de manera simultánea trata

de mantener los apegos externos. Por lo tanto un objeto bueno es el que gratifica y es necesario y el objeto malo es el que frustra y es rechazado.

El padre en la primera separación-individuación: se considera que el padre es una figura de apoyo cuyo rol es fomentar y apoyar la separación-individuación de su hijo. El padre está apegado a una realidad aunque todavía no genera frustración y limitaciones para el niño sino es un apoyo para la adaptación y el juego. En esta etapa la importancia del rol del padre radica en que él representa un espacio de no madre. A través de su estilo de juego practica la posición vertical, destreza, euforia y descubrimiento en su hijo. Así mismo la figura paterna facilita el sentido de sí mismo real y auténtico del niño. En un nivel psíquico el niño utiliza a su padre para probar su nueva imagen de sí mismo como distinto y separado de su madre; con el padre el niño experimenta su propia diferenciación e individuación sin el miedo de ser devorado (Jones, 2005). Según este autor, concuerda con Mahler en que la imagen paterna estable es necesaria para una resolución sana de la ambivalencia que caracteriza a la subfase de acercamiento. La triangulación da lugar a que la relación de los padres sea internalizada, el comienzo del sentido de sí mismo ocurre cuando el niño se siente fuera de la diada madre-padre. Por la conciencia del niño acerca de la relación de los padres se forma la base para un espacio interno y más tarde la capacidad para estar solo. También existe la hipótesis de que la imagen paterna está dominada por el principio de realidad y “un deseo de ayuda, poder, dominio y justicia”. En comparación con la imagen materna que se caracteriza por el principio de placer y un retiro del mundo externo, el padre se une al hijo para contrarrestar el vínculo con la madre, que de otra forma se tornaría regresivo, ambivalente y lleno de peligros por la cercanía excesiva y un temor al abandono terrible.

El padre como un objeto de sí mismo: Jones (2005), nombra el trabajo realizado por Kohut quien afirma que la imagen del padre es idealizada para así poder contrarrestar las fallas que la madre tenga (Kohut, 2002). El desarrollo de sí mismo se facilita al reconocer las limitaciones del padre, al ser una figura que se idealiza, Kohut se refiere a los padres como objetos del sí mismo del niño y no existe diferencia alguna entre un objeto paterno y uno materno, considera que puede ser cualquier persona

que cuide del niño. Por lo tanto si el padre está presente y toma un rol activo en la crianza del hijo, el al igual que la madre puede servir de espejo y objeto idealizado.

El padre en la segunda separación-individuación: en el proceso de la adolescencia, según Peter Blos, se vuelve a tener miedo a ser devorado debido al incremento de carga libidinal e impulsos agresivos asociados a la representación que se tenía de la madre en la etapa pre edípica. El adolescente vive una regresión por sentirse fusionado con el padre protector e idealizado en la etapa pre-edípica, quien se convierte en el rescatador que protege al niño de revivir la relación exclusiva que tenía con su madre, por lo tanto el niño al tener sentimientos tiernos hacía su padre vuelve a vivir una lucha entre la sumisión y pasividad por un lado, y por el otro, una imposición y parricidio, lucha que continúa a lo largo de la adolescencia, que él debe resolver para que el desarrollo continúe (P.Blos, 1971)

El padre suficientemente bueno: aquí se hace referencia a Winnicott quien introdujo este término dirigido hacía la madre buena para referirse a la persona que generalmente responde a las necesidades del niño y por ende facilita el pasar de una dependencia a un estado de independencia. Este autor considera que el rol de padre, comienza en la concepción, momento a partir del cual el padre es el responsable del ambiente que rodea a la madre. De igual forma afirma que el padre puede ser una buena madre por períodos cortos. El padre tiene que ayudar a la madre a sentirse bien físicamente y contenta mentalmente. Winnicott hace hincapié en la manera en que se relacionan los padres y que una buena relación entre ambos crea un sentimiento de tranquilidad y seguridad en el niño. El padre juega un papel de respaldo en la autoridad de la madre. Es importante contar con dos padres ya que mientras uno puede ser amado, el otro puede ser odiado, situación que le da estabilidad al niño. El padre calma y contiene el odio que se genera en la relación madre-hijo, por lo que permite que los aspectos buenos y malos de la relación madre-hijo prevalezcan. Identifica cualidades específicas de la personalidad del padre, especialmente una cualidad de vivacidad y alegría que enriquece el mundo del niño. De igual forma Winnicott comenta que es normal que le padre sea idealizado, tendencia que en un desarrollo sano se irá normalizando y transformando en una situación más real. Un padre suficientemente bueno es aquel que mantiene un balance entre cercanía y

distancia; no agobia a su hijo, es cariñoso pero no seductivo, brindan apoyo pero saben disciplinar, afectuosos y alentadores de autonomía (Winnicott, 1981).

El que los hombres históricamente hayan asumido una posición periférica en sus familias, ha significado representar un rol rígido y estereotipado, negando los sentimientos, manteniendo el control y siguiendo un esquema inflexible de conducta (A. Espina, 2005).

La representación de la madre surge primero, mientras que la del padre se considera secundaria a la representación materna. Ambas representaciones ocupan distintos ámbitos; la representación materna comprende experiencias internalizadas de ser sostenido, alimentado, confortado; la representación paterna hacer referencia a la realidad, a un espacio de no madre, separación y restricción y se posiciona entre la madre y el hijo.

Las funciones paternas empiezan cuando el padre forma un apego con el niño, el padre funciona como un catalizador en la relación madre-bebé y como contenedor de la ansiedad que surge en esta relación.

Una madre que le da un lugar al padre no es una mujer posesiva con su prole, no cría hijos bajo la sombra fantasmática de construir un universo privado, está en el mundo de relación. Si existe pareja, el padre busca también ser presentado. En la literatura la presentación del padre marca la primera perturbación importante de la relación diádica entre la madre y el hijo. El límite final, implica la ruptura definitiva del universo centrípeto infantil (Caparrós, 1997). Conforme el desarrollo progresa el padre sirve para reafirmar el sentido de separación en el niño, promover y facilitar la separación-individuación a través de su presencia e interacciones con su hijo.

En las relaciones de pareja falsas (*como sí*) en los casos que ha tenido lugar el fenómeno reproductivo pero que existe una relación de pareja distante, se establece una relación diferente, la presentación no tiene lugar de modo pleno, ni tampoco se busca, relación que es común observar en ciertos grupos familiares. El padre de la anoréxica nervosa aparece por lo común como relativamente ausente, la cual puede adoptar muchas formas distintas, pero en la mayoría de los casos se resume diciendo que es la persona que no participa del mundo infantil (Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008a). A lo largo de los años se ha observado que muchas de las relaciones intensas

que las pacientes anoréxicas establecen con sus padres, se fundan sin la madre, a expensas de las carencias que la relación diádica con ella ha dejado. El padre desempeña la función de madre vicariante, por lo tanto queda la duda de si el padre es padre y hace la función de padre o es solo la alternativa que aparece demasiado tarde como sustituto de la función materna (Caparrós, 1997; Chatoor, et al., 1998; Eisler, Dare, & Russell, 1997).

Según Eisler y sus colaboradores, de acuerdo a sus observaciones, el padre es el encargado de poner límites y de ser figura emocional, ya que los hijos tienden a pensar que el amor de la madre es incondicional pero el del padre no, lo anterior se manifiesta en el hecho de que ante situaciones de desconcierto, el niño tiende a acercarse más a la madre, situando al padre en un lugar de mayor autoridad en lo que al cumplimiento de normas, disciplina y control de la conducta se refiere, en íntima conexión con lo anterior se encuentra la contención de impulsos, afectos y necesidades que le corresponde al padre proporcionar a sus hijos, se trata de hacer un papel complementario del rol receptivo de la madre, el padre adecuado es aquel que ni se asusta, ni se ve seducido por las necesidades del niño, y responde de un modo que es apropiado a la relación padre-hijo, favoreciendo el control de impulsos y el desarrollo de una adecuada tolerancia a la frustración (Eisler, et al., 1997)

El padre, según estos autores, es el que favorece el desarrollo cognoscitivo de sus hijos y el encargado de presentarle el mundo al niño, diferente de aquel que le presenta la madre, facilitando el desarrollo de nuevas habilidades perceptivas y motoras, así como el desarrollo de actitudes diferentes de vinculación con el mundo y las cosas que lo rodean (Espina, et al., 2001). Por lo anterior puede concluirse que si el padre está ausente, menos involucrado o es expulsado por la madre, el riesgo para una relación simbiótica poco saludable con la madre aumenta.

Winnicott plantea que hay padres que nunca llegan a interesarse por sus hijos y que el que tiene un padre que lo cuida, puede considerarse afortunado de su presencia (Winnicott, 1981). En términos generales, la postura psicoanalítica considera que el padre no puede ni debe sustituir a la madre, porque es quien proporciona el principio de realidad y el representante de la ley y de la cultura (Eisler, et al., 1997).

En el caso de los trastornos de alimentación, se ha analizado, aunque muy poco, el estilo de crianza parental y la figura del padre como un tercero que debe favorecer la separación de la diada madre-hijo permitiendo el desarrollo de este último como sujeto independiente (A. Espina, 2005). Selvini y sus colaboradores, son los que más han investigado al respecto, describen a la anorexia nervosa como el resultado de un proceso en la historia relacional de la familia, y el vínculo de la pareja como un “juego familiar” (Selvini, et al., 1988). Lo difícil de sobrellevar en la relación padre hija es que la niña, con la que compartía juegos y revolcones sobre formas de incipiente mujer, lo edípico parental sufre turbulencias que pueden desembocar tanto en un alejamiento defensivo, como en una actitud dictatorial que trate de dominar sus impulsos, o la manera de sobrellevar la herida narcisista que implica la entrada en escena de los nuevos competidores (Caparrós, 1997).

Desde esta propuesta, aparentemente, el padre lleva a cabo una modalidad relacional nociva, la cual surge de las experiencias de confusión o carencias vividas por ellos en sus propias familias de origen, no hacen otra cosa que tratar a sus personas más queridas con base en sus propias necesidades no resueltas, tratando de poner nuevamente en práctica con sus hijos, esas estrategias que, en el pasado, los protegieron de un sufrimiento destructivo en las relaciones con sus padres y sus hermanos mostrándose como pobres seres humanos ciegamente poseídos por sus necesidades infantiles insatisfechas. Este padre puede ser capaz de pedirle a su hija que haga la labor de su esposa y de su madre, siendo del todo inconsciente de que con estas peticiones, le hace perder a su hija el derecho infantil de ser atendida y cuidada por él (Selvini, et al., 1999).

Lamb (2004), puntualiza que un padre que está disponible, interactúa y es responsable influye positivamente en el desarrollo del niño; al tener un padre involucrado el niño tiene una adaptación psicológica, no se comporta de manera antisocial, tiene un mejor desempeño académico y establece relaciones íntimas exitosas

Se han llevado a cabo algunos estudios sobre las características de los padres de hijas con anorexia nervosa (Garfinkel & Garner, 1982; Lamb, 2004; Winokur, 1980), donde se observó que los trastornos afectivos son el doble de frecuentes en padres de

anoréxicas, en una proporción de dos a cuatro veces más frecuente que en la población general.

Varios estudios (Garfinkel, Moldofsky, & Garner, 1980; Hudson, et al., 1983; Strober, 1981) han encontrado una mayor proporción de alcoholismo en los padres de pacientes con anorexia nervosa compulsivo purgativa, en comparación con los padres de pacientes con anorexia nervosa restrictiva. En estos estudios, también se observó que los padres de pacientes con conductas compulsivo purgativas muestran mayor hostilidad, inmadurez, impulsividad y descontrol. Los padres de pacientes con conductas restrictivas muestran una gran reserva y pasividad.

A su vez, Selvini y sus colaboradores en un estudio longitudinal encontraron que los padres de chicas con trastornos de la conducta alimentaria, negaban más el sufrimiento o las carencias tenidas durante la infancia en sus propias familias de origen, idealizando a sus propios padres, al mismo tiempo que se idealizaban a sí mismos no reconociendo, ni en los padres ni en ellos mismos, las fragilidades o las carencias. Son padres que emocionalmente se muestran distantes con sus hijos (Selvini, et al., 1999). De esta forma, podemos observar que estos padres con frecuencia tienen éxito en el plano profesional, pero son inmaduros en el afectivo.

En algunas intervenciones de terapia familiar, se ha observado cómo estos hombres, profundamente carenciales, esperan de sus esposas una entrega maternal, compitiendo con los hijos por la atención de ella, incapaces de vivir una relación conyugal como relación igualitaria de ayuda mutua, narcisistamente encerrados en las vivencias infantiles de sus propios derechos, disfrazados por el prejuicio cultural que ha sido denominado como “machista” (A. Espina, 2005). Las figuras paternas que han sido reseñadas por Caparrós (1997) son predominantemente inestables, violentas y con mucha frecuencia apegados a sus familias de origen en especial a su madre.

Conjuntamente con la personalidad del padre hay que considerar el lugar que ocupa en la familia, la morfología y la dinámica tanto de la pareja como el grupo familiar, no es difícil encontrar un padre excluido, ausente, descalificado, destruido, designado y vivido como incestuoso, vulgar, perverso y probablemente hasta maternizado (Brusset, 1998).

Esta ausencia del padre deja a la hija, como ya fue mencionado, en una situación de dependencia, de indiferenciación parcial de la madre, con una gran intensidad de actitudes ambivalentes debidas a las pulsiones no controladas, que impiden la elaboración que conlleva el segundo proceso de separación-individuación que sucede en la adolescencia. No es raro encontrar la descalificación del padre por oposición a la intrusión de la figura de un abuelo materno idealizado (Le Grange & Lock, 2009).

Otro aspecto muy importante en la sexualidad genital femenina son los cambios en la relación de objeto que se establecen durante el desarrollo emocional, se debe pasar de la figura materna a la paterna, dando lugar al conocido complejo de castración, que no es otra cosa que el miedo a perder el amor de la correspondiente figura materna (Brusset, 1998).

El cambio de vínculo objetal conlleva un proceso de duelo, de pérdida. Pero al mismo tiempo se mantiene un vínculo muy fuerte derivado de la identificación primaria con la madre. Esta situación requiere, para ser superada, la necesidad de que la madre aparezca como “mala”, lo cual es un requisito para poder mantener una imagen aceptable de sí misma (Freud, 1905).

La mejor propuesta de tratamiento es que desde el primer contacto con el paciente con anorexia nervosa y sus familiares se debe tomar en cuenta, en primer lugar, el sufrimiento personal que está expresando el síntoma alimentario y, por lo tanto, la necesidad de entender la función del síntoma, “¿qué malestar en el fondo se está expresando mediante la anorexia nervosa?” (Selvini, et al., 1999).

Los resultados de varios estudios sugieren que se debe prestar mayor atención a la relación padre-hija en las investigaciones de los trastornos de alimentación. La relación que la hija tiene con su padre es de gran importancia durante ciertas etapas de su desarrollo como la adolescencia, periodo en que generalmente se presenta la anorexia nervosa. Los padres juegan un papel único e importante en el desarrollo de la identidad de sus hijas y por tanto la relación paterna puede ser un factor de riesgo para que la hija desarrolle un trastorno de la alimentación (Pollack, 2010). Además reitera que existe un gran vacío en el estudio de la influencia que tiene el padre en la aparición de la anorexia nervosa y una falta de información sobre el cuidado que le

padre brinda a sus hijos. Existen varias investigaciones sobre la paternidad que se han centrado en enfatizar las tareas que realiza el padre y el tiempo que pasa con sus hijos en comparación con la madre.

De igual manera Comb-Orme y Renkert, sostienen que la relación padre-hijo y la relación madre-hijo son experiencias distintas para el niño y por lo tanto cada relación tiene una influencia diferente en el desarrollo de la personalidad desde la infancia en adelante (Combs-Orme & Renkert, 2009).

Los estudios que existen no ofrecen una visión clara y definida acerca de la relación padre-hija cuando esta padece un trastorno de alimentación. Phares (1999), puntualiza que al hacer una comparación, los padres de anoréxicas demuestran menos cariño y cuidados en comparación con padres cuyas hijas no padecen un trastorno de la conducta alimentaria. De igual forma el padre y la hija anoréxica están menos involucrados emocionalmente en comparación con los padres de hijas que no padecen un trastorno alimenticio. Al comparar a los padres con hijas con un trastorno psiquiátrico, los padres con hijas que padecen un trastorno de alimentación muestran mejores habilidades que los primeros (Phares, 1999).

Fitzgerald y Lane, describen la importancia del rol del padre concentrándose en los rasgos de personalidad de una anoréxica como por ejemplo su dependencia, sus características obsesivo-compulsivas, perfeccionismo y distorsión de su imagen corporal. Afirman que el grado y calidad en el que el padre se involucra con su hija influye en la aparición de este trastorno. De igual forma sostienen que ciertas características que contribuyen a un trastorno de alimentación comienzan desde épocas tempranas del desarrollo y de la interacción entre el niño (a) y sus padres. Y en cuanto a la dependencia de la anoréxica, estos autores consideran que no se logra una buena separación-individuación de la madre al haber insatisfacción de las necesidades del bebé desde los primeros meses de edad. Por lo anterior se puede decir que el rol del padre es igual de importante durante los primeros meses de vida e influye de manera directa e indirecta en la fase oral cuando toda actividad gira en torno a la comida convirtiéndose en una opción más para gratificar las primeras necesidades de su hija. Por lo anterior, estos autores sugieren que el padre de la anoréxica se involucra menos en ayudar a la madre con el cuidado de la hija; una relación insatisfactoria con

su esposa hace que el padre no la apoye ni se acerque a la madre. Después del estado simbiótico con su madre, el bebé va desarrollando una conciencia de separación que debe ser facilitada por el padre. La niña comienza a darse cuenta de los deseos de la madre por estar cerca del padre; deseos que se despiertan de igual forma en ella. La anoréxica parece no tener este deseo por el padre ya sea porque este estuvo ausente; sus padres no tenían buena relación o la actitud del padre era débil para anteponerse a una figura materna demasiado fuerte (Fitzgerald & Lane, 2002).

Al estar presente el padre e interactuar con su hija en el periodo en que la niña comienza a separarse de su madre para explorar el mundo, el padre proporciona tranquilidad y seguridad a su hija, por lo tanto, reconoce y acepta la individuación de la hija. Lo anterior confirma que la anoréxica compensa esta dependencia con un yo muy controlado, las pacientes con anorexia nervosa tienden a la compulsión y a la obsesión. La restricción que alcanzan por sus conductas obsesivo-compulsivas les proporciona control sobre los padres quienes insisten en que se alimente bien. Por medio de su rebeldía, la paciente con anorexia nervosa está expresando el deseo de separarse, su necesidad de ser diferente y de autonomía.

Fitzgerald y Lane (2002), enfatizan que la tendencia a la perfección es una característica de la anoréxica nervosa que se relaciona con la sensación de logro que esta experimenta al comer poco y mantener su peso. Con frecuencia llega a obtener altas calificaciones que no concuerdan con sus pruebas de inteligencia, en realidad quiere complacer a los otros por lo que los esfuerzos que haga por alcanzar algo pueden ser el resultado de una búsqueda de aprobación y no una motivación a lograr cosas. La hija anoréxica busca complacer a su padre quien acentúa los éxitos y los logros.

En general los padres se involucran más que la madre en enseñar, explicar y dar información y se interesan más por los logros de sus hijos. Los padres que son menos condescendientes con los logros escolares de sus hijas tienen altas expectativas e influyen en las actitudes de logros de sus hijas. Lo anterior pudiera confirmar que las actitudes de los padres hacia los logros y rendimientos contribuyen significativamente al rasgo de personalidad característico de la paciente con anorexia nervosa: el sentido de logro y éxito. La atención de los padres sobre el desempeño y los logros

contribuyen al control sobre la comida, pérdida de peso y las rigurosas rutinas de ejercicio de las anoréxicas. A su vez la hija valora más la opinión del padre que la suya propia e intentan ganar su aprobación y aceptación, les da miedo perder el amor de su padre si no demuestran un logro y control sobre su cuerpo.

Estas pacientes dejan su infancia y niñez entrando a la adolescencia con formas de afrontamiento que les sirvieron cuando eran niñas, sin embargo, para los nuevos retos y cambios que la pubertad conlleva, estas formas de enfrentar el medio le son inservibles, intenta evitar la ansiedad controlando su alimentación y cambios de su cuerpo, los síntomas anoréxicos se desencadenan como un medio para enfrentar las nuevas necesidades emocionales y físicas (Phares, 1999).

Para Fitzgerald y Lane (2002), la anoréxica trata de detener su proceso de maduración impidiendo su independencia así como su desarrollo físico. El rol del padre en la pubertad es crítico para la aceptación de su hija sobre su feminidad. El padre ayuda a la hija a sobrellevar la pérdida de su cuerpo infantil y la aceptación de su cuerpo sexual en desarrollo, si la hija percibe que su padre, el primer hombre significativo en su vida, rechaza su nuevo cuerpo, ella también lo rechazará e intentará desesperadamente mantener su estatus seguro y aceptado que tenía de niña.

La adolescente necesita sentir que su padre se siente atraído y complacido tanto física y emocionalmente a pesar de no experimentarlo de manera seductora hacia ella. Al hacerla sentir que ella puede ser un objeto de deseo, su padre ayuda a fortalecer su identidad femenina (Fitzgerald & Lane, 2002; Magagna & Pepper, 2009).

A su vez Pollack (2010) señala que durante la adolescencia hay una ruptura en la relación entre el padre y la hija por varios factores tales como la individuación de la adolescente y la importancia que toma las relaciones con otros. A pesar de que la adolescente exprese querer tener privacidad, distancia y autonomía de los padres, este autor comenta que en esta etapa la orientación, tranquilidad, atención y aceptación es necesaria, especialmente del padre a la hija. Por lo tanto si la relación con el padre no se caracterizó por una vinculación adecuada en la infancia, la hija experimentará un deseo persistente de su padre, lo cual podría originar en la hija adolescente una falta de confianza, inseguridad, duda, ansiedad, dolor; afectando su comportamiento.

Una investigación reciente (Elliot, 2010), trata de describir la naturaleza y el significado de la relación padre-hija desde la perspectiva de las pacientes con anorexia nervosa. De esta manera señala que las pacientes anoréxicas que participaron en su investigación, perciben que tuvieron que crecer de una manera rápida y que les fueron asignados o ellas mismas asumieron actividades y responsabilidades de sus padres; esta situación les generó ansiedad y confusión. Las anoréxicas tuvieron que crecer más rápido por lo que sus pensamientos y actitudes eran de un adulto siendo ellas unas niñas. Cuando los padres no están disponibles para sus hijas. Estas sienten que tienen que madurar más rápido de lo que su edad y nivel de desarrollo indica. De tal forma, para las participantes de este estudio, la relación padre-hija se caracterizó por la incertidumbre, los padres no estaban ni emocional ni físicamente disponibles para ellas: estas anoréxicas dijeron no saber que sus padres las querían por lo que constantemente buscaban pruebas de su amor, así que por lo impredecible de la relación con su padre, la niña genera una gran necesidad de control. En su investigación Elliot señala que las anoréxicas tienen un apego inseguro e inconsistente con el padre, por lo que la individuación y el desapego se complican y surgen así los síntomas psicósomáticos. Por otro lado, en el mismo estudio, las pacientes con anorexia nervosa dijeron haber admirado mucho a su padre y tener un temperamento similar al de él, al idealizarlo, la paciente imita ciertas características del padre, el funcionamiento del padre ante los problemas era evitarlo, negarlo e incluso retirarse de la situación, conducta que las pacientes repiten, por admiración hacía el padre, las hijas imitaban las formas de enfrentamiento del padre.

Siguiendo con Elliot (2010), concluye que los padres estaban menos accesibles para sus hijas durante la adolescencia, la mayoría de ellos se alejaron al comenzar la pubertad de sus hijas hasta desaparecer por completo de sus vidas. Estas pacientes consideran que su padecimiento era una manera de intentar cambiar el dolor por la pérdida del padre y así provocar un cambio en la relación con él. Si la anorexia nervosa les servía para lograr el cambio esperado en la relación con el padre, la potencia de la enfermedad disminuía, si no se lograba ningún cambio la hija continuaba luchando con la anorexia nervosa. Herzog, describe el deseo de encontrar un padre de figura significativa como “hambre de padre” (J. M. Herzog, 2001).

2.2. Los aspectos parentales

Según Caparrós, las condiciones sociales y familiares para el fundamental desempeño del maternaje son dinámicas, en constante cambio. Durante la infancia y el desarrollo emocional del individuo se requiere de las funciones materna y paterna tareas que, naturalmente, no están fuera del proceso de desarrollo. La función materna se refiere al apoyo y la intervención decisiva en el proceso del apego-separación-individuación; y la función paterna es todo aquello relacionado esencialmente con el nivel simbólico.

En la actualidad se espera que estas funciones se encuentren más repartidas y no siempre coincidentes con la función de género, lo esperado es que todos estos cambios hallen un correcto equilibrio en el futuro, pero en el inicio, incluso aunque a la larga puedan resultar benéficos, cobran el tributo de la incertidumbre.

Actualmente en el mal entendido de poner límites claros, los padres ofrecen a los hijos establecer relaciones de amistad, de tal manera que abdican a la función paterna básica de cuidado y protección (Caparrós, 1997). De tal forma que la familia nuclear que ahora existe se ha visto afectada de diferentes maneras por un cúmulo de factores medioambientales.

Ya en los párrafos anteriores se ha mencionado que desde la mirada de diversas teorías del desarrollo psicológico, la sistémica entre ellas, se han realizado análisis de las relaciones madre-hija, padre-hija, padre-madre-hija(o), en los trastornos de la alimentación y se ha mencionado un tipo especial de familia, que aparentemente exteriorizan características comunes bien definidas en las que se encuentra un ambiente propicio para que se desarrolle un trastorno del comportamiento alimentario (Betancourt, et al., 1997). Sin embargo conocer, pues, las estructuras de la familia y conceptualizar sus funciones, no solo ayuda a integrar mejor un diagnóstico, sino que ofrece nuevas luces en el tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales (Estrada, 2012).

Así que el funcionamiento de la familia como factor predominante en la aparición de los trastornos de alimentación se puede encontrar en la historia de la anorexia nervosa, desde que Gull en 1874 menciona que la enfermedad tenía un estado mental mórbido, ya que no se observaba ningún trastorno gástrico que pudiera ser la causa de la falta de apetito y con respecto al tratamiento, sostenía que los

pacientes requerían de un control moral, *“de ser posible, deberían efectuarse cambios en las relaciones domésticas recomendando que, desde un principio, las comidas debían darse a intervalos cortos”*, considerando que los pacientes debían estar rodeados de personas con autoridad sobre ellos, agregando que generalmente, los peores cuidadores eran la familia, los parientes y los amigos (Toro, 1996).

Otros médicos de la época, al igual que Gull, también sugirieron la necesidad de retirar a estas pacientes de su entorno familiar, Greenhow (Brumberg, 1988) describe dos casos, donde al alterar el curso de la vida cotidiana de la paciente, la recuperación era más rápida que si permanecía en casa. Por su parte, Laseguè insiste en la importancia de la actitud del entorno y en la nocividad de la presencia de la familia en el trastorno (Thompson, 1991). Estas ideas coinciden con las propuestas por Charcot en 1885, quien veía el aislamiento del paciente como un método terapéutico rápido y eficaz (Toro, 1996). Gracias a las posteriores aportaciones de Decourt (Guillemot, 1994), quién fundamenta el origen psiquiátrico del trastorno, y menciona el éxito de los tratamientos que los psiquiatras conseguían, empleando el aislamiento y la separación del paciente de su familia empezó a ser el tratamiento más socorrido para los trastornos de la alimentación (Fendrick, 1997).

A partir de la II Guerra Mundial, se inicia una concepción de los trastornos de la alimentación más parecida a la actual, es en los años 60, que el modelo de neurosis sirve de base para explicaciones psicopatológicas que intentan la evaluación del pronóstico, siendo la década de los 70 cuando se les constituye a éstos como un área de interés en la literatura médica, en el área de la psiquiatría. En el plano terapéutico, todos concuerdan en reconocer la necesidad del aislamiento asociado o no a nuevos métodos como la farmacoterapia (Halmi, et al., 1991; Pieck, 2007; Ratnasuriya, Eisler, Szmukler, & Russell, 1991) .

Los trabajos de Bruch, son una clara muestra de los intentos que se hicieron por entender a la anorexia nervosa desde un enfoque familiar y no por ello dejar de lado los factores del estilo de personalidad. En su opinión, tanto el padre como la madre de las chicas anoréxicas estaban en continua competencia para demostrar quien hacía más por sus hijos, a su vez exigían de éstos metas difíciles de alcanzar, especialmente en el aspecto físico. Sus hijos tenían un comportamiento intachable y buscaban éxitos

sociales y académicos. Sin embargo, mostraban una baja autoestima y una gran incapacidad para distinguir sus propios deseos de las expectativas de sus padres (Bruch, 1978). Desde el particular punto de vista de la autora, los problemas que conducen a la anorexia nervosa inician en la infancia, cuando existen dificultades en proporcionar el alimento al bebé ya que ponen en contacto a la madre con su hijo y ésta no puede reaccionar congruentemente a los estados de necesidad o saciedad del pequeño, lo que impide una correcta discriminación de las sensaciones internas.

Ahora se sabe que la influencia cultural puede ser favorecedora del aumento de casos de anorexia nervosa, ya que plantea la trascendencia de la dinámica familiar al reconocerla como el agente transmisor de pautas sociales y valores culturales. Así como la destinataria de una alianza privilegiada por su condición de paciente designada: una especie de “chivo expiatorio” del sistema familiar, en esta forma nos damos cuenta que todos los conflictos son necesariamente interdependientes, que un individuo necesita a su familia y que cada familia necesita a todos y cada uno de sus miembros (Estrada, 2012). En el caso de la anorexia nervosa, el alimento puede convertirse en el símbolo de los conflictos o disputas familiares (Halmi, et al., 1991).

Selvini le da la connotación a la paciente de una mártir voluntaria que se ofrece en sacrificio por el bien de su familia, concibe el trastorno anoréxico como una expresión del sufrimiento psicológico de una chica a la que le cuesta trabajo crecer y sentirse adecuada dentro de determinadas relaciones familiares (Selvini-Palazzoli, 1999). Esta autora coincide con Bruch en el hecho del predominio del control obsesivo recíproco que en este tipo de familia enmascara la incapacidad de proporcionar confianza, empatía e intimidad, ya Bruch afirmaba al respecto, que la total inconsciencia de los padres de haber ejercitado un control obsesivo sobre su hija y su dificultad para interrumpirlo forman parte de los modelos en curso que sostienen la enfermedad (Bruch, 1971; Selvini, et al., 1999).

Como ya fue mencionado no se puede dejar de lado que la relación entre padres e hijos durante la infancia y la adolescencia tiene una especial influencia en el desarrollo psicológico y social del individuo, debido a la correlación que existe entre las relaciones parentales, la estructura del funcionamiento familiar y el desarrollo de una psicopatología en la edad adulta (A. Espina, 2005). Caparrós, tomando en cuenta los

puntos de vista de Selvini y Bruch concluye que el síntoma anoréxico permite al hijo recuperar privilegios perdidos, como ser el favorito del padre o continuar ligado a la madre (Caparrós, 1997). Se ha observado que el trabajo familiar exitoso abate las dimensiones de la excesiva crítica y la sobreprotección, características mencionadas en las investigaciones sobre “emoción expresada”, como factores familiares que tienen que ver con la recaída (Eckert, Halmi, Marchi, Grove, & Crosby, 1995).

Strober (1982) observa en las familias con un hijo con anorexia nervosa, gran lealtad a los valores familiares, espíritu solidario, “madre sacrificada”, ausencia de un estado de intimidad, comenta que la responsabilidad se diluye entre todos los miembros de la familia y es común que sea la anoréxica nervosa quien acabe por asumirla completamente. De tal forma que la conflictiva familiar alienta la expresión de las emociones a través del cuerpo, ante la debilidad del padre sometido al igual que la hija al imperio de la madre, fracasa la solución de la identificación como pasaje hacia el crecimiento.

Tomando en cuenta que un momento especialmente difícil en todas las familias es el periodo de adolescencia de alguno de sus miembros. En el caso de la anorexia nervosa, es más común que éste sea vivido como algo especialmente complicado, quizá por la falta de una adecuada autoridad de los padres (W. Vandereycken, Castro, J., Vanderlinden, J., 1991), o por las malas relaciones entre los padres y los hijos o entre los mismos padres, que pueden influir en la falta de habilidades de afrontamiento en un adulto joven.

Los estudios sobre los estilos educativos en los trastornos de alimentación son escasos, a pesar de ello la mayoría concluyen que las pacientes con anorexia nervosa observan a su padre y a su madre como sobreprotectores, ambivalentes y poco cuidadosos, llegando incluso a un cuidado negligente (Eisler, Dare, & Hodes, 2000; Eisler, et al., 1997; W. Vandereycken, Castro, J., Vanderlinden, J., 1991).

Para Russell y sus colaboradores, estos estudios parecen mostrar poca solidez para afirmar diferencias con la población normal; sin embargo, se debe considerar que estas familias, al ser negadoras del conflicto, tienden a mostrar gran acuerdo y armonía, con una tendencia por parte de la hija con anorexia nervosa a idealizar a los padres o al menos, esa impresión desean dar (Russell, Szmukler, & Dare, 1987).

Los resultados de entrevistas clínicas muestran la existencia de demasiado control y sobreprotección por parte de ambos padres, la relación de las anoréxicas con sus madres puede ser a menudo hostil-dependiente y la conducta anoréxica puede iniciarse después de una separación física o psicológica de la madre (Beattie, 1988). Las madres tienen una marcada intromisión en la vida de sus hijas y presentan un alto grado de abatimiento que constantemente comunican a sus hijas, y con respecto a la relación con el padre, sienten que ellos se esfuerzan por ser buenos, pero no logran dar el apoyo y el afecto que ellas necesitan, siendo padres poco rescatadores.

2.2.1. La problemática parental

Hace cuatro décadas, en un estudio retrospectivo (Kalucy, 1977), se sugiere una elevada presencia de trastornos psicológicos en los padres y las madres de pacientes con anorexia nervosa lo cual puede ser un factor predisponente para este tipo de trastornos. Cantwell y sus colaboradores fueron de los primeros en mencionar esto, al encontrar una gran incidencia de psicopatología en ambos padres (91%), en un grupo de 26 pacientes con anorexia nervosa (Cantwell, 1977) y otros estudios posteriores han confirmado esta idea.

Winokur y su equipo encontraron un 22% de prevalencia de trastornos afectivos en padres, hermanos y abuelos de 25 mujeres con anorexia nervosa, comparados con un 10% en el grupo control (Winokur, 1980). En una investigación posterior se observó que en un 6% de los familiares de primer grado de un grupo de 31 pacientes con anorexia nervosa, presentaron un cuadro de depresión, comparado con un 6.2% en un grupo de 29 mujeres depresivas y un 6.7% en un grupo de 29 hombres (Chinchilla, 1983). De la misma manera, Gershon y su grupo informaron que en un 22% de los familiares de un grupo de 24 pacientes con anorexia nervosa, se presentaba un trastorno afectivo, comparado con un 7% del grupo control (Gershon, 1984).

Piran y su equipo de investigadores (1985) observaron que el 50% en un grupo de 47 pacientes con anorexia nervosa, había por lo menos un familiar de primer grado que había sido diagnosticado con depresión y tuvo que recibir atención médica por ello (Piran, 1985).

Aunque hay estudios posteriores (W. Vandereycken, Castro, J., Vanderlinden, J., 1991) que mencionan la presencia de psicopatología en familiares de pacientes con un trastorno alimentario, sólo tres estudios parecen ser importantes para fundamentar empíricamente este supuesto:

El estudio de Strober (1981), por ser uno de los primeros sobre familias más cuidadoso en su metodología y por la cantidad de variables familiares que consideró. En el cual los antecedentes más destacados son, en el caso de las madres, una alta presencia de trastorno psiquiátrico, especialmente para las pacientes con anorexia nervosa del tipo compulsivo purgativo (50%) y en el caso de los padres el consumo de alcohol, también con mayor presencia en el grupo de anoréxicas nervosas compulsivo purgativas, resultados que son confirmados en un estudio posterior (Strober, 1981; Strober, Salkin, Burroughs, & Morrel, 1982).

El otro es el estudio de Hudson y su equipo (Hudson, et al., 1983) que por su diseño es hasta ahora uno de los más completos, además de que cuenta con un importante número de pacientes con anorexia nervosa y sus familiares. En él se observa que los trastornos con mayor comorbilidad son la depresión mayor, datos que coincide con el estudio de Chinchilla (1983) y el trastorno bipolar. Además viene a confirmar lo señalado por Strober (1981) acerca de las diferencias entre subgrupos de trastornos alimentarios, donde la sintomatología compulsivo purgativa presenta un mayor número de antecedentes psicopatológicos que la anorexia nervosa restrictiva (Chinchilla, 1983; Strober, 1981).

Y por último, el estudio de Rivinus y sus colaboradores (1984) que es una de las investigaciones que cuenta con un número importante de datos, encontraron una historia generacional de la presencia de depresión y adicciones en dos o más generaciones consecutivas de una familia, en un 50% de las anoréxicas nervosas, comparado con un 13% en un grupo control. A su vez, contaban significativamente con una saturación familiar más frecuente (40%), que el grupo control (4.5%) (Rivinus, 1984).

A manera de resumen, existen datos suficientes que apoyan la presencia de psicopatología familiar, especialmente en parientes de primer grado, en el padre y la

madre, como un factor de riesgo en la presencia de trastornos de alimentación. Los pocos estudios que no comparten estos resultados, vienen a confirmar que existen otros factores involucrados, lo cual no es sorprendente cuando se concibe a la patología alimentaria de origen multifactorial y no se pretenden mostrar los antecedentes psicopatológicos familiares como la causa del trastorno (Schmidt, 1993). Se ha considerado a la obesidad materna como un factor predisponente para desarrollar un trastorno de alimentación (Garfinkel, et al., 1980; Garner, et al., 1985; D. B. Herzog, 1982), estos autores encontraron una mayor prevalencia de obesidad en madres de pacientes con trastornos alimentarios. Así mismo, en una interesante revisión, Strober y sus colaboradores concluyen que un importante número de investigadores, dan evidencia de la importancia de la obesidad parental, siendo especialmente significativos en el caso de las anoréxicas restrictivas (Strober, et al., 2000). Sin embargo, no hay una explicación clara de cuál es su papel en los trastornos de alimentación, ya que sería más lógico encontrar obesidad en hijas de madres obesas. Algunos señalan que la madre podría servir de contramodelo, pero tales hipótesis no tienen validez empírica, aunque si se ha podido observar en la clínica.

2.2.2. La estructura familiar

La estructura familiar es sin duda la parte más estudiada de los trastornos de alimentación, ya que se le reconoce un importante papel en la génesis y mantenimiento de los trastornos de alimentación (Bruch, 1971; Eisler, et al., 2000; Le Grange, Eisler, & Dare, 1992; Minuchin, et al., 1978).

Debido a que la familia es el contexto primario para todos los individuos, y puede ser entendido como un gran organismo que está formado por la suma de sus miembros. Éste tiene tareas y metas, que nos sirven para conocerla. El funcionamiento familiar es previsible a partir de los patrones de comportamiento de sus miembros, de los cuales cada conducta es una forma de comunicación interpersonal.

Desde la mirada sistémica, estos patrones forman una cadena de causalidad circular y cada acción es una reacción para otras acciones y un cambio en un miembro afecta a los otros miembros. En el caso de los trastornos de alimentación, las relaciones familiares han sido consideradas como un factor de riesgo (Eisler, et al.,

2003; Minuchin, et al., 1978; Selvini, et al., 1999; Strober, et al., 2000) y son un punto de atención en el tratamiento para evitar que la familia sea un factor de mantenimiento del síntoma. Sin embargo, aún resulta complejo diferenciar cuáles son los factores familiares característicos que propician el desarrollo de una patología alimentaria. Sobre todo, debe considerarse que el estudio del papel de la familia en los trastornos de alimentación no es la búsqueda de la etiología causal de éstos, sino de las variables familiares, que junto con las características individuales y socioculturales, intervienen en la gestación de esta patología (Rausch & Bay, 2000).

La dinámica familiar y los hábitos de alimentación resultan fundamentales en el estudio del papel de la familia en los casos de anorexia nervosa. El interés por la dinámica familiar en los trastornos de alimentación se encuentra en la historia de la anorexia nervosa; sin embargo, el modelo de la familia psicósomática (Minuchin, et al., 1978), explica claramente como se presentan y organizan las características de estas familias, teniendo como sustento empírico la experiencia clínica. Los posteriores estudios intentaron o bien desmentir la validez del modelo, o comprobarla.

Una de las preguntas más apremiantes por resolver es si ¿la disfunción familiar está en la etiología del trastorno, o ha sido consecuencia de su presencia? Si bien podrían ser validados ambos casos, no se sabe cómo distinguir a aquellos de mayor riesgo. Los estudios prospectivos y/o estudios en muestras comunitarias proporcionan información pero existen pocas publicaciones al respecto. De éstas, la mayoría apoya la importancia de algunas variables familiares en la génesis del trastorno, sobre todo en los casos donde no se había diagnosticado la psicopatología alimentaria (S. Frank & Jacson, 1996; Treasure, et al., 2008).

Solucionar los conflictos es una difícil tarea para todas las familias, sin embargo en las familias con trastornos de alimentación este aspecto llega a convertirse en un serio problema ya que dificulta las tareas y metas encomendadas a la familia. Es un aspecto que ha creado controversias entre los especialistas que realizan terapia familiar, especialmente por la importancia que se le concede en el modelo de la familia psicósomática (Minuchin, et al., 1978). Los resultados de las investigaciones muestran la relevancia de este aspecto, pero también dejan ver las diferencias que hay entre las familias de acuerdo con el trastorno de alimentación que tengan.

Según este autor, las familias de pacientes con anorexia nervosa parecen evitar los conflictos, negarlos, especialmente aquellos que tienen que ver con los sentimientos de algún miembro; los padres suelen discutir menos con sus hijos y reportan menos discusiones que las familias control, estas familias obstaculizan toda clase de agresión y hostilidad entre sus miembros, como una forma de evitar que emerjan conflictos (Eisler, et al., 1997; Le Grange, 2005; Minuchin, et al., 1978).

La adaptabilidad está relacionada con el concepto de rigidez que da Minuchin en el modelo de familia psicósomática, es decir una menor adaptabilidad correspondería a una estructura familiar más rígida (Minuchin, et al., 1978).

Este aspecto parece estar más presente en familias de pacientes con anorexia nervosa ya que muestran una gran necesidad de aparentar armonía y consenso; pero sus niveles son demasiado altos comparados con grupos control. Contrariamente a lo que se esperaría, estas familias muestran mayor rigidez que las familias control, lo cual pone en duda su gran armonía (Loth, 2009).

Por otra parte, la cohesión se refiere al grado en que los miembros de la familia están implicados, se ayudan y apoyan entre sí, parece ser un punto que distingue a las familias con patología alimentaria de las que no la tienen y a su vez, también diferencia a las familias con hijas que presentan cuadros de anorexia nervosa de las que presentan bulimia nervosa, ya que las familias de anoréxicas nervosas muestran mayor cohesión, mayor necesidad familiar por mantener la armonía para evitar el estrés o los problemas y mayor rigidez que en las familias que tienen una hija con bulimia nervosa (Loth, 2009; Minuchin, et al., 1978; Strober, 1981).

Las familias anoréxicas tienden a ser altamente cohesivas, esto al parecer perjudica la individuación de sus miembros y favorece conductas de sobreprotección y control. Es especialmente nocivo en familias con miembros adolescentes (Strober, 1981).

En el estudio de familias de trastornos de alimentación, se ha concedido especial importancia a la comunicación; no obstante, existen pocas investigaciones que aborden detalladamente este aspecto, a pesar de que la expresividad ha resultado ser importante para diferenciar entre los subtipos de trastornos de alimentación, en las familias anoréxicas, de acuerdo con las investigaciones realizables, existen problemas

de comunicación, es menos común que muestren sus sentimientos, los códigos de comunicación son más complejos y contradictorios, mostrando un mayor número de comentarios críticos. Se muestran demasiado sobreprotectoras; no obstante, los padres suelen negar o ignorar las necesidades de sus hijas. Lo que origina una confusión entre las necesidades de las hijas con las de sus padres (Strober, 1981). La familia, de cualquier forma es una pequeña sociedad, es la arena donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección, tolerancia, firmeza y cariño. Es un medio flexible y atenuante que limita a la vez que contiene, y al mismo tiempo sirve de traducción de los impulsos de un mundo interno caótico, a uno más claro y significativo, de los estímulos masivos de una sociedad incomprensible a un mundo más organizado. Es la línea de continuidad entre niño y adulto y el mejor medio de comunicación entre dos o más generaciones. También es el organismo liberador que se encarga de soltar al adolescente maduro que se encuentra listo ya para la formación de otra unidad (Estrada, 2012). Labor que en los trastornos de la conducta alimentaria parece ser más complicada.

2.2.3. La familia en el origen de la anorexia nervosa

Se come en familia, por lo que debemos referir desde las diferencias sociales, que el ser humano no gusta de comer en soledad, dado que el alimento es el primer soporte del aparato psíquico, en el momento preciso de la identificación, la madre ofrece, por medio del alimento, una modalidad básica de seguridad y aceptación (Rausch & Bay, 2000).

En cuanto a la anorexia nervosa, se ha podido observar en los párrafos anteriores, que hay autores que sostienen que se puede desarrollar sin la existencia de una psicopatología familiar y otros que señalan que existe una mayor incidencia de casos de anorexia nervosa restrictiva cuando existe un padre alcohólico con rasgos agresivos, por lo tanto se alude al panorama familiar completo (Kaye, 2009). Las investigaciones genéticas han mencionado el binomio alcoholismo-agresividad en los casos de anorexia nervosa compulsivo purgativo (Strober, et al., 2000).

Por otro lado, se ha observado que en las familias con hijos anoréxicos existe una gran lealtad a los valores familiares, espíritu solidario, la presencia de una madre

sacrificada y la ausencia de un espacio de intimidad, hijos parentalizados y padres que actúan de forma inmadura (Caparrós, 1997). Como ya fue mencionado en una línea lo suficientemente amplia, Minuchin ha desarrollado su “modelo de familia psicósomática” (Minuchin, Baker, & Rosman, 1975) queriendo denominar una atmósfera facilitadora de la expresión corporal de las elaboraciones psíquicas. Se sostiene entonces, que este tipo de familias alienta la expresión emocional a través del área del cuerpo. Destacan tres factores de orden distinto, el primero sería el biológico: vulnerabilidad fisiológica del niño, característica típica del enfoque tradicional psicósomático.

Un segundo orden de rango grupal: aglutinamiento; entendido como una forma extrema de proximidad e intensidad en las relaciones familiares, mostrando una gran resonancia emocional y una escasa diferenciación interpersonal. Conforman el aglutinamiento la:

- Sobreprotección: entendiéndose como una consecuencia del aglutinamiento, mostrando una acentuada necesidad de amparo recíproco entre los integrantes de la familia.
- Rigidez: una gran dificultad de la familia y de sus miembros para adaptarse a los cambios, tanto del ambiente, como del nivel de maduración de los individuos.
- Ausencia de resolución de conflictos: los problemas son negados, o se postergan no enfrentándolos.

Finalmente, en este modelo de Minuchin aparece un tercer componente que atañe al mundo interno, definido como una intensa implicación del niño en el conflicto parental (Minuchin, et al., 1975).

Como podemos observar, estas ideas sugieren poderosamente la imagen de la no individuación. Si nos dejamos llevar por el ambiente descrito, se puede decir que la proximidad o la cercanía entre los miembros de la familia impide la diferenciación, es decir, este ejemplo de familia no es buena deparadora de un yo-imagen corporal, el cuerpo no deviene mi cuerpo y en ese sentido la disociación imaginaria cuerpo-mente se produce de manera patológica (Caparrós, 1997).

Por otro lado, la incapacidad para resolver los conflictos implica una etapa muy primitiva en el desarrollo del individuo, podríamos mencionarlo como una etapa

preedípica, ya que la dificultad para diferenciar el déficit y la incapacidad para reconocerlo y enfrentarlo nos habla de un periodo anterior al neurótico, con mecanismos defensivos básicos (Espina, et al., 2001).

Para comprender mejor el fenómeno parental en la anorexia nervosa, no podemos dejar de lado el “modelo comunicacional” de Selvini y Viaro (1988) que describe una especie de “juego familiar” desarrollado en etapas, originado de un conflicto parental en el que el paciente acaba implicado. Según estos autores, el hijo que en el futuro va a desarrollar una anorexia nervosa, se encuentra muy ligado a su madre, hasta que descubre que ésta se vuelca hacia otro hermano, lo cual provoca que se relacione mejor con el padre, como una revancha hacia la madre (Selvini & Viaro, 1988). Según sus observaciones existe una reiterada sobrevaloración del padre que no corresponde con la situación edípica, sino más bien con una búsqueda en éste de una función materna insuficientemente ejercida por la madre, a manera de sustituto de la madre, no de complemento de ésta.

Se han mencionado los casos en los que la hija con anorexia nervosa ha sido desde siempre la favorita del padre, hasta que en la adolescencia, ese estilo de funcionamiento se hace insoportable; ya que no se puede ser la favorita del padre, desplazando a la madre sin recibir el rechazo de ésta, por lo que la razón de la aparición del síntoma anoréxico en ambos casos es recuperar los privilegios perdidos (Selvini, et al., 1999). En el modelo anteriormente descrito, aparecen dos tipos de atmósferas, la primera muestra un patrón más regresivo y lleva ante todo hacia un mal manejo de la envidia; la segunda postura remite a una conflictiva superestructural edípica (Caparrós, 1997).

En ambos modelos se puede observar la pérdida de situaciones jerárquicas en la familia, donde se muestra un padre que ya no ocupa el espacio ancestral de cabeza de familia, debido a la excesiva laxitud de una educación que olvida la importancia de los límites en el proceso de crecimiento del infante humano. Además, en la actualidad, existe una madre también ausente debido a sus actividades fuera de casa y a la baja capacidad emocional para dar constancia objetal, así como a la rivalidad afectiva con el padre, que marca más la impresión de padres ausentes forjadores de patología (Selvini, et al., 1988). Desde la teoría Lacaniana, *“El Nombre-del-Padre queda forcluido*

cuando este significativo es denegado en el discurso de la madre” (Gárate & Marinas, 1996).

No podemos dejar de lado que la contribución de mayor influencia desde el punto de vista de la psicopatología individual, surge de los escritos de Bruch, los cuales abarcaron más de tres décadas. Ella destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en el reconocimiento de los estímulos, tales como las señales del cuerpo para reconocer el hambre. También describe en las pacientes una sensación paralizante de ineficacia, la cual la atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo.

La falta de autonomía de estas pacientes y la sensación de que nunca van a satisfacer las altas expectativas de sus padres, llevaron a Bruch a describirlas como “un gorrión en una jaula de oro, que quiere volar y despegar por su cuenta” (Bruch, 1978). Estas teorías han fundamentado varios abordajes terapéuticos y son consistentes con las observaciones clínicas en lo que se refiere a una marcada inseguridad en las pacientes y a la evidencia de relaciones familiares perturbadas (Caparrós, 1997).

Tampoco podemos dejar de lado el criterio de amenorrea que representaría una forma de regresión que elude a conflictos del crecimiento, a la incapacidad para la independencia personal y el desarrollo hacia una sexualidad adulta (Crisp, Hsu, Harding, & Hartshornm, 1980).

Un estudio concienzudo del desarrollo del padecimiento, que proporcione información sobre el medioambiente familiar, permitirá investigar los recursos actuales de ésta, las intenciones, los estilos de interacción, las lealtades y los compromisos que pudieran orientar al especialista a evaluar de que forma la familia puede ser incluida en el tratamiento. Al igual que realizar un análisis de su estructura que facilite información acerca de los cuidados paternos y estilos de maternaje que lograran influir en la aparición del trastorno alimentario, observar patrones evidentes de negligencia en el cuidado de los hijos, conductas de sobreprotección, agresión y maltrato tanto psicológico como emocional, abuso físico o sexual, conocer los estilos de comunicación y los patrones de organización familiar (Yager & Powers, 2007).

Según las observaciones de Garfinkel y Garner (1985) una persona puede ser más vulnerable para desarrollar un “trastorno de la conducta alimentaria” cuando se

dan determinadas combinaciones; situaciones individuales, familiares y socioculturales. Un ejemplo, según estos autores es que un evento estresante durante la adolescencia, en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas de los padres con respecto al peso y la figura, pudiesen precipitar el problema; sin embargo, la perpetuación del trastorno está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales de la alteración del comer en sí misma y de las ganancias secundarias proporcionadas por el ambiente familiar (Garner, et al., 1985). Desde el punto de vista de Selvini y su equipo (1999), en su núcleo más profundo, la opción anoréxica representa un intento defensivo del adolescente, adoptado para luchar contra los propios sentimientos depresivos de devaluación y la falta de confianza en sí misma que amenazan con vencerla (Selvini, et al., 1999).

Con base en lo investigado, queda más claro que la familia puede jugar un rol importante en el desarrollo de la anorexia nervosa y que la conducta que muestran los padres puede propiciar la aparición y mantenimiento del trastorno, siendo diferentes los enfoques dados a la situación de la enfermedad dentro del marco familiar, desde la perspectiva psicoanalítica hasta el enfoque sistémico.

Las investigaciones epigenéticas, mencionan la existencia de alguna predisposición genética con respecto a la forma, las preferencias y las conductas en las cuales los padres pueden influir en el desarrollo de ciertos patrones de alimentación, en cuanto a la relación gen-ambiente (Birch & Fisher, 1998; Lock, 2002).

Hay estudios que sugieren que el estilo de alimentación familiar puede incrementar el riesgo a desarrollar un trastorno de alimentación, y otros que sugieren que los padres, específicamente las madres, pueden contribuir a que sus hijos (particularmente sus hijas) tomen la decisión de perder peso (Pike & Rodin, 1991) y que patrones de alta crítica por parte de los padres también pueden contribuir a la aparición de un trastorno de alimentación (Hodes & Le Grange, 1993).

Desde la narrativa de la teoría sistémica se ha realizado el análisis de la relación madre-hija en los trastornos de la conducta alimentaria y se ha observado un tipo especial de familia con características comunes bien definidas, en las que se encuentra un ambiente propicio para que se desarrolle un trastorno del comportamiento alimentario (Betancourt, et al., 1997). Sin embargo, Selvini y sus colaboradores

habiendo observado el padecimiento desde la perspectiva psicoanalítica hasta el modelo de intervención sistémico de Milán, concluyen que el sufrimiento de las mujeres con anorexia nervosa, está alimentado por la rabia y la impaciencia de los padres hacia los síntomas. Por su parte el padre parece no entender y toma por absurdas, las conductas de dieta y el vómito; además de vivir todas las manías alimentarias de su hija, como una provocadora tortura mostrándose, por lo tanto, muy tenso, estresado e impaciente (Selvini, et al., 1999).

Como mencionamos con anterioridad, la adolescencia es una etapa del desarrollo psicosexual de importancia capital. Se trata de un momento evolutivo en donde se reorganizan y se producen los cambios necesarios para afrontar con éxito el futuro psicológico. Sin embargo, éste depende de la posibilidad del adolescente para enfrentarse al aumento cuantitativo de las pulsiones, del acceso a la genitalidad, de cómo se resuelve el duelo de los objetos primarios y de cómo se reelabora cognitivamente el ideal del yo (Freud, 1905). En la adolescencia existe una insuficiente diferenciación de las emociones y la relación con unos padres incapaces resultará una seria necesidad de negar éstas sensaciones, utilizándose mecanismos de adaptación empezando por desarrollar un mecanismo defensivo que podría ser un trastorno de alimentación.

Existe el planteamiento teórico psicoanalítico propuesto por una de las autoridades francesas más relevantes en las últimas décadas, Bernard Brusset, quien se ocupa de la aparición de la psicopatología alimentaria en la adolescencia y el papel tan importante que juega la familia en el proceso de instalación del síntoma, la cual nos ha facilitado la interpretación de los datos obtenidos, que se relacionan más con el objetivo de la presente investigación, a partir de una perspectiva donde la anorexia nervosa se origina en el estilo de relación con las figuras parentales, la cuales están cargadas de gran agresividad, aspectos ya mencionados, al mismo tiempo que se establece una puesta en entredicho y una venganza hacia lo que pueda representar la autoridad parental, ya que se solicita de ellos una dependencia profundamente regresiva que ni es admitida ni se soporta psicológicamente (Brusset, 1998).

Se ha descrito un tipo de familia en donde todos sus miembros se cuidan y se presentan como una familia unida y sin problemas, como menciona Minuchin (1998),

evitadoras de conflicto ya que existen mecanismos de denegación de los mismos, negación de las diferencias y los límites son poco claros entre los diferentes miembros. Sin embargo, en las pacientes hay que delimitar claramente cuál es su rol dentro de la familia, sus afectos, la forma en la que utilizan sus mecanismos defensivos, cómo interpretan los mensajes tanto de forma consciente como inconsciente y en qué medida la paciente se encuentra prisionera en una problemática que no es totalmente suya.

En la medida que se observan las relaciones familiares se encuentra frecuentemente, como en muchos de los trastornos mentales, una relación de doble vínculo, por un lado el mensaje paradójico de la paciente de negar justamente aquello que necesita, situación que explicaría las reacciones violentas que se presentan, sus contradicciones e incongruencias y al mismo tiempo, la necesidad de ser ayudada, estableciendo así vínculos claros de dependencia. De esta forma, aparece el prototipo del que habla Bruch (1978), de la paciente anoréxica; una chica modelo, con una gran autonomía anterior al problema de alimentación y que posteriormente desarrollará una gran dependencia a las figuras parentales.

En esta búsqueda de patrones evolutivos que expliquen porque se presenta la anorexia nervosa Brusset (1998), propone cuatro dimensiones:

- Déficit en el aprendizaje de las necesidades corporales: característica que puede ser imputable a la madre. Se trata de una situación en la que la madre reacciona alimentando al bebé sin importar la necesidad concreta de éste, como una gran incapacidad por parte de la madre de aprender a leer las necesidades de su hijo, lo cual mostraría unos cuidados inadecuados lo que podría dar base a la alexitimia y al falso yo, rasgos de personalidad característicos de los pacientes con anorexia nervosa.
- Las exigencias sociales y educativas: contempla dos aspectos importantes; la represión de las manifestaciones de agresividad, de la sexualidad, del autoerotismo y de la autonomía precoz. Y en segundo lugar la existencia de una exigencia sobre el rendimiento académico sobre todas las áreas importantes de la vida que termina por alienar a la hija.

- La profunda ambivalencia y la encrucijada narcisista de las relaciones madre-hija: como ya se mencionó, se detecta a través de la “doble cara” o doble vínculo, la dependencia regresiva tanto confesada como negada, la negación del conflicto intrageneracional. La paciente se siente aceptada y querida en la medida que corresponde estrechamente a lo que se le solicita, o a lo que cree que se le pide por parte de sus padres, dando lugar a un yo ideal de perfección y fomentar un sentimiento de ser todo poderosa. En la lucha permanente por conseguir diferenciar el sentimiento de lo propio con respecto a lo impuesto por la madre, aparecen una serie de mecanismos de defensa; la negación y la ausencia de una estructura y el encuentro de un espacio psíquico propio y sentimiento de identidad de sí misma. Justamente una falta de introyección de las funciones tranquilizadoras, protectoras y contenedoras de la madre impiden la continuidad del yo y el sentimiento de pertenencia, una falla del necesario “yo auxiliar” que debe representar la madre durante el desarrollo psicoafectivo de la hija. El ideal del yo asexuado de la paciente con anorexia nervosa, aparece vinculado a la falla de la estructura del superyó y del ideal del yo, con respecto a la identificación normal con la madre como un modelo femenino, este aspecto implica, igualmente, considerar el rol del padre.
- Las fallas de la función del padre según la personalidad de éste: hay que considerar la dinámica de la pareja y del grupo familiar. Es común encontrar un padre excluido, ausente, descalificado y devaluado por la madre, ésta ausencia de padre, como ya fue mencionado, deja a la hija en una situación de dependencia e indiferenciación de la madre con actitudes ambivalentes, lo que lleva a alianzas entre la madre y la hija para descalificar al padre y no darle voz de mando.

Para evaluar la función de la familia, son útiles las siguientes categorías:

- La capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales.
- La intensidad y calidad de la comunicación.
- La clase y graduación de la expresión afectiva.
- El nivel de autonomía que se permite a sus miembros.

- La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de una misma familia.

Se busca además, desde el punto de vista clínico, el grado de ternura y afecto entre sus miembros, el balance existente entre el dominio de los padres y la clase y grado de proyección de roles, principalmente el de éstos hacia los hijos (Estrada, 2012). Si tomamos estos conceptos y visualizamos al “sistema” recorriendo un ciclo vital encargado de una misión, tendremos que cuestionarnos cuáles son sus objetivos principales en cada una de las etapas del ciclo, objetivos que podríamos dividir en dos grandes grupos:

- Resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo.
- Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

Según la teoría psicoanalítica fusionada con la teoría sistémica, es muy importante evaluar las cuatro áreas del desarrollo del individuo, y observarlas también dentro del proceso familiar:

Pollak (1965) describe cuatro fases por las que atraviesa una pareja:

- Antes de la llegada de los hijos.
- La crianza de los hijos, propiamente dicha.
- Cuando los hijos se van del hogar.
- Después de que los hijos se van.

Estrada (2012), amplía el ciclo vital de la familia con la finalidad de lograr un diagnóstico más fino y mejorar la intervención en el tratamiento, así como reconocer el ciclo vital en el que la familia se encuentra transitando y saber si se ha instalado en alguno o continúa su evolución:

- El desprendimiento: la elección de pareja y la separación de la familia de origen.
- El encuentro: cuando la nueva pareja se puede observar a sí misma y pueden renunciar a sus propias ideas y completarse con las de ambos, y así crear nuevas reglas.

- Los hijos: cuando la pareja está lista para cuidar de un nuevo ser y tener nuevos “anclajes emocionales”.
- La adolescencia de los hijos: reedición de la etapa de la infancia que permita consolidar el proceso de separación-individuación.
- El reencuentro: cuando los hijos han crecido y no necesitan ya tanto de los padres y la pareja no se ha perdido y se consolida.
- La vejez: la independencia de la pareja y el crecimiento emocional necesario para aceptar las debilidades propias de la edad y adaptarse a las situaciones, aceptación de las parejas de los hijos y los nietos, como miembros de la familia.

Sobre estos conceptos se puede interpretar perfectamente la evolución de la familia lo cual puede facilitar el proceso de investigación, ya que de cada una de estas fases se encuentran tareas específicas con las que la familia se descubre y que deben ser resueltas para continuar con un crecimiento saludable.

Dentro de cada una de estas fases existen incesantes interacciones entre los miembros de la familia que Estrada (1012) divide a su vez en cuatro grandes áreas:

- Área de identidad: se refiere a la constante reorientación interpersonal que ofrece el medio familiar, mediante la cual se fortalece el desarrollo de la personalidad, en especial en ciertos aspectos del superyó. El sentimiento de ser uno mismo durante toda la vida requiere de una alimentación continua que rectifique a cada paso la edad y circunstancias apropiadas, como proveer a la pareja un anclaje capaz de subsistir al anterior de los padres, facilita la resolución de ciertos complejos y favorece la relación saludable con los hijos, de la misma manera ayuda a elaborar los duelos, sin que haya menoscabo en la importancia del *self*.
- Área de la sexualidad: es importante observar que la interacción proceda hacia la búsqueda de una armonía que complemente las áreas psíquica y biológica, además de facilitar la madurez del *self* a través de la reproducción y brindar apoyo en cualquier conflicto que aparezca cuando los hijos entran en la adolescencia.
- Área de la economía: es importante que ésta área se encuentre resuelta a lo largo del proceso de crecimiento de la pareja, para que les proporcione los

bienes para vivir mejor cada etapa de la vida, con esta preocupación librada, resultará menos difícil adaptarse a cada una de las nuevas etapas del ciclo vital.

- Área del fortalecimiento del yo: se requiere de ayuda mutua para aprender el papel de esposo o esposa, además de la libertad para expresar la propia personalidad y mantener así el sentimiento de identidad y se hace necesario reforzar la interacción entre la familia y la sociedad. Es importante que en esta área la pareja aprenda el papel de padre y madre así como la manera de protegerse mutuamente para no usar a los hijos con fines de satisfacer las propias necesidades o llenar sus vacíos de identidad (A. Espina, 2005; Estrada, 2012).

Con base a esta información, y considerando que se ha realizado una amplia revisión teórica de lo escrito sobre las relaciones familiares, investigación que se consideró necesaria porque contribuye a interpretar las narrativas, se continuará con la información teórica relevante acerca de los estadios de la evolución de la enfermedad utilizados comúnmente por el modelo médico.

CAPITULO III

EL TRATAMIENTO, LA RECAIDA Y LA REMISIÓN SINTOMATOLÓGICA

3.1. Descripción desde la mirada médica del curso y la evolución

Los trastornos de la alimentación son padecimientos que ocurren más frecuentemente en población adolescente y en adultos jóvenes, esta condición puede llegar a cronificarse y mostrar frecuentes recaídas, asociadas con la comorbilidad psiquiátrica y las consecuencias médicas de la desnutrición (Yager & Powers, 2007).

El estudio del curso de la enfermedad, una vertiente de la patocronia (*phatos*, afección; *khronos*, tiempo), implica la consideración del comienzo, el periodo de estado y la terminación de los procesos patológicos. Clásicamente, se consideraba la terminación como curación, incurabilidad o muerte (Jauregui, 2009).

En los trastornos de la conducta alimentaria, existen tres tipos de problemas; los de los pacientes (casi siempre el miedo), los relacionados con la familia (alteración en la dinámica familiar, incompetencia como cuidadores, etc.) y por último, los imputables al tratamiento (formación inadecuada de los terapeutas, falta de experiencia en la clínica, un equipo coordinado de manera insuficiente). Lo que hace que muchos pacientes no se curen, produciendo un fracaso terapéutico, a veces repetitivo, que lleva al paciente y su familia a un auténtico peregrinar de centro en centro y de terapeuta en terapeuta (Balcells, 1974; Seva, 1979).

Se considera de vital importancia definir algunos términos en lo que al curso de la enfermedad se refiere:

Curación: el retorno del enfermo a su modo de vida normal, a su individual modo de estar sano.

Remisión: es la disminución de la intensidad de los síntomas.

Recurrencia: reaparición de los síntomas después de una remisión.

Recaída: reaparición de un padecimiento sin haber llegado al estado de salud completa (en el periodo de convalecencia).

Recidiva: reaparición de un padecimiento más o menos tiempo después de un periodo de salud completa (Balcells, 1974; Seva, 1979).

Y desde la perspectiva psicológica, y específicamente en los trastornos de alimentación, hay algunos términos de especial relevancia tales como (Calvo, 2002):

Recaída: ocurrencia de aquellos comportamientos en los que ya se había hecho un progreso y cuya reincidencia produce una merma de los conseguidos, pudiendo empujar al paciente al nivel inicial de su patología. En los trastornos de alimentación, el momento más probable para la recaída es el primer año tras el alta. En los cinco años siguientes también resulta frecuente en relación con situaciones de estrés intenso y cambios vitales radicales.

Episodio recurrente: sería el resurgimiento de conductas inadecuadas ante mayores demandas o amenazas durante el tratamiento.

Falsa recuperación: mejorías no reales debidas a estrategias terapéuticas erróneas o interacciones terapeuta-paciente asimismo equivocadas. La conducta patológica reaparecerá pronto aparentando una recaída.

En cuanto a la modalidad evolutiva de los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores señalan para la anorexia nervosa dos tipos bien diferenciados: (Jauregui, 2009).

Una anorexia nervosa “procesual”, incurable, con remisiones y exacerbaciones y una anorexia nervosa “reactiva”, limitada, curable, propia de adolescentes. Pues bien, estos posibles subtipos nos llevan a hacer referencia a la definición de ambos modos de evolución:

Proceso: ocurre una mutación verdadera o permanente de la personalidad del paciente que supone una mayor o menor ruptura con su personalidad anterior. Se podría decir que ni es y no va a ser la misma persona.

Reacción: respuesta psíquica a cualquier estímulo o vivencia. Se considera patológica por lo anormal en el momento de presentarse o por la prolongación en el tiempo.

Los términos de recaída y remisión que se utilizarán en la presente investigación, son los que han sido descritos por los investigadores especializados en trastornos de alimentación, específicamente en anorexia nervosa.

La recaída

El proceso de la recuperación de la anorexia nervosa es un fenómeno complicado y difícil de explicar, mientras un tratamiento adecuado e intensivo puede ir directamente a la remisión de los síntomas en algunos casos, en otros, no se logra ésta

mejoría y se continúa con la sintomatología florida o se tienen constantes recaídas, y las razones son poco claras (Federici & Kaplan, 2008).

La recaída, según Jauregui es la reaparición de una enfermedad sin haber llegado al estado de salud completo, dentro del periodo de convalecencia (Jauregui, 2009).

Los estudios longitudinales (Finfgeld, 2002; D. B. Herzog, Schelberg, & Deter, 1997; Pike, 1998; Steinhausen, 2002) proveen algunas evidencias de que los pacientes que presentan conductas purgativas, bajo peso, larga duración de la enfermedad, edad de inicio tardía y comorbilidad con otros padecimientos, presentan mayor número de recaídas.

Strober y su equipo, en un estudio longitudinal acerca de la evolución de la anorexia nervosa, encontraron una asociación significativa entre un pobre resultado clínico y un ambiente familiar adverso, deseos compulsivos de hacer ejercicio y dificultades en la sociabilización (M. Strober, Freeman, & Morrel, 1997).

Carter y sus colaboradores identificaron como severos predictores para la recaída la presencia de una historia de intentos de suicidio, tratamientos intensivos previos, y preocupaciones obsesivas acerca del peso y la figura (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock, & Woodside, 2004).

Los pacientes que han tenido una recaída tienen dudas acerca de su capacidad de mantenerse comiendo adecuadamente y responder ante los estímulos del medio ambiente, reconocen el beneficio de utilizar el síntoma para afrontar las situaciones de la vida, además de que llevan a cabo el tratamiento más por las personas que se encuentran a su alrededor que como una necesidad propia (Federici & Kaplan, 2008).

La remisión

Se considera que una paciente ha remitido el síntoma del trastorno de la alimentación, cuando ha logrado recuperar un peso sano y todas las funciones fisiológicas han vuelto a su ritmo normal, como la menstruación y las sensaciones de hambre y saciedad, se ha observado también que las preocupaciones por el peso y la figura han disminuido notablemente, debidas a la recuperación nutricional, hay estudios longitudinales que

han reportado una mejoría de cerca del 50% de los casos estudiados a lo largo de 10 años (Hsu, 1991).

Con respecto al pronóstico, después de más de 5 años de duración del padecimiento, éste es reservado, ya que se considera una larga duración de la enfermedad, el bajo peso persiste a lo largo del tiempo, las conductas de vómito, de atracones o restricciones continúan, al igual que el pobre funcionamiento personal y familiar, así como repetidas hospitalizaciones; sin embargo, cuando la recuperación sucede antes de los cinco años de evolución, las pacientes se involucran más adecuadamente con el tratamiento, y existen evidencias de que un tratamiento riguroso durante la fase aguda de la enfermedad puede reducir notoriamente la permanencia de la enfermedad y disminuir la mortalidad (Hsu, 1996).

Cura

En lo que se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000c) señala que en la anorexia nervosa el porcentaje de personas que se recuperan por completo es moderado.

El DSM IV-TR (APA, 2000a) hace referencia a la anorexia nervosa indicando que el curso y el desenlace del trastorno es variable. Señala que cabe la recuperación total tras un único episodio, un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y un posible deterioro crónico a lo largo de los años.

Parece que en los siguientes cinco años después del inicio, una parte significativa de los pacientes con anorexia nervosa restrictiva empiezan a recurrir a atracones lo que marca un cambio al subtipo compulsivo purgativo. Por otro lado, un cambio sostenido en el cuadro clínico, con aumento de peso y presencia de atracones y purgas, puede llevar hacia la bulimia nervosa. La misma fuente menciona que la mortalidad, en el largo plazo, está aproximadamente en un 10 % de los pacientes, bien por inanición, suicidio o desequilibrios electrolíticos.

Finalmente, la APA (2000) considera como curso crónico un trastorno de alimentación de 10 años o más de duración. Las características señaladas para estos pacientes serían: incapacidad de mantener un peso sano, presencia de depresión crónica, obsesividad y retraimiento social. Sobre la cronicidad, Herzog y sus

colaboradores (1996) elaboraron un estudio, donde observaron que, con el tiempo, muchos pacientes siguen teniendo alteraciones de la imagen corporal, alteraciones en su conducta alimentaria y presencia de trastornos comórbidos (D. B. Herzog, et al., 1996).

Por su parte, Halmi y su equipo (1991) observó, en un seguimiento a cuatro años, tras el inicio del trastorno, buena evolución (44%), deficiente evolución (24%), evolución intermedia (28%) y mortalidad precoz (5%), donde buena evolución se refiere a una adecuada recuperación ponderal hasta quedar a menos del 15% del peso recomendado para la talla y una menstruación regular establecida. Una mala evolución se refiere a que el peso no llega a los niveles adecuados de nutrición, y la menstruación no está bien restablecida o aparece esporádicamente.

En el mismo trabajo, estos autores reportan que dos tercios de los pacientes siguen teniendo, después de cuatro años de inicio del trastorno, preocupación constante y patológica por el peso y la comida.

Hasta un 40% pueden presentar síntomas bulímicos, incluso entre los del grupo con buena evolución. Finalmente, se señala que muchos presentan distimia, fobia social, sintomatología obsesivo compulsiva y consumo de sustancias (Halmi, et al., 1991).

En algunos otros estudios, se aprecia que a más años de evolución considerados en el seguimiento, hay mayor porcentaje de pacientes con mal pronóstico (Deter & Herzog, 1994; Eckert, et al., 1995; Ratnasuriya, et al., 1991). Eckert y Halmi (1995) encontraron que a diez años de seguimiento, el 11.8% presentaban mal pronóstico, Deter y Herzog (1994), a doce años de seguimiento, reportaron un mal pronóstico en el 17% de los casos y Ratnasuriya (1991) comenta que el 20% presentaba mal pronóstico a 20 años de seguimiento.

Strober y sus colaboradores en un estudio longitudinal, con adolescentes, de 10-15 años, encuentran que el 76% de los sujetos mostraron recuperaciones totales con un tiempo medio necesario para dicha recuperación de 57-59 meses (M. Strober, et al., 1997; M. Strober, Freeman, & Morrel, 1999).

Sobre estudios de mortalidad, Sullivan señala que las mujeres jóvenes con anorexia nervosa presentan una mortalidad 12 veces mayor que las mujeres en edad

similar sin anorexia nervosa. Esto supone el doble de la mortalidad de mujeres jóvenes afectadas por otros trastornos psiquiátricos (Sullivan, 1995).

De hecho, Harris refiere que la mayor mortalidad en pacientes psiquiátricos se da en los trastornos de la conducta alimentaria y en los trastornos por el consumo de sustancias (Harris & Barraclough, 1998).

Sobre el pronóstico de la anorexia nervosa se han venido proponiendo algunos indicadores que, en muchas ocasiones, no dejan de ser sino simples inferencias a partir del sentido común. Así por ejemplo Hsu (1990), señala como elementos de peor pronóstico un peso mínimo inicial demasiado bajo, la presencia de vómitos, la incapacidad de respuesta a tratamientos previos, las relaciones familiares alteradas antes del inicio de la enfermedad y el estar casado (Hsu, 1990).

Por su parte los ya citados, Hsu, Theander y Halmi, apuntan a un peor pronóstico con larga duración de la enfermedad, edad de inicio más avanzada, ingresos previos en hospitales psiquiátricos, dificultades en la adaptación social durante la niñez, anomalías premórbidas en la personalidad y relaciones inadecuadas entre el paciente y su familia (Halmi, 1992; Hsu, 1996; Teander, 1985).

Russel apunta a un mayor riesgo de complicaciones médicas graves en el subtipo purgativo de la anorexia nervosa (Russell, 1979) y diferentes autores señalan que a menor edad, mejor evolución (Kreipe, Churchill, & Strauss, 1989; Nussbaum, Shenker, Baird, & Saravay, 1985; Steiner, Mazer, & Litt, 1990).

Sin embargo, en un estudio más reciente (Deter, Schelberg, Koop, Friederich, & Herzog, 2005) se analiza una muestra de pacientes con anorexia nervosa con un seguimiento de 9 y 19 años. El resultado del análisis de regresión llevado a cabo indicó que los elementos predictores más importantes son la edad de inicio de la enfermedad, la presencia de conductas purgativas, una baja en la albúmina, una elevada transaminasa glutámica oxalacética, la psicopatología y dificultades sociales, como la presencia de una fobia.

Estos elementos parecen diferenciar a todos los pacientes recuperados de los que siguen enfermos. Mientras que para detectar un curso positivo o no en los pacientes con anorexia nervosa, se hacen relevantes un pequeño número de variables. Según el manual de trastornos de alimentación (Yager & Powers, 2007), el curso del

trastorno es inestable, oscilando entre la cronicidad y las recaídas, menciona que se llevó a cabo un meta-análisis de 119 estudios, donde se incluyeron 5,590 pacientes con anorexia nervosa, a un seguimiento entre 5 y 29 años, donde se muestra que menos de la mitad de la muestra obtuvieron una total recuperación; una tercera parte mejoró, mostrando una sintomatología severa y en una quinta parte se cronificó el padecimiento. Y aún en los que se recuperaron totalmente un tercio vivió la experiencia de las recaídas

3.2. Los modelos de tratamiento

Como se pudo observar, el curso de la anorexia nervosa es muy variado, oscilando entre una severa cronicidad y recaídas constantes, además de que aún no se conoce con exactitud qué factores contribuyen a que un paciente se recupere completamente y otros evolucionen de forma crónica.

Se han aislado factores que perpetúan la enfermedad, los cuales son: la desnutrición que en sí misma provoca alteraciones funcionales y emocionales, los vómitos que exacerban la enfermedad ya que aparentemente son interpretados como una solución a los problemas tanto de alimentación como interpersonales, convirtiéndose en una técnica para bajar la ansiedad, controlar las emociones y las percepciones corporales las cuales se ven alteradas como si fuera un mecanismo interno que ayudara a regular las cantidades de carbohidratos ingeridos, ya que se sienten fuera de control cuando los consumen y como consecuencia, los suprimen (Eisler, et al., 2003; Rausch & Bay, 2000).

Realizando una breve reseña de algunas de las hipótesis que han elaborado las distintas corrientes psicológicas y desde las cuales han surgido sus correspondientes propuestas de tratamiento, se encuentran el modelo psicoanalítico, el conductismo, la psicoterapia cognitivo conductual y educacional, las cuales han sido utilizadas de forma individual, grupal y familiar, tanto para pacientes de consulta externa como internos.

Algunas de las características con las que han sido relacionadas las conductas de la anorexia nervosa son: tendencias obsesivas y compulsivas vinculadas a preocupaciones acerca del peso como respuesta a presiones sociales y del grupo de pares relacionadas a cambios en los roles de género y a patrones de belleza;

infantilización; conflictos acerca de la madurez y estar inserto en un sistema que tiende a eludir la expresión abierta de conflictos dando lugar a que uno de los padres se sobre involucre con el hijo, al cual considera vulnerable, información que ya ha sido ampliamente descrita por Selvini y sus colaboradores.

Cuando las pacientes con anorexia nervosa descubren que pueden sentirse mejor controlando la forma de su cuerpo a través de perder peso, son capaces de mantener el patrón alimentario inadecuado por más tiempo, ya que a través de ello logran tener la sensación de mantener en orden y control su vida.

Evaluación médica

La evaluación correcta de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es esencial para determinar apropiadamente el curso del tratamiento.

Los parámetros más importantes de tomar en cuenta son, el peso, el estatus del metabolismo y los síntomas cardíacos, la decisión de mantener un tratamiento intrahospitalario o ambulatorio dependerá de la evaluación psiquiátrica (esto es si tiene pensamientos o conductas que atenten contra su vida o contra la de los demás) y de los factores médicos en general (estabilidad bioquímica, presencia de infecciones, severa desnutrición, etc.) y la decisión de hospitalización sería un hospital psiquiátrico contra un hospital general, dependiendo de la sintomatología (Bulick, Sullivan, Fear, & Pickering, 1997).

Manejo psiquiátrico

El componente más importante del manejo psiquiátrico es establecer una adecuada alianza terapéutica, coordinar el cuidado y el manejo con las otras áreas del hospital, como la alimentación y el manejo de medicamentos y el terapéutico que contribuya con monitorear la disminución de síntomas y el cambio de las conductas (APA, 2000b).

Objetivos del tratamiento

Para las pacientes con anorexia nervosa, el objetivo de tratamiento, como ya ha sido mencionado, es llevar a la paciente a un peso sano. Los indicadores serían, en las

mujeres, regresar a un patrón de ovulación normal y en los hombres, niveles hormonales normales y regreso de la energía libidinal.

Lograr que el paciente se involucre en su tratamiento y en su propia recuperación, proveer educación con respecto a la salud nutricional y conductas alimentarias sanas, corregir los pensamientos distorsionados que llevan a conductas poco sanas, corregir las condiciones psiquiátricas como la regulación afectiva y la autoestima, proveer soporte y orientación a la familia y prevenir las recaídas (APA, 2000b; Bulick, et al., 1997).

Psicoeducación y rehabilitación nutricional

Debido a que la anorexia nervosa es un clásico ejemplo de un trastorno en el cual la conducta inicial se convierte en guía de la enfermedad, al igual que en un patrón de mantenimiento y perpetuación de la misma, se recomiendan tratamientos dirigidos inicialmente al cambio de conducta y posteriormente, al cambio en procesos más avanzados como las cogniciones y las emociones (Casper, 1990).

Actualmente, se concibe un enfoque terapéutico interdisciplinario para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Éste comprende la intervención de profesionales de diversas especialidades que trabajen en coordinación conjunta desde la evaluación inicial y durante el progreso del tratamiento (Caballero, et al., 2005; Cervantes, et al., 2009).

Es menester tomar en cuenta que los pacientes acuden a consulta, la mayor parte de las veces, en contra de su voluntad y con nula conciencia de enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento debe incluir un programa de psicoeducación que les enseñe al paciente y a sus familiares, los pormenores de la enfermedad, las consecuencias físicas y psicológicas de estos padecimientos, los modos de manejo en casa y una mayor comprensión del padecimiento (Yager & Powers, 2007).

De esta forma y con base en investigaciones previas, se ha observado que la terapia con enfoque psicoeducacional, puede ser la mejor opción de tratamiento inicial y posteriormente, continuar con un enfoque conductual y cognitivo conductual y para finalizar el tratamiento, una psicoterapia interpersonal de corte psicodinámico o más analítico derivado del psicoanálisis, que le permita al paciente continuar con las

mejorías alcanzadas y comprender cuál es la función del síntoma y el porqué de la recurrencia de las recaídas (Rausch & Bay, 2000).

En la anorexia nervosa, el objetivo inicial del tratamiento, como ya fue mencionado, es la recuperación ponderal hasta restaurar un peso sano en el cual la menstruación y la ovulación se presenten en forma natural en las mujeres y normalización de las hormonas sexuales en los hombres. Por supuesto habrá, que tratar también las complicaciones físicas derivadas de la desnutrición y tratar los padecimientos psiquiátricos comórbidos. Es necesario asesorar a la familia y tratar la disfunción familiar que frecuentemente se presenta en estos casos (Favaro, et al., 2009).

La rehabilitación nutricional debe ser establecida y dirigida por un nutriólogo quien tomará como objetivo la ganancia ponderal a lo largo de las semanas. El aumento de peso debe ser paulatino para evitar un síndrome de realimentación, secundario a una disminución grave de fósforo en la sangre (G. K. Frank, Kaye, & Marcus, 2001).

Durante la fase de renutrición, la monitorización médica es indispensable y debe incluir toma de signos vitales, búsqueda de edema o de datos de insuficiencia cardiaca congestiva así como los síntomas gastrointestinales asociados, particularmente distensión gástrica, dolor tipo cólico, reflujo gastroesofágico y estreñimiento. La actividad física debe estar limitada a reposo relativo en casa o en el hospital.

Además, a lo largo del tratamiento deberán incluirse paulatinamente los alimentos temidos por la paciente, en coordinación con el tratamiento psicoterapéutico asociado (Caballero, et al., 2005; Whitney, Haigh, Weinman, & Treasure, 2007).

Estrategias de psicoterapia

La adherencia a un solo marco teórico para tratar pacientes con anorexia nervosa la mayoría de las veces resulta insuficiente y poco efectiva, en ausencia de un acercamiento psicoterapéutico, que se establezca como seguro basado en evidencias (Yager & Powers, 2007).

Lo más recomendable es tener conocimientos de diferentes corrientes terapéuticas, no en el sentido de una formación ecléctica, sino en el conocimiento de diversos paradigmas de tratamiento, que proporcionen una “caja de herramientas” que permitan al clínico utilizarlas, según lo crea conveniente y de acuerdo con sus experiencias anteriores, de tal forma es recomendable tener una formación y conocimiento profundo de la psicología del *self*, principios básicos de psicoterapia, cognitiva, conductual, interpersonal, motivacional y psicodinámica.

La psicoterapia es una herramienta fundamental en el manejo de la anorexia nervosa. Sin embargo, es necesario considerar que si no existe un proceso de rehabilitación nutricional concomitante, seguramente los resultados serán modestos en el mejor de los casos, o llevar hasta la muerte (Caballero, et al., 2005).

Desde la premisa cognitivo conductual, el miedo a comer es activado por pensamientos distorsionados sobre los alimentos. La restricción de alimentos reduce el temor a ganar peso y tiene un efecto positivo en la autoestima del enfermo (Garner & Bemis, 1982). Los factores cognoscitivos que mantienen a la anorexia nervosa son: la baja autoestima, las dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales y las preocupaciones exageradas por el peso y la figura corporal. Lo que las lleva a practicar dietas estrictas con la consecuente pérdida de peso. El incremento natural de la sensación de hambre y la preocupación por los alimentos aumentan y entonces efectúan una restricción más severa, por lo que la pérdida ponderal empeora. Esta asociación de fenómenos cognoscitivos y conductuales sustentan los preceptos básicos de la terapia cognitivo conductual.

La restricción alimentaria, pareciera ser una fobia a los alimentos que se perpetúa en sí misma, los pensamientos relacionados a transgredir la restricción de los alimentos provocados por el hambre causan miedo (Garner & Bemis, 1982).

La función del síntoma de la anorexia nervosa, es el medio para huir de los problemas y de las situaciones emocionales, teniendo así una función positiva en la vida de las pacientes (González-Macías, et al., 2003). El padecimiento alivia los miedos y las tensiones derivadas de los modos de afrontamiento deficientes, la restricción de alimentos le da a la paciente sentimientos de confianza y control (Caballero, et al., 2005).

Las técnicas cognitivas están dirigidas a corregir la distorsión de los pensamientos relacionados con el consumo de alimentos y con su evitación. El objetivo de los métodos conductuales es incrementar el peso. La combinación de ambas reduce la ansiedad asociada con el cambio conductual. A lo largo del tratamiento, se clarifican las conexiones entre las dificultades interpersonales y la restricción de los alimentos, además de identificar las áreas deficientes en la resolución de problemas y desarrollar habilidades de afrontamiento diferentes y efectivas (Eisler, et al., 2003).

Tratamientos propuestos para familiares

Como ya fue mencionado, Minuchin y sus colaboradores (1978) proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nervosa. El objetivo del tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones entre sus miembros (Rausch & Bay, 2000).

Debido a que la sociedad en nuestros días descansa sobre la familia nuclear, se puede decir que sus antecedentes más próximos alcanzan el siglo XVII, cuando se reconoce a la familia como depositaria de la educación y de los primeros vínculos socioculturales. La familia como estructura ya formada, posee un perfil determinado y funciones concretas reservadas a cada miembro, los integrantes pueden pensar que actúan por su libre albedrío; sin embargo los actos y decisiones tienen un sentido que ya es conferido por el grupo al que pertenecen (Caparrós, 1997).

3.3. Las propuestas de tratamiento con apoyo del cuidador primario

Minuchin y sus colaboradores (1978) llevaron a cabo el primer estudio donde se reportan cincuenta y tres casos de anorexia nervosa con más de tres años de evolución del padecimiento. Se les proporcionó un tratamiento mixto que incluyó tanto terapia familiar como individual y los resultados indicaron una mejoría en el 86% de los casos.

A partir de este antecedente, se dio a conocer el modelo teórico que pondera que los padres pueden influir en la aparición y mantenimiento del trastorno de alimentación (Minuchin, et al., 1978). Este modelo ha servido de referente para realizar estudios posteriores de forma más controlada, dichos estudios se basan en el tratamiento a familiares realizado en el Hospital Maudsley, en Londres (Dare, Eisler, &

Russell, 1990; Le Grange, Eisler, & Russell, 1991; Lock, Le Grange, Agras, & Dare, 2001; Russell, et al., 1987), donde se comparó un tratamiento basado en la intervención de la familia en pacientes de consulta externa, contra un tratamiento individual a pacientes escogidos al azar, durante el tiempo de la restauración del peso.

En la investigación se incluyeron ochenta ingresos continuos al Hospital Maudsley que cumplieran los criterios para un trastorno de alimentación de bajo peso. Al término de un año, en el subgrupo de adolescentes que fue sometido a ambos tratamientos, el 70% mostró una mejoría mayor que los casos que únicamente llevaron terapia individual. A cinco años de evolución, la mejoría se mantuvo en el 36% de los casos reportados (Eisler, et al., 1997).

A partir de esta exploración, otras investigaciones (Eisler, et al., 2000; Le Grange, et al., 1992) han obtenido resultados similares, sobre la base de la intervención dirigida a familiares. Sin embargo, habría que anotar que el foco del tratamiento ha cambiado: Minuchin en su primera propuesta de tratamiento menciona que los padres se deben encargar persistentemente en el aumento de peso. En cambio, en el modelo del Hospital Maudsley, Treasure propone la tarea de que tanto las pacientes como la familia, se hagan cargo de lograr el control de la conducta anoréxica que afecta toda la dinámica familiar (Eisler, et al., 2003).

En conclusión, Garner y su equipo (Garner & Bemis, 1982), califican a la anorexia nervosa como un síndrome psiquiátrico diferenciado que tiene una patogénesis compleja. Las manifestaciones clínicas de éste son el resultado de múltiples factores predisponentes y precipitantes que interfieren con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas del medio ambiente en un momento dado. Estos investigadores consideran a la enfermedad como un proceso donde existe una interacción continua entre el individuo, los síntomas, sus intentos de lidiar con ellos y su mundo externo.

Observan asimismo, que en la dinámica familiar existe un sobre involucramiento de por lo menos uno de los padres, el cual se convierte en aliado de la enfermedad, facilita el mantenimiento de la misma y actúa como cómplice y reforzador de la conducta anoréxica. Esta conducta, en el largo plazo, condiciona que

el padecimiento se vaya cronificando, altere totalmente el ambiente familiar y acabe por incapacitar al miembro de la familia que lo padece.

Con relación a estas conclusiones y de acuerdo a la experiencia clínica, de quince años de trabajar con pacientes y familiares en una institución de Salud Pública con un servicio de tratamiento para trastornos de alimentación en la Ciudad de México, se consideró necesario presentar la propuesta de tratamiento.

3.3.1. Tratamiento en una Institución de Salud Pública

La Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria dentro de un instituto de salud pública de tercer nivel de atención, lleva 17 años de haber sido fundada y de acuerdo con la experiencia clínica, se manifestó la necesidad de crear un equipo multidisciplinario de clínicos que integrase el apoyo de psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y terapeutas familiares, con la mira de ofrecer un tratamiento integral.

El equipo de trabajo es encabezado por un psiquiatra que lleva a cabo el diagnóstico clínico y monitorea el tratamiento en general y particularmente, el farmacológico de ser necesario, considera la intervención de otros médicos como el internista o el neurólogo. El licenciado en nutrición, se encarga de proporcionar un plan de alimentación adecuado para cada una de las pacientes, que tiene la finalidad de restaurar el peso, llevar al paciente a un índice de masa corporal sano y enseñarle a comer a través de la estrategia de equivalencias, evitando contar calorías o hacer menús, disminuyendo así las conductas de ayuno y restricción.

Un psicólogo especializado en diversas técnicas psicoterapéuticas, quien proporciona la intervención terapéutica una vez que el paciente muestra un estado de nutrición adecuado, de acuerdo a un índice de masa corporal, arriba de 18.5 o que se halla presentado la menstruación. La intervención puede ser individual o grupal, dependiendo de los requerimientos del caso, además de coordinar un grupo de apoyo a familiares, en el cual se incluyen únicamente los padres de pacientes que han presentado al menos una recaída, o han tenido dificultades en seguir el tratamiento por sí solos, lo que los convierte en pacientes de difícil manejo y a partir de aquí pueden ser derivados a terapia familiar. Los especialistas en terapia familiar, consideran, de acuerdo con su criterio, el tipo de intervención que requerirán: la

familia completa o dividida por subsistemas, los padres, o los hijos únicamente, los padres y la paciente, familias con miembros ausentes, etc.

Se han observado casos en los que las pacientes no responden de la manera esperada al tratamiento, o que se rehúsan a continuar en tratamiento después de la recaída, o tardan demasiado tiempo en mostrar avances y en lograr un apego adecuado y otros casos en los que la paciente responde rápidamente al tratamiento, únicamente con la psicoeducación y la intervención farmacológica y llega un momento en el que se estancan, permaneciendo en un peso bajo (*impasse*), y posteriormente presentan la recaída, siendo este el tipo de casos que han sido elegidos para conocer sus experiencias ante el inicio del trastorno, el tratamiento y el significado que otorgan a la recaída.

Partiendo de los manuales de tratamiento internacionales (Eisler, et al., 2003; Garner & Bemis, 1982; Hsu, 1986), se creó un programa de psicoeducación, dirigido a padres, cuidadores y pacientes, adaptado a las necesidades de la población mexicana. El programa proporciona información médica basada en evidencia, evitando las distorsiones cognoscitivas sobre el padecimiento y cuestionando las ideas populares y mitos con respecto al valor nutricional de los alimentos y las comidas, con la finalidad de cuestionar las creencias con respecto a la sintomatología, las distorsiones cognitivas acerca de la comida y los alimentos y las severas consecuencias que acarrear tanto la mala nutrición cuanto la desnutrición.

A partir de la dinámica del programa, se observó que los padres de las pacientes con mayor cronicidad y de difícil manejo, que permanecían en *impasse* o que habían tenido frecuentes recaídas y hospitalizaciones recurrentes, demandaban más información y contención de la que se les podía brindar en las sesiones psicoeducativas. Ello motivó, a proponer un grupo de apoyo terapéutico para orientar a estos padres tan angustiados. El objetivo del grupo era que los padres tuvieran un lugar donde pudieran tener un espacio de escucha en el cual logran expresar sus necesidades y se sintieran acogidos y comprendidos por los demás miembros del grupo quienes podían estar en el mismo momento del tratamiento, en una estatus anterior o posterior del mismo y pudieran hablar de sus experiencias pasadas y

aprender de las experiencias futuras a través de la información padre a padre y de experiencia a experiencia.

La finalidad era llegar a crear un grupo de autoayuda para padres de pacientes con trastorno de alimentación, como los que han sido logrados en asociaciones de grupos de padres de pacientes con trastorno bipolar o con esquizofrenia. Sin embargo, estos padres parecen presentar necesidades diferentes, con una alta demanda hacia el terapeuta coordinador del grupo, ya que, dan la apariencia de ser padres desvalidos, dependientes, incapaces de llevar a cabo las medidas de tratamiento que proponen los médicos para sus hijos, pareciera que tuvieran una necesidad mayor de orientación, de escuchar a alguien que se encuentre en su misma situación y que haya sido capaz de probar la indicación del médico obteniendo resultados favorecedores.

También se pudo observar que comparten muchas características de personalidad con sus hijos anoréxicos, como la necesidad de afecto, las conductas impulsivas, la dificultad para madurar y aceptar las responsabilidades de la vida adulta, dificultades para educar a los hijos, para ponerles límites, de llevar a cabo y de manera adecuada las actividades que exige un paternaje más cercano a la sanidad.

De esta experiencia surge la necesidad de la presente investigación, la cual tiene como objetivo explorar las experiencias de los padres, las madres y las hijas que hayan sido atendidos de acuerdo con esta modalidad del tratamiento, a fin de que sus respuestas lleven a una comprensión más adecuada de la problemática y permitan ofrecer un tratamiento dirigido a sus propias necesidades y a la población mexicana y así, posiblemente, llegar a predecir las frecuentes recaídas.

Así mismo, se buscó saber desde la mirada de la hija, cuáles han sido sus experiencias en los diferentes tratamientos y qué significado tiene para ella la necesidad de regresar al padecimiento.

Con relación a los conocimientos que han sido adquiridos a lo largo de este largo recorrido, se hace evidente la necesidad de acercarse a la aproximación de la metodología cualitativa, utilizando para el análisis de la información la narrativa por ejes temáticos propuesta por Riessman y el análisis estructural de acuerdo al modelo de Labov y Waletzky, a partir de lo cual se intentará comprender cómo los pacientes y

sus cuidadores primarios van construyendo su propio significado del padecimiento desde sus múltiples dimensiones.

CAPITULO IV

UNA APROXIMACIÓN A LA NARRATIVA

Este apartado del marco teórico está tomado textualmente de la tesis doctoral del Dr. Almanza 2011.

4.1. Estudios cualitativos en anorexia nervosa

Desde finales del siglo XIX, ha habido acciones aisladas de investigación cualitativa. Bogdan y Biklen (1982) sitúan los comienzos de dicha investigación en Estados Unidos, donde surgió asociada a una perspectiva sociológica. Sin embargo, fue hasta principios del siglo XX, cuando la investigación cualitativa se sistematizó con los trabajos de campo de Malinowsky, Bateson, Mead, Benedict y otros, quienes fueron fuente importante en el desarrollo del modelo etnográfico, el cual consideraba la investigación social referida al estudio de las culturas humanas, como una investigación participativa, en la que el investigador forma parte del campo de investigación. La etnografía aparece entonces como una importante tradición cualitativa a partir de la investigación antropológica (González, 2000; Almanza 2011).

Hacia las décadas de los años 20 y 30, en que fueron publicados algunos de los trabajos de los autores mencionados, se desarrolló la escuela de Chicago en el campo de la sociología, apoyada en el método de la observación participante, el contacto con un sujeto diferente de investigación permitió a los antropólogos elaborar reflexiones parciales que evidencian su valor cuando son aplicadas al desarrollo de un referente epistemológico alternativo. Según González Rey (2000), el culto al dato condujo a la etnografía a un callejón sin salida, ya que la recolección de datos llevó a los investigadores a la acumulación de una gran cantidad de registros, que resultaba imposible expresar en forma teórica. La recopilación indiscriminada de datos, orientada por un paquete de instrumentos descriptivos y objetivos del investigador, dificultó el desarrollo de las ideas, que son los elementos fundamentales del conocimiento (Almanza 2011).

La reflexión y desarrollo de nuevos conceptos y nuevos procedimientos de investigación están acompañados de una reflexión epistemológica, que en opinión de algunos autores (Taylor & Bogdan, 1996), consideran la emergencia del método cualitativo. La elaboración de nuevas epistemologías capaces de sustentar cambios

profundos en el desarrollo de formas alternativas de producir conocimiento en las ciencias sociales, requiere construir representaciones teóricas que permitan a los investigadores acceder a nuevas “zonas de sentido” (zonas de lo real que encuentran sentido en la producción teórica) sobre lo estudiado, imposibles de ser construidas a través de las vías tradicionales. Por ello y a través de la investigación cualitativa se espera obtener información con un sentido amplio sobre el tema que nos ocupa, de tal manera que las siguientes investigaciones con esta metodología nos aportan un panorama diferente (Almanza 2011).

De los escasos estudios cualitativos realizados sobre trastornos de la conducta alimentaria y específicamente sobre anorexia nervosa, en la mayoría de ellos, se realiza el análisis de la información a través de la teoría fundamentada y en pocas investigaciones se ha llevado a cabo una estrategia de análisis de la narrativa; sin embargo, la información que estos nos proporcionan es invaluable como antecedente para la presente investigación.

Un primer estudio cualitativo, realizado por Sharkey-Orghero en 1999, en pacientes con anorexia nervosa, utilizando como instrumento las entrevistas a profundidad, las cuales fueron analizadas con la estrategia de teoría fundamentada, propuso la existencia de cuatro categorías, que emergieron de 13 códigos sustantivos; reacción, actuación, mantenimiento y prevención. En la fase de reacción los códigos son: luchar por comprender, reconocer la falta de conocimiento, temor a las propias reacciones de enojo y el darse cuenta de que se proviene de una familia conflictiva.

Los códigos de la fase de actuación son: preparación, confrontamiento y punto de retorno, de la fase de mantenimiento: aceptación, hacer cambios y ser flexible y en la última fase que es la de prevención; identificar estrategias, construcción de autoestima y educación. Según el estudio un tema crucial en todas las fases es el darse cuenta, hacer conciencia de lo que está pasando (Sharkey-Orghero, 1999).

Otro estudio realizado por Tierney en el 2005, a padres, hijas sanas y pacientes, sobre el punto de vista de los padres hacía el tratamiento, donde se utilizaron entrevistas semiestructuradas como instrumento, arrojó información interesante sobre la participación de los padres en el tratamiento de sus hijas, ya que fue considerado importante que los padres tuvieran una actitud proactiva en el

seguimiento del tratamiento y en la necesidad de apoyar en el mismo a los profesionales de la salud, sin embargo, los padres consideraron que debían asegurarse de que sus hijas recibieran el tratamiento más adecuado a través de escuchar a sus hijas y proveerles lo que necesitaban de acuerdo con cada una de sus necesidades (Tierney, 2005). En resumen es importante ampliar la escucha hacia las necesidades planteadas por las hijas, tanto en las sanas como en las que padecen anorexia nervosa.

Dallos y Denford (2008), llevaron a cabo un estudio cualitativo en el cual participaron los padres, las madres, los hijos con anorexia nervosa y un hermano sano elegido por ellos, se realizaron entrevistas a profundidad a cada uno de los participantes de forma individual y una sola entrevista con todos los miembros de la familia, el análisis de la información obtenida se hizo a través del análisis del discurso, tomando en cuenta el estilo interpretativo, posteriormente ambas estrategias fueron combinadas para generar un conjunto de cinco temas comunes que fueran utilizados por las familias: falsa realidad, relaciones problemáticas, argumentos de triangulación, falta de confort y las relaciones negativas con la comida. Los resultados obtenidos sugieren experiencias de relaciones conflictivas y procesos confusos de comunicación, los cuales fueron comunes a todos los miembros de las cuatro familias estudiadas, además se observó que la persona con anorexia nervosa funcionaba como la depositaria de las experiencias negativas de la infancia de ambos padres. El artículo nos ofrece una integración de conceptos desde la perspectiva narrativa del modelo de apego y la formulación sistémica para la comprensión del trabajo clínico con familias con trastornos de alimentación (Dallos & Denford, 2008).

En la misma línea, Arkell y Robinson, en el mismo año llevaron a cabo un estudio cualitativo y cuantitativo piloto, comparando pacientes con anorexia nervosa y pacientes con esquizofrenia sobre las incapacidades y la calidad de vida, donde se observó que a pesar de que los pacientes con anorexia nervosa tenían una mejor habilidad para comunicarse y un mejor nivel de responsabilidad, estaban tan disminuidos como los esquizofrénicos en actividades de autocuidado y contacto social, los participantes con anorexia nervosa se mostraron severamente deprimidos y en cuanto a la calidad de vida reflejaban una necesidad mayor de sus cuidadores primarios, los datos cualitativos mostraron evitación de situaciones interpersonales y

de manejo emocional, mostrando auto-negligencia y aislamiento social, sin importar las habilidades sociales. Concluyendo que la calidad de vida y las habilidades para manejar el medio ambiente se encontraban tan disminuidas como en otros trastornos psiquiátricos más severos, a pesar de que en la anorexia nervosa se tienen menos incapacidades (Arkell & Robinson, 2008).

Más recientemente, un estudio realizado por Dimitropoulos y sus colaboradores en el año 2009, en población china, llevado a cabo en hermanos no afectados de pacientes con anorexia nervosa, tuvo como objetivo explorar los temas que surgen a partir de las entrevistas realizadas a estos, quienes ocasionalmente, ocupan el lugar de cuidadores, los temas que surgieron de las entrevistas realizadas fueron; el rol del hermano como protector y mediador, factores familiares que influyen y refuerzan estos roles, consecuencias y beneficios de la anorexia nervosa a hermanos no afectados, estrategias de afrontamiento, intenciones actuales y futuras de funcionar como cuidador tanto en un apoyo profesional como informal. El artículo concluye, que una intervención llevada a cabo tomando en cuenta estas necesidades pudiera facilitar un funcionamiento familiar más adaptativo para estos hermanos (Dimitropoulos, Klopfer, Lazar, & Schacter, 2009).

También en el 2009, Fox llevó a cabo una investigación cualitativa cuyo objetivo era reconocer el manejo de las emociones de los pacientes con anorexia nervosa, llevando a cabo un análisis a través de la teoría fundamentada, donde surgieron dos grandes temas; desarrollo de pobres habilidades meta-emocionales y dificultades en la percepción y manejo de las mismas, mostrando una mayor dificultad con el manejo del enojo, debido a una pobre conducción del ambiente emocional durante el crecimiento (Fox, 2009). Actividad que, según los fundamentos teóricos revisados, involucra al padre y a la madre como precursores del desarrollo emocional.

Un último estudio analizado, realizado por Tierney y Fox, sobre un análisis de la narrativa por ejes temáticos, concluye que las pacientes se encuentran constantemente ambivalentes frente al deseo de dejar la enfermedad y cambiar su manera de funcionar ya que aparentemente, la anorexia nervosa les permite tener una entidad que les proporciona seguridad y control sobre sus propios pensamientos; sin

embargo, reconocen tener una voz interna con la que se encuentran en constante debate, entre el deseo de cambiar o de continuar con el padecimiento (Tierney, 2010).

4.2. La narrativa

La narrativa es una forma especial de escuchar, que tiene la finalidad de comprender las experiencias de los informantes, en esta investigación se pretende entender a los pacientes con anorexia nervosa y a sus cuidadores primarios que en todos los casos elegidos se trata del padre y de la madre, por medio de una aproximación teórico metodológica, que será esbozada en los siguientes apartados (Almanza, 2011).

Para dar inicio, se brindará un panorama breve acerca del paradigma narrativo, el cual está inserto en un núcleo de inteligibilidad construccionista donde el énfasis deja de estar puesto en la mente individual, y se pone en el conocimiento social o compartido (Gergen, 1996). Dentro de este núcleo de inteligibilidad, se considera que el lenguaje no puede representar, reflejar o transmitir un conocimiento objetivo de la realidad social, sino que más bien el lenguaje constituye una herramienta simbólica que permite construir el conocimiento socialmente, en el marco de las relaciones con los demás. Esto implica que el lenguaje además de tener una función descriptiva, también tiene una función pragmática, ya que permite coordinar las relaciones sociales en contextos específicos y al mismo tiempo, darle sentido a nuestras prácticas sociales (Vayreda, Tirado, & Doménech, 2005). No podemos dejar de lado que las interacciones lingüísticas, estarán influidas por una estructura inconsciente generada a partir de las diferencias existentes entre los hablantes, ya sea de género, nivel educativo, clase social o grupo étnico (Bourdieu & Wacquant, 2005; Almanza 2011).

Esta perspectiva no solo supone una forma distinta de percibir el lenguaje, sino también a las nociones de verdad y racionalidad, y recoge las críticas que se han generado en otros campos de conocimiento respecto de la objetividad y la neutralidad en el quehacer científico. Por ejemplo, la crítica ideológica trata de poner de manifiesto que existen sesgos valorativos a las afirmaciones de verdad que representan intereses personales, de clase o de género, por lo que se cuestiona la neutralidad del investigador y se considera que su forma de aproximarse a la realidad social estará influida por su ubicación en el espacio social (Almanza, 2011).

Otra crítica es de tipo literario-retórica, dentro de la cual se considera que los objetos científicos no tienen un carácter ontológico, sino que se construyen a través del lenguaje y de las convenciones lingüísticas por las cuales son descritos e interpretados. Por otro lado, la crítica social asevera que los grupos sociales se organizan alrededor de ciertas teorías (ya sean científicas o de sentido común) y que los desacuerdos teóricos también implican conflictos entre los grupos (Gergen, 1996).

Cabe señalar que tales críticas no solo implican la necesidad de que el investigador inicie un proceso reflexivo continuo acerca de la influencia de la estructura social y de la cultura en su propia subjetividad, sino que también analice su influencia en la subjetividad de las personas cuyas vidas trata de comprender (Almanza, 2011). Estas críticas han sido recogidas por la etnografía y el construccionismo social y han generado nuevas formas de aproximarse a la experiencia humana en el campo de la psicología.

Desde esta postura teórica, se considera que los términos o conceptos con los que tratamos de comprender el mundo y a nosotros mismos no tienen una existencia más allá del discurso, puesto que son productos del intercambio social y están situados histórica y culturalmente. Esto quiere decir que estos términos o formas que utilizamos para comprender al mundo no se derivan de una “esencia” del mundo que se representa objetivamente a través del lenguaje, sino que surgen de un proceso discursivo donde el significado se construye por medio de las relaciones sociales (Taylor & Bogdan, 1996).

Así, los términos o conceptos que empleamos en el lenguaje para abordar asuntos humanos, tienen un significado dentro de ciertas pautas de relación o sirven para orientar y dar sentido a nuestras acciones en contextos sociales, lo cual implica que el significado se construye dentro de relaciones sociales que establecemos en la vida cotidiana y que se encuentran enmarcadas por pautas de vida cultural o modos de vida específicos. De esta manera, un interés del construccionismo social es conocer las tradiciones o pautas de vida cultural a través del lenguaje y otras prácticas de las personas y comprender de qué manera dichas tradiciones, mejoran o limitan la vida cotidiana de la gente dentro de contextos locales, en momentos históricos específicos (Taylor & Bogdan, 1996). Estas premisas tienen a su vez implicaciones para la

investigación, como la deconstrucción de nuestros supuestos acerca de la verdad y la racionalidad, el interés por dar voz a las personas insertas en diversas pautas de la vida cultural, así como la intención de reconstruir o transformar estas pautas culturales cuando se vuelven opresivas para las personas (Gergen, 1996).

La aproximación narrativa comparte con el construccionismo social la premisa de que el conocimiento se construye socialmente, como ya fue mencionado, en lugar de ser una posesión individual, y que el lenguaje sirve como herramienta simbólica para construir el conocimiento en las relaciones sociales dentro de contextos específicos y por ello se encuentra situado cultural e históricamente. Ambas aproximaciones asumen una postura ontológica de tipo relativista, donde se considera que no existe un mundo real, objetivo y representable a través del lenguaje, sino diversas realidades que se aprehenden en forma de construcciones múltiples y mentales, basadas en lo social y las experiencias individuales, que son locales y específicas y que dependen de su forma y contenido de individuos o grupos de individuos que mantienen estas construcciones (Guba & Lincoln, 1994). Siguiendo a Denzin y Lincoln, debido al énfasis que se pone en el lenguaje como una forma de construir la realidad en las relaciones sociales, ambas aproximaciones también comparten la noción de que la realidad se construye discursivamente (Denzin & Lincoln, 1994; Almanza 2011).

De ser así y siguiendo estos planteamientos teóricos, la actividad narrativa es un medio discursivo para la exploración y la resolución colectiva de problemas; también constituye un instrumento para distinguir identidades sociales y personales, lo que permite a los miembros de una comunidad representar sucesos, pensamientos y emociones y da espacio para reflexionar sobre ellos, pero esta oportunidad puede estar asignada de un modo asimétrico en el que algunos poseen más derechos a reflexionar que otros, de tal forma que es fundamental en la construcción de un yo, del otro y de una sociedad, la significación de la experiencia y la existencia lo que es posible, real, razonable, deseable tiende a ser definida por algunos más que por otros. En este sentido, la narrativa tiene la capacidad de limitar, e incluso aprisionar; pero también la de ampliar y transformar la psique humana (Ovejero, 1999; Van Dijk, 2000; Almanza 2011).

Sin embargo, en otro sentido, especialmente en el campo de las ciencias sociales se ha considerado al discurso “como un dispositivo generativo a partir del cual se pueden comprender textos y prácticas sociales, ya que consiste en un sistema de declaraciones prácticas y estructuras sociales que comparten valores que nos proveen de las palabras para hablar y de las ideas para pensar, así como también de las prácticas que relacionan los conceptos y las conductas, y que además sostienen una visión del mundo al que no sólo describen, sino también categorizan” (Ramos, 2001).

La definición de Ramos del discurso hace alusión a las dimensiones históricas e ideológicas del lenguaje y a una forma positiva del poder en donde se construyen conocimientos o verdades que circulan socialmente y que legitiman nuestras prácticas sociales (Vayreda, et al., 2005). De tal forma que la narrativa consiste en la expresión de la experiencia humana como un relato, la experiencia vista como una reconstrucción a través de un proceso reflexivo que otorga un significado específico a lo vivido (Bolívar, Domingo, & Fernández, 2001; Almanza, 2011).

Otras caracterizaciones de lo que es una narrativa hacen alusión a un doble sentido, ya que puede implicar tanto un tipo de discurso (entendido como forma de enunciación) que permite organizar o dar coherencia y estructura a nuestras experiencias de vida, como la manera en que estas experiencias son narradas de acuerdo con la comprensión y sentido que se le otorga a dichas experiencias (Anderson & Gehart, 2007).

Para llevar a cabo el análisis de narrativa, cabe diferenciar entre la “historia o el relato”, que puede considerarse como el contenido de la narrativa o la secuencia de eventos, y el “discurso narrativo” (entendido como forma de enunciación), que viene a ser el modo en que la historia es narrada (Abbott, 2002). Si bien en campos como la historia el énfasis de las narrativas puede ponerse en su objetividad o en la posibilidad de representar acontecimientos que ocurrieron en una realidad externa, un interés que ha tenido para la psicología el uso de las narrativas es la comprensión de la subjetividad del autor y la manera en la que otorga significado a los acontecimientos que ha vivido, se encuentra cercano a la elaboración popular o lo que se conoce como sentido común, un conocimiento contextualizado y no universal, que contiene metáforas, imágenes, símbolos, intenciones y posicionamientos ideológicos. La

retórica hace alusión al poder que tienen los relatos para generar afectos e ideas, compartir significados, e incluso para convencer al interlocutor de aceptar un argumento y seguir cierto curso de acción (Fernández, 2003; Almanza, 2011).

El carácter retórico de las narraciones permite que éstas puedan ser “reales” o “ficticias”, sin que pierdan su poder como relatos, ya que lo que determina su trama es la secuencia de las oraciones, y no la verdad o falsedad de las mismas, es decir, el sentido común se genera a través de la forma en que el relato es configurado por el discurso narrativo, no por su referencia a los hechos si no por las interpretaciones acerca de éstos (Bolívar, et al., 2001). De esta manera, cuando se narra sobre uno mismo, se abre un espacio de reflexión entre quien narra y quien lo escucha, donde los hechos del pasado son interpretados desde la situación presente y también se proyectan cursos de acción y fines imaginados o deseados hacia el futuro (Good, 2003).

Esta distinción entre el relato y el acto de narrar o discurso narrativo implica que las narrativas no pueden ser juzgadas desde lo que Bruner (1991) refiere como pensamiento paradigmático o una lógica explicativa, donde se buscan verdades universales y conexiones generales entre dos fenómenos, sino más bien requieren ser consideradas desde una lógica comprensiva, orientada hacia las “verdades” contingentes, es decir, entender cómo ocurren acontecimientos particulares en contextos particulares. Atender a la forma en que el narrador construye su relato requiere simultáneamente aproximarse a su subjetividad, y a la manera en que la estructura social y su contexto cultural influyen en dicha subjetividad (Bruner, 1991).

Como menciona Almanza (2011), citando a Foucault, el enlace entre lo social y el sujeto puede entenderse a través del concepto desarrollado por Foucault de subjetivación, que se refiere al “proceso de construcción del sujeto a través de dispositivos discursivos y materiales, que al mismo tiempo es un proceso de sujeción a un régimen de poder” (Foucault, 1972).

Sin embargo, desde la presente aproximación narrativa, se asume que este proceso de subjetivación es inestable, que el sujeto jamás es completamente dominado o hablado por los dispositivos discursivos (como sistema de enunciación y prácticas), sino que tiene cierta posibilidad de reconstruir su subjetividad y de

mantener un sentido de agencia personal, lo cual se manifiesta en las narrativas que construye y en la forma de narrarlas. Este sentido de agencia significa que la persona se siente capaz de realizar acciones y tomar decisiones (Anderson & Gehart, 2007).

En concordancia con las premisas construccionistas esbozadas anteriormente, en esta aproximación se considera que el significado que se genera a través de las narrativas no tiene una forma privada, sino que adopta una forma pública y comunitaria, ya que estas narrativas son producto del intercambio social, no se construyen con base en un conocimiento individual sino en relación con un conocimiento de sentido común que se comparte en las relaciones con los demás acerca de los estados intencionales (creencias, valores, deseos, motivos, etc.) y las acciones de las personas, que nos permiten comprender dentro de nuestro contexto cultural las acciones de los otros y de nosotros mismos (Bruner, 1991; Gergen, 1996).

Por otro lado, la narrativa también puede ser considerada como una forma social de dar cuenta, a manera de discurso público (como una forma de enunciación) o como un recurso para conversar que puede ser utilizado en el marco de las relaciones sociales de la vida cotidiana y que justifica sus acciones en ciertos contextos de la vida cultural (Gergen, 1996). En este mismo sentido, puede ser vista como un cuento moral, que se construye ante una violación de las normas culturales, con la intención de explicar las propias acciones ante el otro y mantener o asumir nuevas posiciones en relación a las convenciones morales vigentes en la comunidad (Bruner, 1991; Almanza).

Se debe tomar en cuenta que las narrativas permiten que quien narre, justifique sus acciones ante el otro de acuerdo con el marco establecido por las normas y los valores de su contexto cultural. La situación de narrar y ser escuchado (o leído) implica el encuentro entre dos sujetos, donde quien narra requiere revelarse hacia el otro y hacia su posible interpretación, mientras que quien escucha o lee requiere reconocer al otro y abrirse a su influencia. El significado de la narrativa emerge de la relación entre el autor y el lector, relación que también tiene un carácter ético en un doble sentido, ya que convertirse en testigo de la intimidad del otro nos obliga a honrar su historia y además, como las historias conllevan posturas acerca de las “formas correctas” de vivir, se convierten en un puente de diálogo entre la visión

moral del autor y al mismo tiempo transformar la propia postura como lector (Charon, 2006). Además de que las narrativas se construyen a partir del conocimiento social compartido o de sentido común con el que se comprenden las acciones humanas en contextos particulares y que son construidas para justificar las propias acciones frente al otro (presente o ausente) (Almanza, 2011).

Desde la perspectiva de Almanza (2001) otra forma en que la cultura influye en el acto de narrar es a través de convenciones acerca de cómo debe narrarse una historia que se encuentra situada cultural e históricamente y para construir un relato aceptable en el mundo occidental, en este momento histórico, se asume que el relato tiene que establecer una meta, “punto final” o acontecimiento a explicar, para lo cual se necesitan seleccionar hechos relevantes en relación a este punto final y ordenarlos, lo cual suele ocurrir dentro de una secuencia lineal, de pasado, presente y futuro. Otras convenciones para narrar es que existen vinculaciones causales entre los acontecimientos, es decir, que los personajes tengan una identidad coherente a través del relato y que el narrador utilice determinados signos para señalar el inicio y el final del relato (Gergen, 1996).

Una de las características más importantes de las narrativas es que los acontecimientos que aparecen en el relato se encuentran conectados por medio de una trama o argumento, la cual da cierta dirección al sentido de la historia, delimita el rango temporal que marca el comienzo y el final, provee criterios para seleccionar los sucesos a incluir en el relato, ordena temporalmente los hechos de modo que culminen en alguna conclusión y permite clarificar el sentido de los sucesos aislados dentro del contexto global del relato (Bolívar, et al., 2001).

Las narrativas que se construyen para dar cuenta de los eventos vitales pueden estar moldeadas por “tramas maestras” (historias que circulan en la cultura y que se recrean en una variedad de formas vinculadas a los valores, deseos y angustias más profundas), así como por las tradiciones culturales que proporcionan relatos que ofrecen modelos de identidad y de acción a sus miembros (Abbott, 2002).

Como marca Almanza en su tesis de doctorado (2011), Gergen (1996) señala que las tramas de los relatos se construyen alrededor de acontecimientos que siguen una dirección valorada positiva o negativamente de acuerdo con los valores del

contexto cultural. Si se considera a los acontecimientos que conducen hacia el final de un relato como moviéndose a través de un espacio bidimensional, formado por una dimensión temporal y otra dimensión evaluativa, puede asumirse que conforme el protagonista de la historia se aproxima a una meta valorada o a un logro, la trayectoria del relato se valúa de forma más positiva, mientras que cuando la historia se aproxima al fracaso o a la pérdida, la trayectoria del relato se valora de una forma negativa. En función de las trayectorias que siguen los relatos, Gergen distingue tres tipos principales de narrativas:

- *Narrativas progresivas*. En esta forma de relato la valoración de los hechos o acontecimientos se va incrementando a través del tiempo, es decir, las cosas parecen “salir bien” o se sale avante de las dificultades, tal como ocurre en géneros literarios como la épica, la novela o la comedia. En este tipo de relatos se anticipa que su dirección continúe de manera ascendente.
- *Narrativas regresivas*. En este tipo la valoración que se realiza del relato es progresivamente decreciente, o sea, las cosas parecen empeorar o “salir mal”, tal como ocurre en géneros literarios como la tragedia. En este tipo de relatos se anticipa que su dirección continúe de manera descendente.
- *Narrativas estables*. En esta forma de relato la trayectoria permanece esencialmente inalterada en relación a una meta o resultado, es decir, la dirección permanece estable, ya sea a un nivel evaluativo positivo (las cosas seguirán bien) o en un nivel evaluativo negativo (las cosas seguirán mal).

Sin embargo, estas características de las trayectorias propuestas por Gergen se quedan cortas en cuanto a que pueden existir trayectorias diferentes de las que describe y pueden no encajar bien para los trastornos de la alimentación quedando en la posibilidad de interpretar otros tipos de trayectorias de las narrativas.

Hasta el momento, estas aproximaciones se han centrado en mostrar de qué manera las narrativas son formas de organizar la experiencia humana en el tiempo, como textos cuya construcción se encuentra influida de múltiples maneras por el contexto cultural y que el acto de narrar constituye una forma pública de dar cuenta de nuestras acciones ante el otro de acuerdo con las normas y valores del contexto local; y al mismo tiempo de asumir una posición ante ellas.

Algunos autores han realizado una distinción acerca de si las narrativas se refieren a sistemas menores o a sistemas más amplios. Por ejemplo, las descripciones y explicaciones dadas a eventos, interacciones o experiencias que son relatadas en el contexto de sistemas menores tales como familias, grupos de trabajo, vecindario y otros grupos sociales (Biever, Bobele, Gardner, & Franklin, 2005) de acuerdo con las historias acerca de experiencias de personas y grupos particulares. En contraste, se puede hablar de “narrativas culturales”, para referirse a las historias basadas en las normas o expectativas de grupos culturales mayores y que funcionan como parámetros que determinan qué tipo de historias es posible (Almanza, 2011).

En lugar de hablar del relato de tal familia, por ejemplo, se puede hablar de narrativas culturales acerca de las madres solteras o del divorcio, en relación a las cuales las personas particulares construyen sus relatos. Sin embargo, las narrativas culturales, más que estar organizadas como el relato de una experiencia particular a través del tiempo, parece ser un término utilizado en forma análoga al discurso, entendido como dispositivo para legitimar y orientar las prácticas sociales, temporal y espacialmente determinadas (Almanza, 2011).

En el presente trabajo, no se hablará de narrativas culturales, se hará referencia a historias menores al hecho de que las historias relatadas por las personas sirvan para organizar su experiencia a través del tiempo dentro una situación cultural, las cuales se construyen a partir del conocimiento del sentido común donde confluyen los significados, las normas y los valores de su contexto cultural.

De esta forma, se comparte la idea propuesta por White y Epston (1993) de que las personas tienen la capacidad de desarrollar un sentido de agencia o interés para posicionarse frente a estos discursos o narrativas culturales, e incluso de construir nuevos significados acerca de sus experiencias personales al establecer una relación de tensión dialógica con las posturas de otros grupos sociales (Ramos, 2001; White & Epston, 1993).

Esta premisa es análoga al proceso de resubjetivación, donde si bien el sujeto puede introyectar un discurso que estructura sus esquemas de percepción, pensamiento y afectos y de este modo limita sus posibilidades de acción, al mismo tiempo es capaz de resistir dicho discurso al reinventarse a sí mismo por medio de los

significados que otorga a su identidad y a sus prácticas, embarcándose en un proceso inestable de conflicto y negociación, de disputa cotidiana, e incluso de contradicción (Nuñez, 2007; Almanza 2011).

Siguiendo a Kleinman (1988) en el próximo apartado se abordará de manera más específica, la manera en que una enfermedad crónica puede generar una ruptura en la biografía del individuo y en su vida cotidiana que puede llevar a las personas a emprender un viaje en busca de sentido, que puede realizarse a partir de la construcción de narrativas, las cuales al mismo tiempo permiten a la persona asumir una postura acerca de este acontecimiento que oriente su acción y abra posibilidades para su afrontamiento (Almanza, 2011).

4.3. Narrativas acerca de la enfermedad

Si bien la anorexia nervosa es un trastorno psiquiátrico, que a lo largo del tiempo ha cobrado mayor influencia en cuanto al aumento en el número de casos, las posibilidades de tratamiento han mejorado invariablemente. Sin embargo, debido a la egosintonía con el padecimiento, el tratamiento se torna complicado, haciéndose necesario involucrar al padre y a la madre en el mismo, ya que son quienes principalmente fungen como cuidadores primarios al menos en los casos estudiados.

Aunque el origen de la anorexia nervosa no es similar al de las enfermedades crónico-degenerativas, puede llegar a la cronicidad debido a la mala respuesta al tratamiento o a que el paciente se rehúse a seguir el tratamiento propuesto, ya que subyacen otras características de personalidad que se valen del mismo para mantener las ganancias secundarias y no llegar a una remisión total del padecimiento.

En el presente apartado se analizará cómo un padecimiento o enfermedad crónica (el término “enfermedad” puede utilizarse para referirse a un concepto especializado o biomédico de las patologías del cuerpo, mientras que el término “padecimiento”, hace alusión a la experiencia subjetiva que la persona tiene de dicha patología) suponen distintos tipos de rupturas, tanto de la realidad cotidiana (al transformar la relación con el cuerpo), de la identidad (al alterar las relaciones sociales y la forma en que las personas son vistas por los demás y por sí mismas), así como de

la biografía (al poner en entredicho la continuidad de la vida y de los proyectos personales) (Kleinman, 1988; Almanza, 2011).

Estas rupturas implican que los pacientes construyan un nuevo significado acerca de su vida y de sí mismos, a fin de adaptarse a la situación de vivir con el padecimiento. En este apartado se abordará el papel de las narrativas en este proceso, así como en la comprensión del mundo del paciente y de sus padres y la transformación de las relaciones de cuidado en los diversos tratamientos (Almanza, 2011).

Los padecimientos crónicos pueden ser considerados como eventos que cuestionan el mundo cotidiano o la realidad de sentido común, ya que con su llegada el cuerpo se convierte en un problema, se vuelve objeto del pensamiento consciente y del monitoreo de estados corporales; es decir, se separan el cuerpo y la mente, ya que el cuerpo se vuelve una fuente de limitaciones, que afectan las capacidades físicas, las relaciones sociales y puede favorecer el replanteamiento de los proyectos de vida (Garro, 1992; Almanza, 2011).

Esta realidad de sentido común se transforma porque las personas con padecimientos crónicos pueden sentirse alienadas de los demás al experimentar su mundo social como algo distinto, un lugar donde sus proyectos de vida tienen que abrir paso al mundo del sufrimiento y del tratamiento, donde emerge la angustia ante la propia mortalidad y se modifica la perspectiva del tiempo al ser conscientes de la posibilidad de la muerte (Good, 2003) o en su defecto, el paciente no es consciente de ello pero los cuidadores primarios si lo son (Almanza, 2011).

De esta manera, la enfermedad puede generar la pérdida de un estado de “virtuosidad” que altera la identidad de quien la sufre y de quienes se encuentran a su alrededor, debido a que la persona quizá ya no pueda presentarse en la vida cotidiana de forma decorosa y limpia, o haya perdido la capacidad para ser independiente y cumplir con sus roles sociales en contextos como la familia, el trabajo o la comunidad, por lo que puede sentirse como una carga para los demás y tener la sensación de estar en falta o en deuda porque la enfermedad no le permite participar en el intercambio social recíproco (Bury, 2001).

De acuerdo al Almanza (2011) en tales circunstancias y parafraseando a Kleinman, la persona puede estar temporalmente exenta de obligaciones en espacios como el trabajo o el hogar; sin embargo, se espera que haga bien su función de paciente y cumpla con las obligaciones inherentes al tratamiento mientras logra su recuperación. En un sentido moral, el paciente con trastorno de la alimentación puede ser culpabilizado por haber contraído la enfermedad a través de prácticas culturalmente sancionadas, ya que se cree que se enferman voluntariamente, y el seguir los lineamientos de belleza, o restringir alimentos, o cambiar unos nutrientes por otros, como si hubiera sido su propia elección adquirir la anorexia nervosa. Cabe señalar que este sentido moral o de estigma que se otorga a la enfermedad es influido por la presencia de significados culturales que varían con el periodo histórico y la sociedad, y que moldean el sufrimiento provocado por la experiencia del padecimiento como una forma distintiva de malestar de tipo moral o espiritual (Kleinman, 1988).

Cabe aclarar que desde el modelo biomédico, Kleinman divide las enfermedades desde su dimensión biológica, la cual se denomina “enfermedad” o “*disease*”. Pero menciona otra dimensión de la enfermedad y la denominada padecimiento o “*illness*”, que más que buscar una comprensión exclusivamente biológica, considera que la biología se convierte en padecimiento y aflicción humana cuando se le otorga significado, es decir es interpretada y articulada en el marco de un conjunto de relaciones sociales, diferencia que ya había sido mencionada con anterioridad (Martínez, 2008; Almanza, 2011).

Se considera que aproximarse a una enfermedad mental como aflicción o padecimiento (*illness*) implica atender su dimensión cultural, o la manera en que se interpreta o elabora popularmente en el contexto local. En el marco de las relaciones sociales que se establecen en dichos contextos, las personas construyen y comparten un conocimiento de sentido común acerca de cómo comprender y manejar situaciones como la aparición de una enfermedad crónica. No obstante, conforme se vive con el padecimiento, es posible renegociar su significado dentro de las relaciones sociales, aunque dicha negociación se encuentre limitada por su biografía personal y su posición social en términos de género, clase social, grupo étnico u orientación sexual (Kleinman, 1988).

4.4. Narrar el padecimiento

Como ya fue mencionado con anterioridad, otra forma de mirar a las enfermedades crónicas es observarlas como “rupturas biográficas” donde se establece un antes y un después del padecimiento en la vida del paciente y de quienes le rodean, lo cual les obliga a construir una nueva versión de sí mismos y del mundo (Bury, 2001) ya que la enfermedad se incorpora en una trayectoria de vida particular y en un mundo social concreto y de esta manera adquiere un significado personal (Kleinman, 1988; Almanza, 2011).

Al representar las enfermedades crónicas como puntos de ruptura biográficos que transforman la realidad de sentido común y la identidad, los pacientes pueden responder ante ella tratando de reconstruir su mundo social y que vuelva a ser habitable. Entre estos esfuerzos se encuentran las actividades diagnósticas para representar y localizar la causa objetiva de la enfermedad, lo cual permite iniciar una respuesta eficaz a través del tratamiento y tratar de adquirir cierto sentido de control, así como movilizar los recursos sociales disponibles para afrontar esta situación (Good, 2003).

Para Almanza (2011) una alternativa que plantea Good (2003) consiste en llevar una vida personal o profesional significativa a pesar de la enfermedad y normalizar su presencia en la vida cotidiana y construir una estrategia narrativa, la cual representa un intento por situar el sufrimiento en la historia personal y organizar los acontecimientos relacionados con la enfermedad en un orden significativo a lo largo del tiempo. Por medio de sus narrativas personales, los pacientes pueden tratar de organizar su experiencia y expresar lo que este acontecimiento significa para ellos y para sus personas significativas. Las narrativas del padecimiento pueden considerarse como “la historia que el paciente cuenta y sus otros significativos re-cuentan, para dar coherencia a los eventos distintivos y al curso de largo plazo de sufrimiento” (Kleinman, 1988). Esta narrativa se estructura a partir de tramas, metáforas centrales y mecanismos retóricos retomados tanto de modelos culturales como personales, para organizar la experiencia de la enfermedad de forma significativa y tratar de comunicar esos significados de manera efectiva. Pero la narrativa no solo refleja la sucesión de eventos relacionados con la enfermedad, sino que la acción de relatar implica una

interpretación de dicha experiencia, la cual moldea la forma en que se viven los síntomas, el tratamiento y el sufrimiento generados por esta situación e influye en la postura que se asume ante el padecimiento ya que al narrar se puede abrir el futuro a un final positivo y permitir que el paciente imagine un medio que le permita superar la adversidad (Good, 2003).

A su vez, Hydén ha logrado caracterizado diversas formas de emplear la estrategia narrativa por parte de los pacientes, que van desde la construcción de la identidad personal hasta la denuncia de las implicaciones sociales del padecimiento (Hydén, 1997).

- *La construcción narrativa de un mundo de la enfermedad:* la narrativa se convierte en un medio para articular el sufrimiento generado por la enfermedad, transformar los síntomas y las alteraciones provocadas por la enfermedad en eventos significativos conectados en una secuencia temporal.
- *La reconstrucción narrativa de la historia de vida:* debido a que la enfermedad puede convertirse en una ruptura biográfica que transforme la identidad, a través de las narrativas se puede otorgar significado a la enfermedad y situarla en el contexto de la propia vida, así como reconstruir la narrativa que habían creado acerca de sí mismos, antes de vivir la enfermedad.
- *La explicación y la comprensión de la enfermedad:* las narrativas también se convierten en un espacio donde se pueden discutir posibles explicaciones o causas de la enfermedad, comprender cómo la enfermedad afectará las vidas de los pacientes e incluso encontrar diversas formas de relacionarse con la enfermedad.
- *Un mecanismo estratégico en la interacción social:* en este sentido, las narrativas pueden usarse para obtener ciertos efectos en la interacción social, como para justificar o explicar las propias acciones ante el otro. Pueden ser consideradas como vehículos retóricos para tratar de justificar o explicar situaciones como la aparición de enfermedades donde pueden romperse las normas y prácticas culturales, abriendo un espacio de negociación de significado que permita mitigar las consecuencias morales provocadas por la violación a dichas normas (ganancias secundarias del padecimiento).

- *Transformación de la experiencia individual en experiencia colectiva*: en este sentido, la narrativa permite trasladar la experiencia del padecimiento de la esfera privada o individual hacia sus implicaciones sociales, es decir, lo sitúa en un contexto social y político, para condenar una injusticia o una expresión de opresión.

Cabe señalar que el interés por escuchar las narrativas de los pacientes es parte de lo que se ha caracterizado como la experiencia posmoderna de la enfermedad (Kleinman, 1988). El desarrollo de la medicina generó una experiencia de la enfermedad, en la cual predomina el discurso biomédico y el lenguaje especializado en su comprensión, es decir, el paciente se somete a la visión del médico sobre la enfermedad y su tratamiento, lo cual se ha considerado como una colonización del cuerpo del paciente como territorio de la medicina (Almanza, 2011).

En la postura posmoderna el paciente intenta escapar del sometimiento al discurso biomédico y reclama la capacidad de contar su propia historia, o sea, tratar de que su experiencia de la enfermedad no se reduzca al ámbito médico y que se reconozca el impacto de este acontecimiento en la totalidad de su vida, el sufrimiento particular que ha generado, la forma en la que lo ha padecido (A. Frank, 1995). En las últimas décadas, la recuperación de la voz del paciente a través de su narrativa ha sido favorecida por la aparición de las enfermedades crónicas, que a diferencia de otras enfermedades infecciosas que tienen un tratamiento y una cura, requieren de un largo proceso de manejo y cuidado, lo cual implica escuchar al paciente a fin de entrar al mundo del otro y convertirse en testigo empático de su sufrimiento, identificar aspectos de su vida que amplifican el malestar, fomentar prácticas de cuidado más efectivo, así como adaptar los servicios de atención a esta condición crónica (Bury, 2001; Almanza, 2011)).

De esta forma, las narrativas acerca de la enfermedad pueden ser un medio para generar un cuidado centrado en el paciente, que enfatice sus perspectivas y deseos a través de todos los aspectos de la salud, lo cual implica respetar sus preferencias con respecto al tratamiento, atender sus necesidades de información, involucrar a sus redes sociales, en el caso que nos ocupa, nos referimos a los

cuidadores primarios, asegurar la continuación y la coordinación del cuidado y abordar los aspectos emocionales del padecimiento (Almanza, 2011).

Esto significa a su vez una transformación de la relación médico paciente, que suele verse afectada por la división entre el enfermo y el no enfermo, por las diferentes creencias acerca del origen de la enfermedad, porque en una posición médica se observa a la enfermedad como fenómeno biológico que requiere intervención y en la otra se le observa como un padecimiento, un acontecimiento en el marco de la propia vida que puede implicar la amenaza de la muerte y generar emociones de vergüenza, culpa y miedo (Charon, 2006). Finalmente, cabe señalar que tal como Gergen (1996) propuso una tipología de las narrativas de acuerdo con los valores de la cultura occidental, en el campo de la antropología médica también se han desarrollado intentos para caracterizar las narrativas relacionadas con una enfermedad (Almanza, 2011).

Frank ha identificado tres tipos de narrativas en pacientes que se encuentran sufriendo un padecimiento (A. Frank, 1995):

- *Narrativas de restitución.* Este tipo de narrativa es la más promovida por profesionales de la salud, y la trama puede sintetizarse en “ayer estaba sano, hoy estoy enfermo, pero mañana estaré sano de nuevo”. Se basa en la expectativa cultural de que la salud es una condición normal que debe restaurarse y en que para cada sufrimiento existe un remedio, tratamiento o solución técnica. Este tipo de relatos pueden tener tres movimientos: inician con el sufrimiento físico y la falla social (“no puedo trabajar”, “no puedo estudiar”), después se enfoca en el remedio (el proceso de diagnóstico y el tratamiento que se requiere seguir) y finalmente, el remedio se toma y el narrador describe cómo se restaura la comodidad física y con ella las obligaciones sociales. Frecuentemente se trata de relatos donde el narrador tiene poca agencia, asume un papel más pasivo (“sólo hay que tomar la medicina y mejorar”), mientras que los profesionales de la salud asumen el papel de “héroes activos”.
- *Narrativas caóticas.* Este tipo de relato es considerado como una anti-narrativa, en el sentido de que carece de una secuencia, está situada principalmente en el

presente, donde surge una lista de quejas que generan la sensación de que el paciente es avasallado por una desgracia tras otra y no se vislumbra la posibilidad de recuperación. Estas historias son difíciles de escuchar, a menudo son interrumpidas, porque hablan acerca de la pérdida de control, de la vulnerabilidad, de la impotencia, y de los límites de la medicina, como cuando avanza la enfermedad y el paciente se encuentra en agonía, o la enfermedad está acompañada de otras dificultades sociales y económicas.

- *Narrativas de búsqueda.* En esta forma de narrativa el paciente se vuelve agente activo, está en control de la situación, es decir, el paciente acepta y se apropia de su padecimiento para conseguir algo a partir de esta experiencia. Este tipo de relato es común en personas que acuden a grupos de autoayuda. La historia es como un tipo de viaje, donde existe una salida (los síntomas son reconocidos), hay una iniciación (sufrimiento físico, mental y social que la persona experimenta, ya que la enfermedad ha interrumpido su vida) y un regreso (el narrador ya no se encuentra enfermo pero aún está marcado por la experiencia). Esta historia puede servir como una memoria (que permite relacionar el padecimiento con sucesos previos de la vida), un manifiesto (que denuncia el aspecto social del padecimiento y que requiere de cambio) o una auto-mitología (donde se demuestra cómo el padecimiento ha favorecido una transformación personal).

A lo largo de este capítulo, se ha presentado el marco interpretativo a partir del cual se desarrollará el presente estudio, que representa un esfuerzo por enriquecer el campo de la psicología de la salud a partir del paradigma narrativo, estableciendo un lazo conceptual con la antropología médica. La premisa fundamental de las narrativas del padecimiento es que la aparición de una enfermedad crónica genera rupturas o alteraciones en la relación del paciente con su cuerpo, en su identidad, en su biografía y en sus relaciones sociales, por lo que al narrar su padecimiento puede construir un nuevo sentido que le permita incluir al padecimiento en su vida cotidiana y asumir una postura que promueva el cuidado de su propia salud. Aunque también, en las narrativas puede manifestarse el sufrimiento generado por el padecimiento de manera

que se creen estrategias en los servicios de salud para la comprensión y apoyo del paciente (Almanza, 2011).

4.5. Sustento teórico metodológico

El presente estudio se realiza dentro del marco del paradigma construccionista, a partir del cual se considera que no existe un mundo objetivo y representable a través del lenguaje, sino diversas realidades sociales que se aprehenden en forma y contenido de individuos o grupos que mantienen estas construcciones. Dichas construcciones sociales no son más o menos “verdaderas”, sino más o menos informadas o sofisticadas. Además, estas construcciones son alterables o susceptibles de transformación (Guba & Lincoln, 1994).

Según Almanza (2011) y de acuerdo con esta concepción de la realidad social, se asume una postura epistemológica de tipo transaccional, donde el investigador y su objeto de estudio se encuentran en interacción continua y los hallazgos son construidos conforme la investigación avanza, es decir, dicha postura asume una construcción social del conocimiento. Esta forma de relación implica la emergencia de la reflexividad, en el sentido de que se presta atención constantemente al modo en que diferentes elementos lingüísticos, sociales, culturales y teóricos influyen de forma conjunta en el proceso de interpretación de los hallazgos y en la presentación de los resultados de la investigación a la comunidad. Por lo tanto, requiere una mirada a la subjetividad del propio investigador, para comprender cómo su ubicación social, sus valores, sus prejuicios, sus supuestos teóricos y personales influyen en su interpretación de la realidad (Sandín, 2003).

En un sentido metodológico, se intenta conocer las construcciones previamente mantenidas por los participantes e interpretarlas a través de métodos hermenéuticos, así como compararlas y contrastarlas entre sí. El objetivo final del proceso es crear una construcción consensuada más informada y sofisticada que cualquier precedente, a partir de la subjetividad tanto propia como de los participantes en el estudio (Guba & Lincoln, 1994). Cabe señalar que en este tipo de estudios, el lenguaje no se utiliza para representar una realidad objetiva, sino que se convierte en un vehículo retórico para sostener una interpretación de la realidad y por lo tanto, los métodos utilizados para la

recolección y el análisis de la información se utilizan para apoyar esta argumentación (Gracia & Musitu, 2000). Dentro de los estudios interpretativos, se ubica la investigación narrativa, la cual tiene el objetivo de comprender los significados, perspectivas o interpretaciones de la realidad de las personas a través de sus historias o relatos, atendiendo tanto al contenido del relato, como a la forma en que es narrado por los participantes del estudio. Se parte de la premisa de que a través de la cultura, las personas organizamos nuestras experiencias vitales a través del tiempo en forma de relatos y que dichos relatos se construyen en el marco de las relaciones sociales y la experiencia cultural, de donde aprendemos a interpretar la intencionalidad de las acciones humanas, al compartir un conocimiento popular o de sentido común (Almanza, 2011).

Cuando aparece un padecimiento, sobre todo de tipo crónico, esto puede implicar una transformación de la relación con el cuerpo, de la identidad, de la trayectoria de vida y de las relaciones sociales. Ante las circunstancias, las narrativas del padecimiento se convierten en un medio para que el paciente hable y reflexione acerca de su vida con la enfermedad, de modo que se pueda comprender cómo se ha transformado la vida del paciente tras la aparición del padecimiento, cómo se ha construido un mundo de la enfermedad y del tratamiento, cómo influye el contexto sociocultural en la vivencia de la enfermedad y que sentido se otorga a los eventos o acontecimientos relacionados con el padecimiento (Kleinman, 1988; Almanza, 2011).

Sin embargo, su utilidad no sólo radica en abrir la posibilidad de comprender el mundo del paciente y de reflexionar acerca de cómo se pueden mejorar los servicios de atención para promover el cuidado de largo plazo e impactar favorablemente en su calidad de vida (Kleinman, 1988), sino que el acto de narrar también brinda la oportunidad al paciente, incluyendo a su red social, en este caso a los cuidadores primarios, de dar un sentido a su experiencia pasada desde el presente e imaginar nuevos proyectos o cursos de acción hacia el futuro que le permitan afrontar positivamente el padecimiento. Desde esta perspectiva, el estudio cualitativo es un proceso mixto que mezcla lo inductivo y lo deductivo, adquiriendo el proceso de investigación un desarrollo que:

- Comienza con visiones generales de la situación y sus contextos

- Desciende a aspectos concretos y relevantes desde el punto de vista de los propósitos y del marco de la investigación.
- Se retorna a las dimensiones generales que actúan como contexto de significación y de contraste de los análisis generados en los niveles más específicos o sectoriales.

Como menciona Almanza (2011), Goetz y LeCompte (1984) sintetizan los aspectos en los que influye la teoría: Los modelos o perspectivas teóricas, las teorías formales y las teorías sustantivas informan conceptualmente un estudio. Las teorías más explícitas en la investigación cualitativa como modelo de investigación, provienen de los constructos sustantivos (proposiciones o conceptos interrelacionados relativos a realidades concretas. Proceden de la investigación empírica de un área concreta o de aplicación).

Una teoría establecida puede suscitar la formulación de los problemas de investigación. El investigador puede pretender ampliar, perfeccionar, o verificar teorías de nivel formal. Lo que se busca es más una indagación con el propósito de averiguar si un fenómeno concreto puede explicarse mediante una nueva teoría, que una comprobación rigurosa de una teoría.

- Los modelos teóricos propios de la disciplina en los que ha sido formado el investigador. Su formación le predispone a analizar los fenómenos desde ciertas perspectivas y a ignorar a otras. Así mismo, influye en los constructos o marcos analíticos iniciales del estudio, conclusiones o explicaciones. A menudo estas influencias permanecen implícitas, salvo que afloran ante una contradicción, entre sus esquemas conceptuales y los datos que recoge (Goetz & Compte, 1988).

La teoría puede utilizarse para explicar ciertos aspectos de los fenómenos que se analizan. En este caso, las cuestiones generadas en un principio desde ciertos presupuestos teóricos, son reformuladas sobre la base una teoría que se juzga más apropiada.

4.5.1 El análisis temático:

La identificación de los temas presentes en la historias de vida es uno de los procedimientos más usuales en el proceso de análisis. Esto requiere como primer paso la lectura de las transcripciones de los relatos hasta hacerlos familiares al analista. El segundo paso en esta tarea es identificar los núcleos temáticos, y el tercero consiste en la organización de los datos según las relaciones que pueden establecerse entre esos núcleos. El primer listado es esperado que sea empírico y se encontrará atado a las transcripciones (Kornblit, 2004).

Para refinarlo hay que tener en cuenta las conexiones entre los temas y la relevancia que ellos adquieren en función de los significados que les atribuyen tanto el entrevistado como el entrevistador (Ritchie & Spenser, 1994).

Strauss (1994) recomienda que se identifique entre los núcleos temáticos una categoría central, que será la que esté vinculada a un mayor número de ellos. Esta centralidad significa que la categoría elegida da cuenta de una parte importante de los patrones de conducta o acontecimientos que se están estudiando. Por consiguiente, el tema emerge recurrentemente en distintos momentos de la entrevista.

La identificación de la categoría central permite organizar los núcleos temáticos en una construcción conceptual que debe retomar los objetivos propuestos para el trabajo, integrando los núcleos temáticos con los supuestos teóricos enunciados en los objetivos (Kornblit, 2004).

4.5.2. El análisis estructural:

El objetivo de este tipo de análisis no es clasificar a los individuos sino clasificar, de un modo comprensivo, las estructuras de relatos para poner en evidencia sus semejanzas y sus diferencias. El análisis estructural se propone poner en evidencia las relaciones entre ciertas dimensiones y las tensiones entre ellas y así poder evidenciar los contenidos implícitos, las grandes oposiciones, las estructuraciones fundamentales que organizan la relación de la persona con el mundo y aclarar la organización de su estructura socio-afectiva (Delor, 1997).

En este modelo se proponen algunas estructuras elementales de significación, elegidas por el investigador como las que a su juicio representan los aspectos más

importantes del relato para analizarlas, transformándolas en un sistema de oposiciones de sentidos.

Según Demazière y Dubar (1997):

- Secuencias: son todas las unidades que describen acciones o situaciones presentadas como informaciones sobre hechos.
- Actantes: son todas las unidades que hacen intervenir a un personaje calificado por el locutor y que ponen en escena relaciones.
- Propositiones argumentativas: son todas las unidades que contienen un juicio o una apreciación sobre un episodio o un objeto, que proporcionan el sentido subjetivo dado por el locutor a lo que dice.

El procedimiento en esta investigación consistirá en analizar longitudinalmente cada relato familiar de acuerdo con las oposiciones encontradas para cada uno de los tres tipos de unidades mencionadas, los padres, las madres y las pacientes, a fin de sintetizarlas para cada caso.

Para la construcción de estas síntesis, se analizan por separado las listas de las oposiciones de unidades, que son resumidas luego según sus reiteraciones y según la interpretación del investigador del grado de importancia para el relato. Esto constituye una base común del análisis estructural, tal y como ha sido desarrollado en el análisis de Claude Lévi-Strauss (Strauss & Corbin, 1994) para el análisis de mitos.

Se intenta luego relacionar para cada relato, los opuestos de secuencias actantes y proposiciones argumentativas. Los opuestos de cada uno de estos elementos pueden surgir del mismo relato o de la estructura reconstruida por el analista a partir de las categorías culturales (Kornblit, 2004).

Esto proporciona una síntesis del relato que da cuenta de sus aspectos más importantes, a la vez que pone en descubierto los valores y normativas culturales sobre los que se edifica. El análisis así desarrollado permite realizar un resumen de cada relato, construido por el investigador quien trata de teorizar sobre el caso (Almanza, 2011)

- *Valor de verdad de los descubrimientos.* Se interroga sobre la confianza que puede ser depositada en los resultados de una investigación y de los procedimientos empleados en su realización.
- *Aplicabilidad a otros contextos o sujetos.* Intenta determinar la relevancia y las posibilidades de aplicación de las explicaciones/interpretaciones resultado de una investigación concreta para otros sujetos, otros contextos y otros problemas de investigación.
- *Consistencia en los resultados.* Pretende establecer el grado de relación entre las conclusiones de una investigación y los procedimientos de recogida y análisis de la información.
- *Neutralidad de los descubrimientos con relación al investigador.* Se propone asegurar que los resultados de una investigación están en función del problema, y no de los juicios o intereses del investigador.

Otros autores como Goetz y LeCompte (1988) afrontan el problema a través de criterios alternativos aunque análogos. Adaptan conceptos propios de los estudios cuantitativos a los cualitativos. En los estudios cualitativos entienden los conceptos de fiabilidad interna y externa, como indicadores de la replicabilidad de los resultados, y los de validez interna y validez externa, como indicadores de su corrección.

En el siguiente capítulo se muestra la propuesta del método que se llevará a cabo en el presente estudio, dentro del cual se han incluido las voces del paciente y sus cuidadores primarios, específicamente los padres y las madres, quienes han acompañado a sus hijos (as) en el transcurso del descubrimiento del padecimiento y quienes han planteado la necesidad del tratamiento actuando como sus principales declarantes.

Segunda parte: LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para iniciar con la presente investigación, se parte de la idea de que los trastornos de la conducta alimentaria tienen un origen biopsicosocial, ya que observar esta enfermedad mental desde ésta perspectiva, aporta información relevante y permite ampliar los aspectos del conocimiento de la misma, así como facilitar el análisis de la información, ya que amplía las posibilidades de comprensión del padecimiento de acuerdo con diversas aportaciones teóricas, desde el dominio de la biología hasta la influencia del medio ambiente, sin perder de vista las características de personalidad que matizan la interpretación de las experiencias de vida del sujeto.

Tomar como fundamentación teórica a los diversos autores que, desde su matiz, aportan información acerca del posible desarrollo de la anorexia nervosa y toman en consideración la influencia de la relación emocional con los cuidadores primarios, exclusivamente el padre y la madre, quienes contribuyen en el forjamiento de una parte esencial de la personalidad del hijo(a) quien a su vez, quizá tendrá la necesidad de desarrollar un síntoma, la anorexia nervosa, para poder subsistir a las circunstancias de su vida y al medio ambiente que lo rodea.

Hay autores que reconocen el desarrollo del padecimiento a partir de una relación triangular, entre el padre, la madre y el hijo (a), relación que aparentemente tiene una influencia directa en la aparición, mantenimiento y recaída en el padecimiento (Hersovici, 1987).

Como ya fue mencionado, la anorexia nervosa lleva un curso crónico y no siempre benigno que puede continuar hacia un deterioro severo de las funciones cognitivas y una gran pérdida de las habilidades sociales. Existen estudios (Eisler, et al., 2000; Eisler, et al., 1997; Le Grange, 2005; Lock & Le Grange, 2005; Treasure, et al., 2008), que respaldan la idea de que una intervención a nivel familiar acorta el curso del padecimiento o por lo menos ayuda a disminuir su severidad. Se ha documentado (Minuchin, et al., 1978; Russell, et al., 1987), que cuando un paciente cuenta con un adecuado apoyo familiar muestra un mayor apego al tratamiento, mayor asistencia a las consultas, disminución del número de recaídas y un mayor grado de integración social.

De acuerdo con la experiencia clínica y vinculado con lo que se ha descrito sobre trastornos de alimentación se puede observar que, a pesar de que la familia ha sido considerada importante para el desarrollo o control de las conductas de alimentación, los esfuerzos tradicionales para tratar este tipo de trastornos se han centrado principalmente en la persona que los padece. Sin embargo, los padres, en su función de cuidadores primarios, y quienes conviven con el paciente de manera recurrente, también llegan a presentar síntomas de alteraciones psicológicas, emocionales y de salud que han sido poco reportados y que juegan un papel primordial, en este tipo de población.

Existen investigaciones en las que se ha observado que estas alteraciones emocionales y familiares pueden incidir de modo que la enfermedad persista en el hijo(a) como un factor de mantenimiento, en lugar de remitirla (Le Grange & Lock, 2009; Treasure, et al., 2008).

Como ya fue mencionado, el objetivo de la psicoeducación a los pacientes y sus familiares (Pettersen, Rosenvinge, & Wynn, 2010), es un primer acercamiento de ambos padres al tratamiento de sus hijos(as), es mostrarles las consecuencias de la enfermedad, hacer conciencia de la misma y conocer el tratamiento que se propone. Sin embargo, muchas de las veces, esta información no es suficiente para que tanto los padres como las madres cooperen en el tratamiento. Incluso se podría pensar en un deseo interno de que el padecimiento permanezca, como un temor al cambio y a la pérdida de la estabilidad.

En la base a la experiencia clínica, la anorexia nervosa ocupa un lugar preponderante en la dinámica de la pareja y que en ocasiones, si el hijo(a) logra remitir el padecimiento o aprende a mantener el control del mismo, la estabilidad familiar se ve alterada y puede que la conducta del padre o de la madre faciliten el regreso al síntoma, olvidando continuar con los cambios que han sido propuestos a lo largo del tratamiento (Eisler, et al., 2003; Federici & Kaplan, 2008).

En la presente investigación, se llevó a cabo un rastreo de los relatos de las experiencias de cada uno de los principales actores, a través de escuchar sus voces y generar una narrativa, con la intención de saber que representa para cada uno de los miembros de la pareja parental el que su hijo(a) logre remitir el síntoma y

posteriormente tenga una recaída y que puede significar para éste la necesidad de regresar al padecimiento, o a su vez qué motivos lo pueden orillar a volver a él.

Incluimos en la presente investigación a los cuidadores primarios que en todos los casos, se trata del padre y de la madre, ya que son ellos quienes comúnmente, acompañan al paciente en el reconocimiento del padecimiento, a lo largo del tratamiento y le apoyan en el cuidado de largo plazo, además de actuar como testigos del malestar y tienen la intención de brindar contención emocional, siendo ellos los que, de manera conjunta, van construyendo los significados acerca de la vida con anorexia nervosa lo cual puede influir favorable o desfavorablemente en su tratamiento.

La mirada hacia la red de apoyo permite comprender la manera en la que ésta participa en el cuidado del paciente, así como lograr identificar los límites del soporte que pueden ofrecer así como reconocer las necesidades específicas de cada miembro.

Debido a que los casos de anorexia nervosa son más comunes en adolescentes y adultos jóvenes, son los padres los primeros en sobrellevar las consecuencias de la malnutrición en el hijo y los que viven los cambios tan severos en sus conductas, como el mal humor, la irritabilidad o la labilidad emocional, son ellos quienes toman la decisión de llevar a sus hijos a tratamiento y quienes en teoría asumen la responsabilidad de que se lleve a cabo el mismo, ya que los hijos tienden a evitar pensar que se trata de una enfermedad, lo toman como una forma de ser y buscan justificaciones a sus conductas alimentarias inadecuadas.

A pesar de que se sabe que los padres influyen en el mantenimiento del padecimiento (Bruch, 1971; Dare, et al., 1990; De la Rie, Van Furth, De Koning, Noordenbos, & Donker, 2005; Edmunds & Hill, 1999; Eisler, et al., 2000; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008b; Treasure, et al., 2008) en México, hasta donde se ha revisado, todavía no existe una investigación dirigida a conocer las experiencias de los protagonistas ante el tratamiento de sus hijos y que significado le atribuyen a la recaída en el padecimiento.

De acuerdo con lo reportado en la literatura (Kyriacou, et al., 2008b; Treasure, et al., 2008) un modelo de intervención dirigido a padres y madres de pacientes con anorexia nervosa, disminuye la tensión y preocupación del ambiente familiar, de tal

manera que se puede contribuir con el bienestar de todos los miembros de la misma y llegar a la remisión total del padecimiento, a través de llevar a cabo una relación de colaboración, donde también se tomen en cuenta las necesidades de los otros miembros de la familia, quienes en ocasiones, pueden mostrar dificultades para apoyarlo o pueden sufrir un desgaste tan severo que limite su capacidad de apoyo.

Al observar estas necesidades, se propone la presente investigación con la finalidad de conocer, desde la mirada de cada uno de los participantes (padre, madre e hijo), al padecimiento, las experiencias compartidas antes y a partir del diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria, que en todos los casos incluidos se tratará de anorexia nervosa, ya que de acuerdo a la experiencia clínica es el padecimiento más difícil de tratar.

La investigación se llevará a cabo a través de una aproximación cualitativa debido a que esta aproximación ha mostrado su utilidad en poblaciones difíciles de abordar a través de encuestas o cuando se considera que la información a través de las mismas es muy limitada (Tarrés, 2001). Se recomienda este tipo de abordaje cuando se pretende estudiar una problemática que tiende a ser multifactorial, como el trastorno que ahora nos ocupa, siendo las influencias medioambientales, sociales y psicológicas cruciales en la explicación de dicho comportamiento ya que, aunque las encuestas pueden identificar algunas de estas variables, tienen un menor alcance al examinar los procesos por los cuales los factores socioculturales y psicosociales son mediados por el nivel de experiencia individual. Además, una de las fortalezas de esta perspectiva es que tiene la convicción de comprender mejor la realidad en el tipo de conocimiento al que se quiere acceder y el nivel de profundización al que se quiere llegar (Denzin & Lincoln, 1994; Goode & Hatt, 1969; Gunderman, 2001; Hudelson, 1994; Natera, Tiburcio, & Mora, 2004; Vasilachis, 1993).

CAPITULO V. MÉTODO

5.1. Objetivos del estudio

El objetivo de investigación que guía el desarrollo del estudio es: conocer las narrativas de los pacientes con anorexia nervosa, sus padres y sus madres acerca de las experiencias ante el padecimiento, el tratamiento, la remisión del síntoma y el significado que otorgan a la recaída.

Teniendo como objetivos específicos:

- Explorar las trayectorias del padecimiento de cada paciente.
- Identificar las experiencias desde la perspectiva de cada uno de los entrevistados acerca del padecimiento.
- Identificar las experiencias desde la perspectiva de cada uno de los entrevistados sobre la búsqueda de tratamiento y el tratamiento mismo.
- Comprender las experiencias de cada uno de los entrevistados sobre la remisión sintomatológica.
- Comprender la experiencia del entrevistado ante la recaída en el padecimiento.
- Comprender el significado que el entrevistado otorga a la recaída.
- Identificar los temas y subtemas que aparecen en las narrativas construidas por cada entrevistado.
- Llevar a cabo un análisis estructural que permita relacionar la información entre cada caso, con la finalidad de identificar aspectos compartidos y diferencias en función de la experiencia particular de cada caso.

5.2. Tipo de estudio

Se trata de un estudio narrativo enfocado en los relatos acerca del padecimiento, el tratamiento y la recaída construidos por pacientes con anorexia nervosa de ambos tipos y sus cuidadores primarios que en todos los casos son el padre y la madre.

La unidad de análisis fue el sistema conformado por el paciente junto con su padre y su madre, se recurrió al muestreo teórico no probabilístico (Strauss & Corbin, 1994; Tarrés, 2001; Taylor & Bogdan, 1996; Vasilachis, 1993; Almanza, 2011), para la selección de los participantes, teniendo como criterios de selección: que los pacientes fueran adultos, mayores de 18 años, que llevaran al menos tres años de evolución del

padecimiento y hubieran presentado al menos una recaída, que ambos padres acudieran al servicio acompañando a su hija y que además asistieran al grupo de apoyo terapéutico para padres impartido en la institución, que ya fue descrito con anterioridad y que, por supuesto aceptaran compartir sus experiencias y participar en la investigación.

Es importante señalar, que en la investigación cualitativa, las muestras intencionales pequeñas permiten lograr los objetivos del estudio en profundidad. Por medio de este muestreo, se busca seleccionar cuidadosamente pocos casos que puedan caracterizar al objeto de estudio y brindar información profunda basada en la realidad (Taylor & Bogdan, 1996; Vasilachis, 1993).

Se les invitó a los veintitrés casos que cumplían con estas características a través de sus hijas y si la paciente aceptaba participar en el estudio se le pedía que le comentaran a sus padres y los invitaran. En el proceso de la investigación se invitaron tres casos más que fueron cumpliendo con los requisitos, ya que el paciente presentó recaída, llevando ya tres años de tratamiento.

De este muestreo sólo se obtuvieron siete casos y no todos pudieron ser completados. Entonces, para los fines que persigue la presente investigación, se analizaron cuatro unidades familiares constituidas por el padre, la madre y la hija que han vivido la experiencia de la enfermedad y tres viñetas de tres pacientes que no pudieron ser completadas, debido a que los padres no se dieron el tiempo para acudir a las entrevistas o porque el paciente nunca estuvo en condiciones nutrimentales para presentarse a la institución y responder a la entrevista.

5.3. Los participantes

Aceptaron participar en el estudio siete pacientes con sus respectivos padres, firmando el consentimiento informado, cuatro casos fueron entrevistados completos, es decir la paciente con su padre y con su madre; sin embargo, en los tres casos restantes, no se tuvo la oportunidad de entrevistar a todos los participantes por diversas causas, una paciente que aceptó y fue entrevistada, los padres no acudieron en las fechas propuestas para las entrevistas y constantemente estuvieron aplazando los tiempos, posteriormente, por iniciativa propia, ambos padres fueron a la institución

a dar una explicación de las razones por las cuales no habían podido acudir, de tal forma que de este caso sólo mostraré una pequeña viñeta porque, desde mi punto de vista ilustra de manera clara el fenómeno que pretendemos observar.

Un segundo caso, en el cual la paciente, después de tres años de tratamiento y seis años de evolución del padecimiento, inició con la recaída y fue invitada junto con sus padres a participar en la investigación, desgraciadamente, solo se pudo entrevistar a la paciente, porque en la siguiente fecha pactada para entrevistar a los padres, ambos se presentaron para avisar que su hija se había suicidado, de éste caso también presentaré únicamente la viñeta clínica.

Y un tercer caso, el único varón que aceptó participar, solo se pudo realizar la entrevista con el padre, porque la madre permanecía a lado de su hijo, ya que tuvo complicaciones severas por la desnutrición hasta que también falleció, por lo que solo se presentará una semblanza del caso.

Cabe aclarar que los nombres, las actividades de los participantes y los lugares mencionados fueron modificados por cuestiones de confidencialidad.

La información se encuentra dividida por familias (triadas) donde están incluidos todos los sujetos entrevistados, a pesar de que no se completaron las triadas, ya que todos los datos obtenidos se consideran relevantes para la investigación.

Para facilitar el análisis de la información, se construyeron los respectivos códigos para cada una de las entrevistas y facilitar el orden de la información.

Un ejemplo del código es: **H X N F**, donde:

H- hija, **M-** mamá o **P-** papá

X- inicial de identificación del caso

N- Número de la entrevista

F- No. de familia

Sin embargo, para fines prácticos de la presentación de los casos y facilitar su lectura, solo utilizaré una letra de acuerdo al orden alfabético que coincida con el número de familia y los nombraré únicamente; caso A, papá del caso A, o mamá del caso A.

Tabla de datos demográficos

SUJETO	EDAD	ORIGEN	ESCOLARIDAD	DIAGNÓSTICO	OCUPACION	EDO.CIVIL
CASO A	29	Edo. de México	Licenciatura trunca	Anorexia nervosa restrictiva	Ama de casa	Casada
MADRE	63	Edo. de México	Primaria		Dependiente de farmacia	Unión libre
PADRE	63	Edo. de México	Secundaria		Negocio propio	Unión libre
CASO B	22	Distrito Federal	Estudiante universitaria	Anorexia nervosa com-purg.	Estudiante	Soltera
MADRE	57	Distrito Federal	Economía		Ama de casa	Casada
PADRE	59	Chihuahua	Ingeniería		Jubilado	Casado
CASO C	19	Distrito Federal	Estudiante universitaria	Anorexia nervosa restrictiva	Estudiante	Soltera
MADRE	48	Distrito Federal	Normalista		Jubilada	Casada
PADRE	53	Distrito Federal	Normalista		Jubilada	Casado
CASO D	18	Distrito Federal	Estudiante de preparatoria	Anorexia nervosa comp-purg.	Estudiante	Soltera
MADRE	49	Michoacán	Secundaria		Ama de casa	Casada
PADRE	50	Tláhuac	Preparatoria		Negocio familiar	Casado
CASO E	21	Distrito Federal	Estudiante universitario	Anorexia nervosa comp-purg.	Estudiante	Soltera
MADRE	40	Distrito Federal	Carrera comercial		Ama de casa	Casada
PADRE	48	Distrito Federal	Odontólogo		Empleado	Casado
CASO F	22	Distrito Federal	Preparatoria	Anorexia nervosa comp-purg.	Empleado	Soltero
MADRE	51	Distrito Federal	Primaria		Estilista	Unión libre
PADRE	51	Distrito Federal	Secundaria		Carpintero	Unión libre
CASO G	22	Distrito Federal	Estudiante universitaria	Anorexia nervosa comp-purg.	Paramédico	Soltera
MADRE	50	Distrito Federal	Primaria		Ama de casa	Unión libre
PADRE	52	Distrito Federal	Secundaria		Empleado	Unión libre

5.5. Medios de exploración

Para obtener las narrativas acerca del padecimiento, se llevaron a cabo entrevistas a profundidad por separado, con la intención de que cada uno de los participantes se sintiera con la libertad de exponer sus puntos de vista y reconocerse como protagonista en el papel correspondiente, como de quien lo padece y como de quien lo cuida, o lo perpetua.

Las entrevistas se realizaron en un consultorio cómodo que proporcionó la institución. Después de una breve presentación personal y de una amplia explicación de la intención del proyecto, se presentó el consentimiento informado (apéndice B) para que lo firmaran una vez que decidieron participar en el estudio, cabe señalar que cada triada hizo la labor de testigo de cada consentimiento.

Al término de la presentación inicial (apéndice A) que permitió formar un encuadre adecuado para la investigación, se comenzó el proceso de entrevista la cual inició con una pregunta generadora de información (apéndice C), caracterizada por ser abierta e incitar a los participantes a contar su experiencia. Un ejemplo del tipo de preguntas es: “Le voy a pedir que me cuente como se dió cuenta de que podía tener algún padecimiento”.

De tal manera que el entrevistado en turno, empezó a narrar su propia experiencia, donde el entrevistador asumió el papel de escucha activa al mismo tiempo que dirigió el curso de la entrevista dando espacio a la voz del entrevistado. Durante el desarrollo de la entrevista, se realizaron preguntas que invitaron a los participantes a continuar narrando como; “¿y qué pasó después?”, lo cual permitió ir identificando la secuencia cómo se presentaron los acontecimientos relacionados con el padecimiento y también para aclarar ciertos temas y obtener más información sobre situaciones específicas (apéndice D). Fue de vital importancia mostrar empatía ante los efectos generados en los participantes cuando recordaron ciertas experiencias difíciles de compartir, además de que la investigadora (LGM) estaba preparada para dar contención emocional en caso de ser necesario y se podía hacer uso del servicio de atención psiquiátrica continúa (APC) si se consideraba necesario para el caso.

Para orientar el proceso, se utilizó una guía de entrevista (ver apéndices C y D), donde se encontraban los temas que se deseaban abordar, para el caso específico de la anorexia nervosa se revisaron con anterioridad investigaciones realizadas sobre el padecimiento, lo que facilitó identificar ciertos temas recurrentes que fueron la pauta para llevar a cabo el diálogo.

- Conductas observadas antes de saber el nombre del padecimiento: se indaga acerca de cómo estos pacientes empezaron con las conductas y qué cosas hacían, así como de qué forma el padre y la madre se dieron cuenta de que su hija tenía problemas con la comida.
- Momento del diagnóstico: se le pregunta al entrevistado cómo llegó a la institución y qué sucedió al enterarse del diagnóstico.
- Trayectoria del tratamiento: se indaga acerca de cómo empieza a atenderse el paciente (tanto en términos médicos como psicológicos), sobre las dificultades

que se encontraron al inicio del tratamiento, el impacto que esto tuvo en su vida, cómo han participado cada uno de los entrevistados en el cuidado del paciente, o el apego al tratamiento por parte del paciente, cuales dificultades han encontrado a lo largo del mismo.

- Aparición de la recaída: se les preguntó qué pasó cuando observaron que después de cierto tiempo de responder de manera adecuada al tratamiento, la hija regresaba al síntoma.

Para finalizar la entrevista, fue importante brindar la oportunidad al entrevistado de contar algo que consideró relevante y que no hubiera sido preguntado, así como hacer una síntesis de lo que fue narrado, a manera de devolución, de lo que ha influido afectivamente al entrevistador, con la intención de mostrar al entrevistado que ha sido escuchado y que el entrevistador se ha convertido en testigo de su experiencia.

Finalmente, se agradeció a los participantes por haber colaborado en la investigación, se realizó la despedida y se solicitaron sus datos para contactarlos más adelante si fuese necesario aclarar algunos puntos, o ampliar la entrevista, o para recibir los resultados de la investigación cuando ésta concluyese.

Como parte de la entrevista se obtuvieron datos personales, como edad, sexo, nivel de estudios, lugar donde labora o actividades que realiza.

5.5.1. La entrevista

Se eligió la estrategia de entrevista a profundidad como instrumento para obtener la información debido a que ésta según Frick (1986) es el encuentro de subjetividades donde la objetividad es descubierta.

La finalidad de la entrevista fue obtener una descripción lo más detallada posible de la vida y de los actores sociales. Su práctica se define al obtener esta información y además compartir la impresión y el proceso con el llamado informante, formando en aquél un estudio antropológico de observación y análisis de su propia vida, con el fin de utilizar la información para mejorar sus condiciones de vida.

El proceso de conocimiento en la entrevista es el encuentro entre los marcos de referencia de los dos sujetos durante la construcción del objeto. Ambos sujetos tienen un marco de referencia particular en el momento de entrar en contacto para proceso

de entrevista. Este marco de referencia hace corresponder parcialmente a los participantes de la entrevista.

Ambos, tanto el entrevistador como el entrevistado poseen un papel preponderante en el proceso, el investigador es un sujeto con vida social como investigador y como actor social común; él tiene la responsabilidad de pulir su puesta en escena, su presentación para no violentar la situación de entrevista. Por su cuenta, el entrevistado también posee un marco de vida, su historia, su experiencia. El objeto de la entrevista es el punto de vista, el lugar social, la historia del entrevistado, es decir en este sentido, se ponen en contacto los dos marcos de referencia pero con distinta intención. El del investigador se pone en juego para colaborar en el trabajo del marco del entrevistado, el de entrevistador se va conformando como el objeto de análisis (Flick, 2004)

Para que se lleven a cabo las entrevistas, se hace necesario realizar una guía de entrevista, en la cual se deben considerar seis elementos básicos:

- Objetivo general. Se define la finalidad del trabajo y se señalan las actividades que la componen, particularmente las de entrevista.
- Perfil de interlocutor. Se describe el tipo de informante que se tiene en la fase correspondiente.
- Información básica. Se indica el tipo de información que se obtiene de la entrevista.
- Lugar de la entrevista
- Duración de la entrevista
- Guía de conversación. Se marca la pauta del protocolo de entrevista, se indica el curso por donde van las intervenciones del investigador y se sugiere el tipo de preguntas (ver apéndice C).

5.6. Propuesta de análisis

El análisis propuesto para la presente investigación es el modelo de análisis de narrativa por ejes temáticos, propuesto por Catherine Kolher Riessman (2007) en el cual se hacen preguntas intencionadas al tema que es de interés, también se llevó a cabo un análisis estructural propuesto por Labov y Waletzky (1997) el cual nos permite

unir las narrativas de todos los informantes de acuerdo con los elementos obtenidos en cada análisis temático, con la finalidad de evidenciar semejanzas y diferencias en los contenidos de cada unidad familiar (Labov, 1985; Labov & Waletzky, 1997; Riessman, 2007).

Los estudios cualitativos, en cuanto a la explicación de significados, se fundamentan en la interpretación de las informaciones de los datos (Erickson, 1982). Desde esta perspectiva cabe aplicarle el marco de condiciones formales y de procedimientos, necesarios para legitimar los procesos de atribución de significados y de generalización de las interpretaciones. Como ya fue mencionado, Goetz y Le Compte (1988) identifican componentes como configuradores del proceso de comprensión, se tomaran tres de ellos: preconcepción, comprensión actual e interpretación. Según su punto de vista, la interpretación parte de una preconcepción de lo que se pretende interpretar y hace referencia a lo que el investigador ya sabe, por lo que es capaz de reconocer el hecho analizado, es decir, no se puede comprender algo sin un bagaje previo de preconcepciones sobre el tema, ni al margen de dicho equipamiento interpretativo; funciona como un marco general en el que pueden ser comprendidas las informaciones y los datos. Como estructura previa de significados, no actúa como una barrera inflexible, sino como un conjunto de componentes cognoscitivos y experienciales que van alterando sus contenidos y filtros analíticos, en base a la interacción con cada nuevo proceso de conocimiento e interpretación (Goetz & Compte, 1988). Así preconcepciones, conocimiento actual de los hechos estudiados e interpretaciones de tales hechos, configuran una estructura dialéctica de conocimientos y constituye la base de los procesos de investigación basados en la participación, en el hecho a estudiar, del que se trata de explicar su significado, este proceso ofrece una profundidad en la comprensión, al admitir dentro del marco de la investigación, interpretaciones subjetivas por parte del investigador y del investigado (Goetz & Compte, 1988; Zabalza, 1988).

Una vez seleccionados los entrevistados, se audiograbaron las entrevistas y posteriormente fueron transcritas y transformadas en texto, para así facilitar el análisis de la información. Se llevaron a cabo varias lecturas del texto para identificar una secuencia temporal, así como definir temas emergentes, epifanía y coda.

Debido a que la investigación narrativa considera tanto la estructura como la función del texto, de acuerdo a Riessman (2007), se observó tanto el lenguaje como la intención del mismo, así como en el análisis estructural, se reconocen contenidos similares de la información, los cuales pueden ser comparados para discernir similitudes y diferencias en las narraciones (Labov & Waletzky, 1997). El análisis cualitativo descrito por Crabtree y su equipo, pretende establecer un patrón que permita combinar los resultados de los dos análisis para crear una descripción final de las características narrativas de los casos reportados a manera de síntesis (Crabtree & Miller, 1999).

5.6.1. Análisis de la narrativa por ejes temáticos

En los diseños narrativos, el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo desde luego a otras personas que representarían a su red social (Riessman, 2007).

Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Este tipo de diseños se utiliza cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos, así mismo, proporciona un cuadro micro analítico.

Los datos se obtienen de autobiografías, biografías, entrevistas, documentos, artefactos y materiales personales y testimonios (cartas, diarios, artículos de la prensa, grabaciones radiofónicas y televisivas, etc.).

En este proceso, el investigador reconstruye la historia del individuo o la cadena de sucesos (de manera cronológica), posteriormente lo narra bajo su óptica y describe e identifica subtemas y temas emergentes en los datos narrados (Creswell, 2005).

El elemento clave de los datos narrativos lo constituyen las experiencias personales, grupales y sociales de los actores o participantes donde cada uno debe contar su propia historia.

- La narración debe incluir una cronología de experiencias y hechos, siendo muy importante la evolución de los acontecimientos hasta el presente.
- El contexto se ubica de acuerdo con el planteamiento del problema.
- El investigador recoge datos en el propio lenguaje de los participantes sobre las experiencias significativas relacionadas con un suceso o con su vida.

Según Catherine Kohler Riessman (2005) el análisis narrativo de las ciencias humanas se refiere a un acercamiento familiar a diversas clases de textos, los cuales tienen una forma común de narrar las historias. Algunos países o gobiernos prefieren construir narraciones acerca de su historia, sus movimientos sociales, o sus organizaciones, narrar sobre científicos, otros profesionales e incluso sobre otros grupos étnicos o raciales, tomando en cuenta que cada individuo tiene sus propias experiencias.

Para llevar a cabo un análisis de narrativa, se debe realizar una secuencia y reconocer las consecuencias, seleccionar los eventos, organizarlos y conectarlos entre sí, para así evaluar la experiencia de forma adecuada para una audiencia en particular. Al analizar la historia se interpreta el mundo y la experiencia de los sujetos y algunas veces el investigador interpreta la información de acuerdo con su propia experiencia o de acuerdo con sus propias percepciones del mundo. La narrativa representa una forma de obtener conocimiento y también una vía de comunicación (Hinchman & Hinchman, 1997).

El análisis temático da énfasis al contenido del texto “qué” es lo que se dice más que el “cómo” se dice, el lenguaje nos da una ruta de significados, es decir analiza la información de acuerdo a lo que “hablan”. Se teoriza a través de casos que tienen elementos temáticos comunes, los cuales pueden llevar a elaborar o a desarrollar una teoría acerca del fenómeno estudiado. Este análisis se enfoca en el contenido de lo que se dice, y en el significado de lo que se dice, sugiriendo los temas vinculados con la teoría buscando un acercamiento más objetivo sobre lo que se está investigando, observando las ambigüedades o las respuestas desviadas que no encajan con la tipología buscada.

Tomando como guía la lectura inicial de la transcripción se identificaron las cualidades principales que diferenciaban claramente los datos reportados sobre el mismo tema. Se construyeron apartados que representaban distintos momentos o

temas que surgían a lo largo de la trayectoria del relato, se lograron vincular dichos momentos a una diacronía de la narración es decir, una secuencia temporal de pasado-presente-futuro de tal forma que la entrevista original se transformó en un nuevo texto que se sometería al análisis narrativo por ejes temáticos (Riessman, 2005).

5.6.2. Análisis estructural

Las escenas del nuevo texto se revisaron para verificar si contaban con los elementos que de acuerdo con Labov y Waletzky (2006) caracterizan a una estructura narrativa:

- **Resumen:** de que habla la historia que será narrada.
- **Orientación:** antecedentes relevantes de la información, situación.
- **Complejización:** cronología necesaria como ocurre la situación donde se genera un conflicto que impulsa el desarrollo de la historia hasta su resolución.
- **Evaluación:** ¿sobre qué narra el informante?, su opinión, ¿cómo la expresa, qué lenguaje usa, cómo interpreta los sucesos que pasaron y lo que no pasó, cómo conecta los diferentes episodios, cómo se explica lo que pasó?
- **Resolución:** que pasó al final de la historia.
- **Coda:** últimas aclaraciones fuera de la historia, comentario final que relaciona la información obtenida con el presente.

En el análisis estructural se observaron las diversas versiones de cada unidad familiar y se observaron los diferentes elementos narrativos, los cuales facilitaron encontrar las semejanzas y diferencias entre cada caso, es decir semejanzas y diferencia entre lo que dicen todos los padres, los que dicen todas las madres y sobre lo que narran todas las pacientes, datos que permitieron obtener información más clara para llevar a cabo la síntesis de la misma.

5.6.3. Síntesis

Los casos reportados fueron agrupados en cualidades preliminares las cuales fueron nombradas categorías, éste proceso surgió de las características principales de ambos modelos, la manera en cómo las características estructurales proporcionan la información categórica es muy importante para comprender el material obtenido del sujeto que está informando.

A través de comparar las cualidades preliminares, tanto del agrupamiento como los nombres de las categorías, fueron ajustados hasta que la categorización diera una representación correcta de cada una. Esto es ilustrado por las categorías definidas “razones por las que inicia el trastorno de alimentación”, “conductas de mantenimiento del síntoma”, “razones para la búsqueda del tratamiento”, “lo que oculta el trastorno” y “el reconocimiento de las fortalezas” las cuales fueron designadas en conjunto como un “simple vistazo” en los primeros pasos de esta categorización. A pesar de que algún caso reportado tenía elementos de más de una categoría era sencillo identificar qué tipo de cualidad predominaba en cada caso.

El nuevo texto, compuesto por escenas que siguen una secuencia temporal a partir de las cuales se agrupan las distintas fases o puntos de transición durante el curso del padecimiento, permitió caracterizar el análisis de las trayectorias del padecimiento a través de las diferentes narrativas de cada uno de los informantes.

5.7. Criterios para la validación del estudio

En la investigación cualitativa existe un debate con respecto a si se deben utilizar o adaptarse los criterios de confiabilidad y validez derivados del paradigma positivista, o si se es necesario construir criterios propios para los estudios que se realizan desde un paradigma interpretativo, la postura que se asume en la presente investigación es la de utilizar criterios propios, ya que la cuestión de la validación desde el paradigma interpretativo se basa en la pregunta de hasta qué punto las construcciones del investigador se fundamentan en las construcciones de aquellos a quienes estudia y hasta dónde este fundamento es transparente para otros, puesto que el acento no se encuentra en la búsqueda de una verdad objetiva (Flick, 2004; Almanza, 2011).

Dentro de los estudios narrativos, existen los criterios propuestos por Riessman (2005) para su evaluación:

- Criterio de persuasión o plausibilidad. A partir de este criterio se analiza si la interpretación de los datos es razonable y convincente, si las historias se convierten en una evidencia que avala los argumentos teóricos y si interpretaciones alternativas de los datos son consideradas.

- Criterios de coherencia. Busca identificar si existe una coherencia global en las historias en función de las creencias y las metas de los narradores, así como si existe una coherencia temática en el sentido de que existan temas recurrentes que unifiquen el texto.
- Criterio de uso pragmático. Tiene que ver con el grado en que el estudio se convierte en base para el trabajo de otros.
- Criterio de fiabilidad del procedimiento. Consiste en mantener un registro del material analizado y hacer visible el proceso mediante el cual se realizaron las interpretaciones de los textos.

Los criterios utilizados en la presente investigación para la validación de estudio fueron; de coherencia, de uso pragmático y el de fiabilidad del procedimiento.

5.8. El ingreso al campo

El contacto con los entrevistados se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel de atención que tiene una clínica de trastornos de la conducta alimentaria, funcionando desde el año de 1996, por lo tanto, el primer paso consistió en acudir a las instancias necesarias para exponer el proyecto ante los comités de investigación y de ética de la institución y hacer explícita la intención de la investigación, para poder obtener el apoyo y facilitar el contacto con los sujetos.

Para contactar a los entrevistados se realizó una invitación dirigida a las pacientes con anorexia nervosa que acudían al servicio acompañado de ambos padres. Se les explicó ampliamente el objetivo del estudio y se les pidió que lo comentaran con sus padres para ver si ellos deseaban participar. Una vez que se estableció el contacto con los informantes y aceptaron participar, se acordó el horario y el lugar donde se llevarían a cabo las entrevistas.

El procedimiento para obtener la información, como ya fue planteado, fue a través de una entrevista a profundidad de manera individual la cual consistió en plantear una serie de preguntas amplias sobre los temas propuestos en la guía (apéndice C), la cual está fundamentada acorde a los aspectos teóricos del estado del arte, además de que se realizó un sondeo de entrevista a una paciente, a un padre y a una madre que no formaban una triada, para llevar a cabo un entrenamiento en la

forma de realizar las preguntas y la información que estas contenían, así como sondear el tipo de respuesta obtenido y seleccionar mejor la información y más dirigida a los objetivos planteados por la investigación (Tarrés, 2001).

5.9. Consideraciones Éticas

La presente investigación solicitó la colaboración voluntaria de los sujetos de estudio para su participación. En caso de aceptación, los informantes fueron entrevistados por una psicóloga capacitada (la investigadora), para realizar la entrevista y contener al sujeto en caso de que fuera necesario.

La investigación se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos éticos marcados por la institución, además de que fue analizada y aprobada por el comité de ética de la misma.

Se les solicitó autorización por escrito en la que muestran que están de acuerdo en ser audiograbados y de ser necesario tomar notas de la información.

Además de que se les garantizó a los participantes la confidencialidad de la información, asegurándoles que se modificarían datos, nombres y algunas situaciones para que no fuera fácil su reconocimiento, se les proporcionó una carta de consentimiento informado por escrito (apéndice B), en donde se les explican los objetivos del estudio, sus implicaciones y riesgos, en el cual solo participarán de manera voluntaria, si decidieron no participar, no afectó en lo absoluto su atención médica dentro de la Institución.

Así mismo, se les permitió retirarse del estudio cuando lo desearon. Se llevó a cabo la devolución de la información proporcionada por los participantes durante las entrevistas, a través de obsequiarles un resumen de los hallazgos.

En los casos que fue necesario se les proporcionó ayuda psicológica adicional, en este caso el servicio de Tanatología del hospital se hizo cargo de los padres que lo solicitaron y dos participantes más que solicitaron ayuda fueron enviados al servicio de preconsulta del hospital y fueron evaluados y tratados de acuerdo al diagnóstico obtenido.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la investigación de acuerdo a los análisis propuestos.

Tercera parte: RESULTADOS

CAPITULO VI. LA MIRADA DE LA ANOREXIA NERVOSA DE LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES PRIMARIOS

6.0. La narrativa

Como ya fue descrito, el análisis debe ilustrar las interpretaciones que son relevantes para los participantes y las prácticas en las que se concretan esas interpretaciones. Analizar implica describir el conocimiento del que hacen uso los participantes, y explicar cuándo y cómo lo usan. Lo que el investigador considere digno de atención dependerá de su propio conocimiento, expectativas e intereses tácticos.

La propuesta de análisis para la presente investigación está basada en el análisis por ejes temáticos de Riessman y el estructural de Labov y Waletzky, como ya se mencionó, pero no podemos dejar de lado que debemos tomar en cuenta la realidad discursiva del relato tal cual como se produce durante la entrevista (Kornblit, 2004) se debe tomar en cuenta la situación misma de la entrevista y el hecho de que lo narrado incluye al destinatario del relato, personificado en la figura del entrevistador, quien a su vez organiza la mirada del sujeto que relata a partir de la consigna y de la escucha. Ricoeur (1996) menciona que el relato surge, como parte del encuentro con el otro y no se puede ignorar que su producción será influida con respecto a lo que se espera que se produzca, tanto en el contenido como en lo formal, es decir se espera que el relato del sujeto comience con recuerdos de etapas previas hasta llegar al presente. Lo cual implica que si bien existe el presupuesto del hilo conductor temporal, que va del pasado al presente, el hilo temporal evocado en el relato no siempre es lineal.

Reconstruir la estructura diacrónica del relato, vale decir, la sucesión temporal de los hechos relatados según sus relaciones antes-después, e interpretar los avances y retrocesos presentes que no respetan esas secuencias son dos de las tareas básicas del análisis (Kornblit, 2004), tarea con la que iniciaré cada análisis de los relatos, los cuales serán llevados a cabo familia por familia hasta llegar a la coda y posteriormente se llevará a cabo el análisis estructural.

ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS

6.1. FAMILIA 01 CASO A (HD01F01), MADRE DEL CASO A (MD02F01), PADRE DEL CASO A (PD03F01).

6.1.1. PRESENTACIÓN DEL CASO A (HD01F01)

El caso A es una paciente femenina de 29 años de edad originaria del Estado de México, presentando un diagnóstico de anorexia nervosa del tipo restrictivo de acuerdo al modelo médico (DSM-IV-TR, 2000), con un IMC de 12 kgm² el cual se encontraba dentro de los niveles de desnutrición, ya que su peso era de 34 kg aproximadamente. Antes de empezar el tratamiento, A piensa que llegó a bajar hasta los 30 kg en tres meses, restringiendo toda clase de alimentos, pesándose tres veces al día y haciendo cálculos de su consumo calórico, con insomnio, altos niveles de ansiedad y crisis de angustia.

Cuando inició el tratamiento consiguió pesar hasta 48 kg (IMC-18 kgm²), pero ahí se detuvo, manteniendo un peso bajo dentro del nivel de mala nutrición, en el cual se sostuvo durante tres años, exhibiendo una conducta de control excesivo.

Después de tres años de mantenerse en *impasse*, empezó a bajar de peso de nuevo, iniciando una recaída, razón por la cual su médico tratante decidió invitar a los padres del caso A al grupo de apoyo terapéutico impartido en la institución. Cuando ambos padres se involucraron en el tratamiento haciendo los cambios que les eran recomendados y respetando el encuadre del tratamiento, A empezó a evolucionar de nuevo, hasta que logró salirse de casa, vivir con su pareja, embarazarse y asumir mayores responsabilidades haciéndose cargo de ella misma.

6.1.2. Entrevista realizada al Caso A

Estructura diacrónica del relato: “...en ese mundo mío, todo era perfecto para mí”

El caso A, narra poco de su infancia, comenta que el padre no vivía con ellas, iba de visita a casa y se quedaba por algún tiempo, sin avisar cuándo se volvía a ir. Recuerda que las cosas eran muy difíciles ya que su madre, a decir del caso A, le tenía mucho

miedo a que su padre se enojara, dejara de ir a visitarlas y a su vez les dejara de dar dinero. Tiene la idea de que su padre siempre ha controlado todo a través del dinero.

“Yo, no era feliz, porque a mi llegaba (el padre) y me interrumpía mi vida, o sea me la cortaba completamente, y mi mamá era así como que hay que hacer lo que él diga para que no se enoje no... y para mí eso era muy feo... frustrante, y era encontrar a ver cómo le digo: no vengas... huy no, era no te voy a dar dinero en meses...”

Durante su infancia fue muy temerosa, constantemente tenía miedo de que algún intruso entrara a su casa y quisiera robar. En las prolongadas ausencias del padre, ella dormía con su madre en la misma cama sin embargo, cuando el padre llegaba, era desplazada de la cama materna por el padre y debía regresar a dormir sola a su habitación y eso la hacía sentirse desvalida, temerosa, abandonada y desprotegida.

“...o sea yo jamás me pude dormir con mis papás, cuando para mí era mucho miedo en las noches, nunca me dejó, y me dejó tirada allá fuera de la recámara, llorando esperando, pidiendo que me dejarán entrar... me daba miedo que se fueran a meter en la casa... y en las noches me la pasaba en las escaleras, vigilando que no se metiera nadie y mi papá en ese tiempo, pues ni modo, vete a dormir a tu recámara, y así me quedara afuera, así me dejó”

La madre, con todo el temor que le tenía al padre, no se encargaba ni de cuidarla ni de defenderla.

“...desde chiquita,... sus límites eran demasiados... sí, si lo sentía muy estricto... mi mamá siempre se quedaba callada, a pesar de que yo siento que mi mamá quería como... más apapacho no,... más flexible en ese sentido, y mi papá no, y mi papá no se lo permitía a mi mamá...”

Recuerda que ha estado muy enojada con su padre, porque parecía no bastarle con el maltrato hacia ella, sino que también hacía sufrir mucho a su madre, refiere haber sido la confidente de ella y le platicaba las cosas que pasaban con su padre y le parecía incomprendible que su madre lo volviera a aceptar. Además de que, cuando su padre llegaba, le cambiaba toda su vida, quería que todo se hiciera como si fueran una familia normal. Situación que A nunca comprendió, ni estuvo de acuerdo, pero sentía que su opinión no era tomada en cuenta.

“...cuando ya tenía a mis amigos, cuando yo ya tenía un estilo de vida y cuando llegaba él era... dejas toda tu vida... te quedas aquí y vamos a comer en familia y vamos a cenar todos juntos, como si fuéramos muy felices todos, ¿no?”

Ella menciona que su padre era muy rígido y exigente con ella, y que no era así con sus medios hermanos, con los cuales nunca ha convivido, únicamente sabía de su

existencia y se enteraba cómo se comportaba con ellos, dándose cuenta de las diferencias.

Recuerda que su vida era mejor en la ausencia del padre, que estaba más a gusto cuando él no las visitaba, ella hacía lo que quería, ya que su madre no le hacía mucho caso, pasaba mucho tiempo con sus amigos y así se acostumbró a estar.

“...mi papá siempre me... me exigió mucha perfección, yo siento que desde chiquita siempre, siempre ha sido conmigo muy, muy... rígido, demasiado rígido... ya te paraste de comer y no vuelves a comer nada absolutamente”

En cuanto a su desarrollo ponderal comenta que tuvo sobrepeso durante los primeros años de su vida y que éste se incrementó cuando estuvo en la preparatoria, recuerda que era más feliz durante esa época, que cuando empezó a preocuparse por el peso. Tenía muchos amigos y en esa época conoció a su actual esposo y siempre se ha sentido cuidada y protegida por él. Nunca le importó que tuviera obesidad. Sin embargo, el padre sí parecía estar molesto por eso, ya que fue él quien la llevó al médico para que la bajara de peso.

“...hasta la fecha mi mamá me aguanta muchas cosas, mi papá no,... mi papá es todo lo contrario. Mi papá es mandón, mi papá, es regañón, mi papá es enojón, y aunque él dice que no, sí, sí, sí es”.

Suspendió la escuela debido a que su padre ya no se la pudo pagar, porque tuvo problemas económicos, recuerda que regresó al tiempo en que se volvió a preocupar por el peso y comenzó a sustituir algunos alimentos y a restringir otros, hasta que llegó un momento en que se empezó a gustar con el bajo peso.

“...mi mamá era así como que no, pues espéralo, espéralo para que no se enoje, bueno total que toda la prepa, toda la secundaria, toda la universidad, él según me pagó la escuela no,... bueno si me la pagó pero para mí universidad yo tenía mi beca... llegaba un fin de semana se iba, llegaba otro mes completo y se iba y era estar esperando a ver cuándo se irá a ir, porque no, no se va, yo no veo que se vaya. Y era, no, espérate ya va a acabar de financiarte la carrera, ya para que acabe y ya. Y al fin y al cabo me esperé y ni acabé...”

También pudo observar que se entretenía mucho buscando su comida y que eso le ocupaba muchas horas del día, lo que le permitió no pensar en lo mal que estaba por haber perdido la escuela y en lo enojada que estaba porque su padre no la apoyó más. La madre tuvo que buscar trabajo y la dejaba sola mucho tiempo. Su novio continuaba con ella y se convirtió en toda su vida al igual que el trastorno de alimentación.

“...hasta la fecha yo no le puedo decir muchas cosas a mi papá, yo no le tengo confianza a mi papá, yo creo que esas son cosas que tú tienes que fomentar, en un hijo, el tenerle confianza para algo, no miedo, sino confianza. Y mi papá lo único que me provoca es miedo, hasta la fecha...”

Con el paso del tiempo se empezó a dar cuenta de que ya no soportaba más, que ya no podía con el trastorno de alimentación y le pidió ayuda a sus padres, sobrevino el punto de quiebre. Ahora es capaz de reconocer que al principio del trastorno todo estaba bien, pero con el paso del tiempo se convirtió en un problema muy difícil de resolver.

“Pues... en ese mundo mío, todo era perfecto para mí, a lo mejor las consecuencias las iba a tener después no, pero en ese momento yo me sentía a lo mejor bien, bien de lo que podía hacer...”

En lo que se refiere a la relación con sus padres siempre ha sido difícil, en cuanto a su madre se ha sentido preocupada por ella, se ha sentido con la necesidad de cuidarla y protegerla porque la ha visto vulnerable y abandonada por el padre o por ella misma, incluso ha notado su incapacidad para tomar decisiones, refiere que le costó mucho trabajo dejarla sola e irse a vivir con su pareja.

“...siempre su vida ha sido pues igual, desde que los conozco siempre ha sido igual, se enojan, no se enojan, viven juntos, viven separados, ahorita ya llevan más tiempo viviendo juntos...como manejando bien mis emociones, todas contenidas, todo controlado, sí, porque yo he tenido problemas con mi papá, solo cuando hablo y mi mamá me ha enseñado desde chiquita a que si yo no quiero tener problemas con mi papá, no tengo que decir nada”

Refiere que estaba desesperada por el trastorno de la alimentación y de sentirse triste, ya no podía más... recordó que cuando estaba en prácticas en la universidad una maestra las había llevado a una institución donde tenían una clínica para trastornos de alimentación, obtuvo los datos, se enteró bien del tratamiento que se llevaba a cabo y pidió ayuda a sus padres... reconoce que ya se sentía muy presionada

“porque para mí eso era... mi papá quiere saber exactamente donde estoy, a qué hora estoy, cómo estoy... en todo momento. Y la verdad teniéndolo más lejos era más fácil que yo hiciera mi vida ¿no? Y ya no estuviera dándole informes de lo que estoy haciendo todo el día, pero no sé porque, pues, todavía seguí como un año y medio con el trastorno... ya viviendo allá, o sea, ya viviendo sola... bueno con mi pareja ya, yo seguía sin subir de peso”

Epifanía: *“...Mi cerebro no me dejaba comer”*

El caso A menciona como inicio de la enfermedad, haber empezado a hacer dieta y el punto que cambió su historia y ésta se convirtió en un padecimiento fue cuando ya no

pudo controlar el hacer “dieta”, ya que seguía bajando de peso sintiendo que ya estaba muy desgastada por tanto malestar físico y emocional.

“Si, empecé haciendo dieta... cuando tenía sobrepeso era muchísimo más feliz que ahora, porque a lo mejor ahora me puede quedar un pantalón (ríe) pero no me siento bien, porque nada me llena, o sea me siento sola, me siento triste, me siento vacía, no sé... no, no, me sentía a gusto, no, o sea realmente era muy feo porque me peleaba con todo el mundo aparte, todo el mundo vivía peleando conmigo, porque no comía, porque me iba a morir, ... y para mí era muy desgastante, porque a la vez yo decía sí, sí quiero pero, no, no, no. Mi cerebro no me dejaba comer y no, no, me daba pánico subir de peso”

Inició del padecimiento: “...yo no me salía de las dietas”

Ella refiere que la enfermedad inició, cuando empezó a hacer dieta, en realidad comenta que nunca le importó tener sobrepeso. Sin embargo, su padre la llevó con un médico que la sometió a una dieta estricta, reconoce que ella no se lo pidió e incluso su madre estuvo de acuerdo.

“... mi papá me obligó a ir... porque realmente yo no quería ir, para mí era como mucha agresión, decirme tienes que ir, porque tienes que bajar de peso, cuando realmente yo... bueno hasta ahí, yo no me sentía mal, pero el hecho de que mi papá me dijera tienes que ir y yo no quería... pues ya cuando fui, y ya empecé a bajar de peso, entonces empecé a ver que ya me sentía mejor... pero antes, no, no era algo que me afectara realmente ... Entonces fui y fui enojada y fui de malas y todo, yo creo que la misma perfección y el mismo doctor de decirme “vas a bajar de peso”, fue... yo no me salía de las dietas, jamás, jamás, no, yo creo que... nunca, nunca me salía de las dietas”

Reconoce que en realidad, con el tratamiento médico para bajar de peso nunca tuvo problemas, los problemas empezaron cuando ella decidió volver a bajar de peso ya que hubo un momento en que las cosas se complicaron, su padre tuvo dificultades con su negocio y ya no pudo apoyarla más con el pago de la Universidad y asumió que tenía que dejar trancos sus estudios, pero le costó mucho trabajo aceptarlo.

“Mhmm,... pues me sentí como que el mundo se me acababa, porque la escuela era como, mucho para mí, siempre enfoqué mucho mi vida hacia la escuela, o sea en el momento en el que me sacaron..., pues se me acabó mi mundo y ahora tenía que volver a reestructurar todo, ¿qué iba a hacer de mi vida?”

Situación que recuerda, la angustió mucho, por el lugar tan importante que ocupaban sus estudios y a partir de ahí, empezó a estar más tiempo sola en su casa, regresó entonces el deseo de bajar de peso, volvió a la dieta que el médico le había recomendado y la modificó a su antojo, cuando se dio cuenta de que mantenía el mismo peso y que no daba tan buenos resultados como al principio, empezó a utilizar

estrategias que se le ocurrían o que leía por internet, como sustituir la leche por agua, o comprar alimentos que la llenaran igual pero con un menor aporte calórico.

“Mhmm,... pues estuve mucho tiempo en mi casa sin hacer nada, mucho, mucho tiempo,... mhmm, no hacía nada, nada, nada, porque buscaba trabajo y no encontraba, buscaba la forma de regresar a la escuela y no se podía..., así estaba en mi casa nada más. Ya había hecho dieta, ya había ido y ya había hecho dieta, y después cuando fue eso, como que lo dejé un poquito a un lado, volví a subir de peso, todo lo que había bajado y este... de repente como que quise otra vez volver a bajar de peso y fue cuando ya empezó en sí de que ya no volví a subir de peso.”

De ahí empezó a pasar horas interminables en el supermercado leyendo etiquetas para comprar sus alimentos y aumentar sus conductas restrictivas.

“...empezó cuando estaba estudiando y cuando salí de la escuela y todo eso y este, ya volví a comer lo normal porque realmente no teníamos dinero para nada, ni mi mamá tenía trabajo, ni yo tenía trabajo, creo que mi mamá ya empezaba a trabajar...no tenía dinero, yo comía lo que fuera, o sea tampoco era así como que tan grave, o sea podía comer a lo mejor lo que fuera, o sea si no había leche entonces otra cosa, después si empecé a hacer otra dieta porque ya me sentí otra vez que estaba subiendo mucho de peso y fue cuando ya no deje la dieta”

Paliativos para dejar de comer: *“...fumaba como una cajetilla diaria”*

La fuerza de voluntad parecía ser su arma más segura para continuar con su hambruna, como una representación de su poder y su control.

“...me sentía bien bajando de peso, realmente, era como decir puedo hacerlo, tengo la fuerza de voluntad de hacerlo, cuando la mayoría de la gente a lo mejor no lo puede hacer no, yo si puedo hacerlo, eso era, así”

También pudo observar que necesitaba hacer algo para facilitarse el aguantar el hambre, evitar a toda costa la premura de comer los alimentos que ella no se permitía, porque los tenía catalogados como alimentos “engordantes”, recuerda que masticaba chicle, bebía demasiada agua y estaba muy preocupada controlando todo lo que pasaba a su alrededor.

“... yo empecé a comer menos y menos, o esto no porque engorda, o me buscaba algo, o me metía en internet y buscaba que alimentos no engordaban o buscaba otra dieta para bajar de peso,..una dieta, si como que no comas esto, no comas lo otro y fue como empezó... fumaba mucho, fumaba como una cajetilla diaria... yo creo que me quitaba el hambre, lo utilizaba para quitarme el hambre,... si fumaba mucho... antes de ponerme a dieta ya fumaba mucho, pues yo creo que cuando empecé la dieta fumaba más, porque cada vez que tenía hambre me fumaba un cigarro y ya se acababa el hambre no... Pues sí, un ratito si se acababa”

Recuerda que también compraba muchas cajas de chicles para controlar el hambre, situación que todo el tiempo le traía problema con su madre y con su novio, ya que pasaba todo el día masticando chicle.

“...compraba cajas de chicles y cajas y cajas de chicles para que no me diera hambre.”

Buscar ayuda: *“... cada día disfrutaba menos”*

El tiempo en el que pidió ayuda, su madre parecía no darse cuenta de nada, estaba trabajando y sufriendo, su padre ya las había abandonado y ella permanecía mucho tiempo sola, estaba la mayor parte del tiempo con su novio, pero mientras el estudiaba ella estaba en casa con su madre y durante la tarde con él, al principio, cuando inició el control estricto de su alimentación se sentía bien, estaba tranquila, parecía tenerlo todo controlado sin embargo, empezó a sufrir en el trastorno, ya no estaba a gusto con nada ni con nadie, salir con su novio empezó a ser un calvario, solo bebía agua y ni siquiera podía estar atenta, su mundo solo era la comida.

“... cada día disfrutaba menos lo que hacía, porque si salía con mi novio, era un relaxo... que porque yo como exactamente a las 2:00 y voltear a ver el reloj y ver que falta un minuto para las dos, todavía no son las dos, y a las dos, ya puedo comer, pero en la calle había que buscar que puedo comer yo... porque yo no podía ir a comer una torta, no,.. tengo que buscar que puedo comer, una ensalada o algo, porque si no, no voy a comer”

Refiere que siempre estaba triste, enojada, cansada, en conflicto con su madre, reconoce que ella ya tenía una idea de que probablemente se trataba de un problema de alimentación, pero tenía la idea de que si iniciaba un tratamiento la iban a subir de peso y reconoce que no estaba lista todavía para deshacerse del padecimiento.

“...me sentía mal en el sentido emocional, siempre estaba triste, siempre estaba enojada, siempre estaba cansada, siempre estaba así, y mi mamá era, “tienes que ir al doctor” y aunque a lo mejor yo sabía que tenía algún problema... yo sentía que si venía aquí era que iba a subir muchísimo de peso... era difícil venir...”

El tratamiento: *“...te puedes morir realmente”*

Piensa que buscó el tratamiento un año después de que inició con el trastorno. En realidad no tuvo grandes dificultades para encontrar el lugar que consideró ideal para ser tratada. Reconoce que le daba miedo confirmar el diagnóstico del trastorno de alimentación, lo compara con el cigarro y la sentencia de que provoca cáncer.

“...me daba miedo, me daba miedo a lo mejor por todo lo que ves, no, que te puedes morir realmente... a lo mejor oía las cosas, y las captaba bien, pero ya a la hora de hacerlo, no podía hacerlo, porque si las captaba bien, el curso psicoeducativo, me ayudo mucho porque oía todo y si me daba miedo... que... hasta los riñones se podían afectar, y quedarte hasta sin dientes... pero en ese momento uno no lo ve tan grave, o sea siento que es como cuando te dicen, que si fumas te puedes morir de cáncer, pero de aquí a que te mueras de cáncer pasan muchísimos años”

Explica que al inicio del tratamiento le indicaron el medicamento y que le funcionó muy bien, notó que se sentía muy feliz y muy animada, que ya no estaba tan voluble, y notó que podía seguir sin comer, recibió muchos planes de alimentación y nunca los llevó a cabo.

“...al principio lo primero que me hicieron fue darme medicamento, y el primer día que me tomé el medicamento, yo era feliz, porque yo me sentía muy bien...”

Reconoce que pasó mucho tiempo comiendo poco, pero pronto pasó el efecto de sentirse muy contenta y de sentirse bien, se dio cuenta de que seguía muy enojada, y que todo le seguía molestando, que no comer le servía para no pensar y no sentir, pero como ya no podía aguantar tanto el hambre, empezó a comer más, y ya no podía ocultar tanto sus emociones.

“...yo venía ya con la psiquiatra a lo mejor y pues sí, pero no, o sea la medicina me ayudaba y yo no podía estar sin medicina pero hasta ahí.”

Pasaron como tres años desde que inició el tratamiento, y seguía teniendo malestar, refiere que no seguía las indicaciones y no avanzaba, que incluso iba bajando más y más de peso, inició la psicoterapia y sus padres fueron invitados al grupo de apoyo y ella empezó a mejorar.

“...no avanzaba, y cada vez bajaba más de peso o me mantenía a lo mejor, pero no, no, no, o sea yo me seguía sintiendo igual, al principio sentí mucho el cambio con la medicina, pero ya después era así como pues yo sigo enojada, yo sigo peleándome... cada vez eran más pleitos con todo el mundo, pero yo creo que el cambio, cambio, fue cuando yo empecé a venir aquí (a psicoterapia)”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“... se enojan, no se enojan, viven juntos, viven separados”*

Comenta que seguía viviendo en su casa con su madre y que su padre iba más seguido a visitarlas, también recuerda que aunque las acompañaba a ella y a su madre, solo las dejaba y no se involucraba en nada.

“...seguía viviendo en mi casa, este... seguía viviendo con mi mamá, mi papá no, no vivía ahí, pero pues siempre ha sido como muy igual, pues no había grandes cambios, siempre su vida ha sido pues igual, desde que los conozco siempre ha sido igual, se enojan, no se enojan, viven juntos, viven separados...”

Expone que no notó ninguna diferencia en el momento en el que sus padres se involucraron en el tratamiento, pero sí recuerda que estaban más al pendiente y que sus padres hablaron con ella, ya estaba en planes de irse a vivir con su novio, y estaba muy enojada, porque sus padres se involucraron demasiado tarde en su tratamiento, ella reconoce que no quería ni enterarse de lo que sus padres aprendían en el grupo, pero observó que le enojaba, como si ya fuera demasiado tarde.

“...la verdad, no noté ningún cambio, bueno, no sé, yo siento que mis papás al venir al grupo, me dijeron que casi, casi, me iba a morir, que tuviera cuidado... para mí era así como... como déjenme en paz, como no me interesa lo que ustedes me digan... como ahora si vamos a ser buenos papás...”

Considera que a sus padres, nunca les importó por lo que ella estaba pasando, o cuanto sufría, aparentemente el enojo con ellos, fomentaba que siguieran las conductas de alimentación, reconoce que se tuvo que hacer cargo de ella y ocuparse en ella y pensar en ella, para poder salir adelante del trastorno de alimentación.

“mi papá, desde que viene al grupo es diferente, y yo no siento que sea mejor papá... como que a todo el mundo le quiere enseñar... porque para mí es un... lo que pudiste hacer no lo hiciste, ahorita yo casi tengo treinta años, y tu estas tomando un curso (enojada), curso que a lo mejor lo que vas a escuchar no te sirve realmente, porque lo que hiciste conmigo lo hiciste y punto”

Sobre la recaída: *“...manejando bien mis emociones, todas contenidas”*

Especula que estando dentro del trastorno de alimentación, mantenía bien contenidas sus emociones, parecía que estando sin comer todo estaba bien, el mundo era perfecto, las cosas le dejaban de doler, no le molestaban. Podía permanecer en silencio sin pelearse con sus padres, sin pedir nada, sin necesitar nada.

“Como manejando bien mis emociones, todas contenidas, todo controlado, si, porque yo he tenido problemas con mi papá, solo cuando hablo...”

Observó que tenía muchos problemas con sus padres y que eso le dolía mucho, que, a pesar de que se llevaba mejor con su madre, las cosas estaban muy mal con los dos.

“Lo primero fue darme cuenta de que utilizaba el trastorno para disfrazar muchas otras cosas, o sea que me sentía, triste, que me sentía mal, que me sentía enojada, creo que era mucho de que tenía muchos problemas con mis papás, o sea, a pesar de que por encimita no se veían problemas (ríe), porque yo siempre tenía mi linda cara... siempre salía con ellos a donde querían y hacia lo

que querían, yo creo que eso lo ocupaba para poder hacer eso, porque de otra forma yo no hubiera hecho lo que hacía ¿no?, de estar siempre contenta con él y no decir nada y cosas así...”

Reconoce que siempre le ha enojado lo que su padre hace, refiere que cuando mejoró un poco se empezó a dar cuenta de todo lo que pasaba, así que reconoce que era más fácil regresar al trastorno, o al menos mantenerse en un peso bajo, para no tener que tomar decisiones, para no afectar a su madre y dejarla a expensas del padre, como si tuviera que hacer el papel de cuidadora y defensora.

“...porque a mí me daba mucho coraje y hasta la fecha me da mucho coraje lo que mi papá le hace a mi mamá... la manipula demasiado... Entonces mi mamá se queda callada, mi mamá todo se lo calla... ya ahora tiene problemas de que se le está subiendo el azúcar... a mí eso me da mucho coraje, mucho coraje porque yo siento que es como cuando el llegaba y movía mi vida, y yo me sentía tan mal”

Ella piensa que regresar al síntoma o mantenerse en él, le servía para manejar las cosas cuando se volvía a sentir mal, o cuando le molestaban y ya sabía que debía quedarse callada, que no debía intervenir en la relación entre sus padres, que si su madre quería seguir así, era su decisión y el dejar de comer le ayudaba de nuevo a quedarse callada, como si volver a la restricción significara seguir callada, como su madre le enseñó.

“...yo creo que era cuando me sentía mal, cuando no podía, a lo mejor, decir nada, cuando oía cosas que me molestaban y que pues... ni modo me las tengo que callar porque, en primera, a lo mejor, son sus decisiones de mi mamá si lo aguanto o no, pero a mí me da mucho coraje, mucho, mucho coraje... me hace sentir mal, me hace sentir como que “afortunadamente yo ya no vivo aquí”, porque yo no podría vivir con él, definitivamente, eso sí es un hecho, yo no podría vivir con él.”

Remisión sintomatológica: *“...era mucho más flexible con lo que comía”*

Refiere que empezó a mejorar a partir de que empezó a experimentar comiendo los alimentos que tenía catalogados como prohibidos, los comía y se pesaba y pudo observar que no pasaba lo que ella pensaba, observó también que era muy rígida en su forma de ser y de actuar, que le costaba mucho trabajo darse concesiones y salirse de lo que ella ya había planeado.

“...ahí empecé a comer más, era mucho más flexible con lo que comía, aunque todavía me seguía afectando... luego, luego al empezar a comer todo, todo cambiaba, sobre todo mi estado de ánimo, eso era lo que primero cambiaba... ya

no me sentía tan triste, ya no me sentía tan cansada, me sentía con más energía, me sentía mejor, más alegre, no sé...”

Epilogo: *“teniéndolos más lejos era más fácil que yo hiciera mi vida”*

Refiere que ha sido muy difícil dejar de preocuparse por la comida, que todavía cae en algunas conductas, como la restricción de varios alimentos, los cuales tampoco se los proporciona a su hija, con la idea de que le van a hacer daño, reconoce que algunas veces piensa por ella y decide que ese alimento no le va a gustar y ni siquiera hace la prueba, no se lo ofrece, observa que todavía tiene muchas conductas obsesivas, se exige demasiado y que le cuesta trabajo lidiar con ello, darse cuenta de que ya no es el centro de preocupación y atención de sus padres, es otro tema con el que tiene que lidiar. Su relación de pareja se ha dificultado, ambos son muy aprensivos y tienen muchas discusiones con respecto a lo que creen que su hija necesita; sin embargo, A reconoce que ha logrado modificar algunas conductas y que puede tolerar más lo que le pasa, continúa preocupada por su madre y por todo lo que ella vive, pero también se puede retar a tolerar que son sus propias decisiones y que así ella quiere vivir, que ya no puede cuidar más de ella.

“Pues yo creo que no salía de lo mismo, o sea, yo creo que regresaba otra vez a lo mismo, ni siquiera podía salirme de mi casa, tenía que seguir viviendo ahí, cuando a lo mejor, yo ya no quería seguir viviendo ahí. Pero a la vez, era... “mi mamá está solita aquí”, o sea, eran muchas cosas que a lo mejor, yo no podía resolver... me sentía mal yéndome, sentía que la dejaba sola. Pero tampoco me hubiera gustado quedarme ahí toda la vida... teniéndolos más lejos era más fácil que yo hiciera mi vida”

6.1.3. Madre del Caso A (MDO2F01): *“...darle todo lo que ella pedía porque yo me sentía culpable”*

La madre piensa que por ser A hija única, la sobreprotegió, además de que se sentía muy culpable debido a que el padre de A estaba casado cuando empezó la relación con él y se embarazó, de tal forma que vivían juntos por temporadas, ya que él se iba a su casa con su mujer y sus otros hijos y volvía por tiempos a vivir con A y su madre y así pasaron los años y la infancia y la juventud de A.

Comenta que incluso A, aunque estaba pequeña le hacía comentarios acerca de lo que observaba sobre la relación de ella con su padre. Con el tiempo, le empezó a

recriminar por la forma en la que vivían y la mala relación de pareja que habían formado la madre y el padre. Se convirtió en la confidente emocional de la madre.

“yo pienso que... por ser hija única, no, porque yo la sobreprotegí mucho... porque yo pensaba que...o sea por mis culpas... por mis culpas... porque... porque él tiene un segundo matrimonio, o sea yo... soy su segundo matrimonio y ... ya tenía hijos... entonces casi no estaba con nosotras y yo, pensaba, yo decía... si yo me hubiera buscado un hombre soltero, mi hija no tendría estos problemas de que a veces no lo ve y que, a lo mejor en reyes no estaba, a lo mejor en navidad no estaba...”

Se ha sentido culpable también por la forma en la que su hija ha tenido que vivir, ella se justifica pensando en que todo lo hizo por amor, e incluso refiere que su hija le ha llegado a reclamar, se da cuenta ahora de que la tomó poco en cuenta y que sacrificó mucho a su hija para que la relación con el padre de A se prolongara por más tiempo.

“...yo como que le quería dar mucho amor y darle todo lo que ella pedía porque yo me sentía culpable, me sentía culpable de haber tenido una relación así,... no. Y una vez ella me lo reclamó y me dijo, es que si tu sabias que él era casado, ¿porqué empezaste a andar con él? Y le dije, hay hija... uno comete muchos errores, yo me enamoré, la verdad sí me enamoré, y no pensé en nada, si yo ahorita me dijeran todas las cosas que iba a tener, no lo hubiera hecho...”

Recuerda que su hija era excesivamente controladora desde pequeña, ya que siempre se hacía lo que ella quería, alcanza a observar que ha sido a ella a quien más ha controlado, que no la dejaba hacer nada, incluso llegó a pensar que su hija la agredía a través del control.

“Yo la veía muy agresiva conmigo, conmigo era muy, muy agresiva, muy... me controlaba mucho, el tiempo, si estaba yo hablando por teléfono me estaba preguntando que con quién estaba hablando, yo ni podía... yo le hacía con la mano que me esperara y seguía insistiendo que quien era, y que qué querían, o sea muy controladora conmigo.”

Epifanía: *“...fue cuando ella ya no pudo seguir en la universidad”*

La madre del caso A refiere como un cambio brusco en las circunstancias de vida de su hija que el padre ya no pudo pagarle la universidad, recuerda que cuando iba a iniciar sus estudios universitarios hablaron sobre el tema y ella estaba temerosa de que su hija no pudiera terminar sus estudios por la situación económica o quizás por alguna conducta incongruente del padre.

“Yo pienso que fue cuando ella ya no pudo seguir en la universidad, porque cuando ella iba a entrar a la universidad le dijo a su papá que ella quería entrar a la UNAM, pero él le dijo que si no podía con la Anáhuac, y le dijo, yo sí puedo, el que no vas a poder vas a ser tú... A tenía 85 o 90% de beca.. este y ya

después un día... de un día para otro nos citó y nos dijo que ya no nos iba a poder..., que ya no iba a poder pagarle la universidad, y yo pienso que fue el momento, en que A... pues le faltaban dos semestres para terminar, y entonces, ella se sintió muy mal, y yo pienso que después de darle tanto y de un día para otro decirle... ya no te voy a dar nada, yo pienso que eso fue lo que le disparó su enfermedad.”

Inicio del padecimiento: “...creo que empezó a tener problemas porque sus amigas me comentaban...”

La madre comenta que no se dio cuenta de cuando su hija empezó con el problema de alimentación, recuerda que tuvo que empezar a trabajar, porque en ese tiempo el padre de A dejó de darles dinero y no tenían nada, ella trabajaba de dependiente en una tienda, durante las tardes y como su hija ya no asistía a la escuela, ambas pasaban la mañana en casa, comían juntas y después A se quedaba sola y la madre de A se iba a trabajar, piensa que se iba tranquila porque A ya tenía novio, y pasaba toda la tarde con él, puede reconocer que le dejaba la responsabilidad de su hija a su novio y a sus amigas. Como si se hubiera desentendido de su hija.

“La verdad yo me tuve que meter a trabajar, trabajaba en la tarde... o sea, toda la mañana estaba ahí en la casa, comíamos juntas... creo que empezó a tener problemas porque sus amigas me comentaban... que había llorado... ellas decían “es que se puso a llorar mucho... como que se quería desmayar”, pero la verdad yo tenía que seguir trabajando, porque en ese tiempo pues no nos daba dinero, así el suficiente y yo tenía que seguir trabajando, entonces este... su novio, sí le ayudó mucho... y se la pasaban toda la tarde juntos, pero en ese tiempo... yo veía que comía bien, o sea comíamos juntas y yo veía que comía normal, o sea lo que se hacía de comer, ella lo comía.”

Como si no hubiera podido darse cuenta de que era lo que pasaba con su hija, también impresiona que ella pensaba que el padre tenía la culpa de la enfermedad de su hija, por la ausencia y la falta de dinero, como si ella no tuviera ninguna responsabilidad en el síntoma, como si no pasara nada entre ellas; sin embargo, pareciera que una situación de alerta, un aviso de que algo estaba mal, fue cuando A, a la edad de doce años se tomó unas pastillas porque la madre la había regañado, llamó al padre para que la llevaran al hospital y de ahí los mandaron a psiquiatría y después al psicólogo, la madre comenta que el padre ya no acudió a las citas con psiquiatría y que ahí le hicieron ver que utilizaba a su hija, como su paño de lágrimas y sin embargo, pareció no tomarla en cuenta.

“...estaba en sexto de primaria y se tomó unas pastillas, porque la regañé... se tomó 10 pastillas, y sí me espantó mucho... y le dije a su papá, sabes que vamos

a llevarla porque se tomó pastillas, y si la llevamos,... le hicieron un lavado, la mandaron con el psicólogo, entonces él no quiso ir, obviamente porque sabía que él también tenía muchas culpas y yo fui sola por los resultados y la psicóloga me dijo: “¿sabe que señora?, Ud. tiene que proteger a su hija, no su hija la tiene que proteger a Ud., y ahí me di cuenta no,... de que pues sí era cierto, que yo estaba cometiendo muchos errores... y empecé a ir con la psicóloga.”

No fue capaz de observar que sus cuidados como madre eran negligentes, y que su vida giraba alrededor de la relación de pareja con el padre de A, piensa que era porque su propio padre los abandonó a ella, a su hermana y a su madre cuando ella tenía doce años y recuerda que la pasaron muy mal, ella refiere que se sentía muy triste y muy angustiada, que tuvo que cuidar de su hermana y trabajar desde muy pequeña y que se sentía desprotegida, sin el apoyo de un hombre, y a lo mejor por ello, estaba tan al pendiente de cuidar la relación con el padre de A, para evitar que su hija tuviera que pasar por lo mismo.

“es que también mi papá... mi papá se fue cuando yo tenía como 12 años, se fue a Tijuana y sí, nos hablaba cada 8 días, nos escribía, nos mandaba dinero, pero yo como que sí, sí lo necesitaba, sí me hizo falta, mi mamá trabajaba todo el día... y yo como que buscaba a alguien que me protegiera, hay este... o sea que nadie, la apoyaba, que no tenía a nadie que la defendiera”, no entonces como que se me quedó eso muy grabado, grabado en la cabeza y yo decía, no... yo necesito a alguien que me proteja, pero estaba en un error”

A en realidad, no reaccionaba igual, con el mismo temor que la madre y parecía ser capaz de observar que las cosas entre sus padres estaban mal, que su madre estaba muy afectada por la relación y que incluso ella también salía aquejada y; sin embargo, ella tampoco estaba bien, da la idea de que la labor de A era mantener a su madre protegida del dolor emocional que el padre le provocaba y que debía hacerla sentir bien, a pesar del sacrificio de ella misma.

“me di cuenta de que estaba yo mal no... mal en todo, desde que inicié mi relación, desde que seguí soportando cosas... yo pienso que eso a mi hija le hizo mucho daño... un día me dijo, y estaba chiquita, tendría unos 10, 12 años, y me dijo “hay mamá es que tú, me dijo, te baja las estrellas y tú se lo crees”, y estaba muy chiquita y ese día me cayó el veinte y dije, sí es cierto.”

Paliativos para dejar de comer: *“...que la leche light, que el yogurt light y fumaba muchísisisimo y mucho chicle”*

La madre observaba que comía poco, y que cuidaba todo lo que comía, que aunque comían lo mismo, su hija lo hacía en menor cantidad, además de que observó que comía muchos chicles, que fumaba mucho, que compraba productos light, pero

procuraba no estar tan al pendiente, ni la regañaba, el novio era el que le decía lo que su hija hacía y él le decía que no era bueno que lo hiciera, y la madre se seguía manteniendo al margen. Ocasionalmente el padre comentaba algo al respecto, pero la madre reconoce que no se hacía cargo de corregir a su hija.

“...yo si veía que lleva dieta... muchas verduras, pechuga, este... comía sopa, poquita sopa, comía, arroz también, comía poquito... pero como para bajar tanto de peso...me salía y ahí en la farmacia si era de diario y de tres a once de la noche se tenía que quedar A sola, pero ya estaba grande, o sea comíamos y ya me iba yo y yo ya sabía... y también pienso que la descuidé mucho, porque ya tenía a su novio... toda la tarde andaban juntos... también él, como que estaba muy al pendiente, y sí luego me decía, este... se puso mala o... empezó a llorar mucho... yo pienso que fue también lo de la escuela...que la leche light, que el yogurt light y fumaba muchisisisimo y mucho chicle, mucho chicle, todo el día traía el chicle..., le decía te va a dar gastritis, no comes y luego chicle, nada más te quita el hambre, pero no, como que no...”

Buscar ayuda: *“Ella nos empezó a decir que se sentía muy mal...”*

La madre reconoce que su hija bajó demasiado de peso, y no sabe ni cómo fue, no se enteró bien a bien de qué forma bajó tanto de peso, reconoce que la vigilaba para que no vomitara, y veía que todo el tiempo estaba de mal humor, cuando llegaba su padre, ella se enojaba más y se aislaba y entonces la madre estaba más al pendiente de observar las conductas de su hija y hacía como que la controlaba; sin embargo, la que pidió ayuda fue A, ya había buscado el lugar y habló de que necesitaba que la ayudaran, ella ya había acudido con psicólogos, pero ninguno le ayudó, incluso, cuando inició el tratamiento en el instituto, mejoró al principio, pero después como que se estancó y empezó a bajar de peso.

“...se quedaba solita toda la tarde y ahí fue cuando se disparó la enfermedad... Ella nos empezó a decir que se sentía muy mal, y que pues... que... no se podía ya controlar... lo de la comida, que... necesitaba ayuda... y... fue cuando la empezamos a ayudar... si porque ella ya había venido ella sola, o sea iba con otra psicólogas, pero no, no nadie... hasta que la psicóloga a mi me dijo, “la tiene que llevar al hospital porque eso es anorexia”

El tratamiento: *“La primera vez vinimos los tres porque era muy temprano”*

Empezaron a venir al tratamiento y al principio observaron algunos cambios, como que estaba de mejor humor, pero sí se dio cuenta de que no seguía las indicaciones del médico, que no mejoraba su manera de comer, y que rápidamente regresaron los cambios de humor tan drásticos, estuvo así durante mucho tiempo, la madre veía que

continuaba comprando sus “productos bajos en grasas” y que seguía comprando todo light.

“La primera vez vinimos los tres porque era muy temprano, creo que solo nada más daban 20 fichas o algo así, y ya la segunda vez, la acompañé, vine al psicoeducativo, con ella y ya después ella empezó a venir sola, porque yo estaba ya en la farmacia y ya no nos daba tiempo de acompañarla, y ella nos decía no mamá ya no, yo me voy sola...”

Ella cree que su médico tratante también se dio cuenta de que ya no avanzó más y los invitó a acudir al grupo de padres, para que los ayudaran a entender más lo que estaba pasando con su hija.

“...o sea mientras no venimos nosotros... ella como que no le hacía mucho caso al... si llevaba la dieta y no sé qué tanto, pero no, yo no veía que la siguiera...”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“... yo creo que empezó a ver que no subía...”*

Cuando empezaron a asistir al tratamiento, la madre se percató de la magnitud del problema en el que estaba su hija, en realidad ella ya lo había visto, pero hacer como que no sabía nada era más fácil, darse cuenta de que su hija se podía morir y ver que estaba muy afectada por todo lo que había vivido, se dio cuenta del daño que le había hecho, debido a sus culpas, sus temores, su necesidad de no quedarse sola, de su inmadurez.

Recuerda que cuando le dijo al padre que se tenían que involucrar en el tratamiento, le sorprendió que aceptó ir a las sesiones, de tal forma que la madre pensó que él padre estaba más pendiente de su hija de lo que ella creía, y se dio cuenta de que si se preocupaba por ella, eso la dejó más tranquila.

“me dijo, ¿sabes qué mamá? yo creo que van a tener que empezar a ir al grupo de padres, yo me había salido de la farmacia, creo que ya llevaba dos meses de que ya me había salido, y entonces ya podía venir y le dijo a su papá y dijo, sí, sí vamos a ir, yo pensé que no iba a venir por su trabajo, y dije no, pues yo me voy sola, y no, empezó a decir sí, vamos, vamos, porque yo creo que empezó a ver que no subía, ni nada, que no mejoraba nada”

Empezaron a entender que era lo que estaba pasando con su hija, la madre se dio cuenta de que estaba mal todo lo que había hecho, que cuidar demasiado lo que comía y comprarle lo que ella deseaba, solo hacía que se mantuviera más metida en la enfermedad, no se había dado cuenta de cuánto sufría su hija, y de cuándo la enfermedad se convirtió en un padecimiento, el padre, aprovechando que la situación

de la hija era delicada, decidió que debía regresar a la casa, después de una ausencia de mucho años, ya que se había involucrado con otra señora y se había ido a vivir con ella, aparentemente, después de un tiempo, eso dejó de funcionar y tomó el pretexto de acudir al tratamiento para quedarse a vivir en la casa de A y su madre.

“Al principio no... porque fue cuando... este... se regresó, tuvo problemas y mi hija me dijo, ella no quería que... o sea nunca se regresó mientras ella estuvo en la casa, no porque ella me dijo, “si él regresa yo me voy”, tenía mucho, mucho, mucho resentimiento...tenía mucho, mucho, resentimiento, contra su papá”

La madre también piensa que, cuando el padre regresó a vivir con ellas, se precipitó la salida de A de su casa, para irse a vivir con su novio, la madre dejó de estarla persiguiendo y empezó a hacerse cargo de mejorar la relación con el padre de A, y se dio cuenta de sus propias necesidades, sorprendentemente A empezó a comer mejor y a seguir las indicaciones, empezó también con la intervención psicológica y observó un verdadero cambio.

“...la empecé a sobreproteger mucho, o sea desde todos los permisos que le daba, todos los permisos que quería yo se los daba... pero ya cuando estaba más grande cuando quería ir a las discos y todo eso, ya no tanto porque sí me daba miedo, y le decía no pues háblale a tu papá y pregúntale, porque yo pensaba, no, le llega a pasar algo y me iba a decir, tú tienes la culpa, no para que no me avisaste no...”

Reconoció que ella había tenido también la culpa de lo que había sucedido y pudo aclararlo con su hija y también con su pareja, le fue más fácil decirle que él debía irse, ya que primero tenían que arreglar lo que pasaba entre ellos.

“...yo le decía, no hija, no te llenes de resentimiento, porque te hace daño a ti, a él no le hace daño, te hace daño a ti, entonces no debes de tenerlo, yo... le decía, yo tuve la culpa, no es solamente él, el culpable no es solamente él, yo también tuve la culpa, porque acepté muchas cosas...”

Cuando el padre se fue, contrario a lo que la madre había planeado, A volvió a bajar de peso.

“Yo creo que la dejamos no, que se hiciera más responsable de su enfermedad.”

Sobre la recaída: *“yo ya no te voy a preguntar, tú sabes si comes o no comes”*

Reconoce que el dejar de estar al tanto de todo lo que comía A y que si tomaba los medicamentos o no, la hizo voltear hacia ella y su mundo, y cuestionarse sobre la relación de pareja que tenía y los errores que había cometido, lo que había soportado, basándose en lo que ella creía que necesitaba y dejó de lado a A, pero no de una manera negligente, sino dejándola a cargo de su vida.

“...le dije yo ya no te voy a preguntar, tú sabes si comes o no comes, porque pues yo no puedo estar cuidándote todo el día... tú sabes, tú te haces responsable de los medicamentos, siempre se los tomó, de eso nunca le tuve que decir, porque lo que le daban aquí siempre se lo tomaba, y este, sí la empecé a ver que ya empezó a seguir las indicaciones y que se fue a vivir con su novio creo que si la ayudó mucho.”

Y entonces, empezó a notar que A volvió a tomar ciertas conductas que ya había modificado, como dejar de comer algunos alimentos, o cuando iban a desayunar juntos, pedía solamente la mitad del plato y no lo terminaba.

“...creo que sí es una persona confiable, cuando se fue a vivir con él me quede muy tranquila, o sea no fue... como otras personas, yo hasta me decía que seré normal, porque otras mamás me decían... que se ponían a llorar y llorar y extrañar, y yo no, o sea si la extrañaba pero como una, cosa normal, y decía “está con su pareja y pues sí, está bien...”

Remisión sintomatológica: *“...o sea, sí restringe pero ya no tanto”*

La madre se ha hecho cargo de su propia vida, ha podido observar con mayor detenimiento su relación de pareja y ha tomado otras decisiones, no ha tomado en cuenta cómo se alimenta su hija y procura no hacer mucho caso a las necesidades de ella, como si se hubiera podido desprender; sin embargo, ahora que ella está sola y que pudo correr al padre también ha dejado de lado el conflicto de su hija, incluso ni siquiera ha observado si ella ha recaído o no, solo ve que come diferente y todavía raro, pero ya no se involucra.

“...ha disminuido, pero si todavía, por ejemplo cuando vamos a un desayuno, si veo lo que pide y si pide sus chilaquiles pero si trata de... de que coca light, eso si no lo ha cambiado, pero come mejor, oigo que si come, o sea ya no restringe el pan como antes, ni ver el pan, pero ahora sí que se come un pambazo... y que come pozole, o sea si restringe pero ya no tanto.”

Epílogo: *“...yo disfrutaba mucho mi soledad...”*

Ha podido manejar mejor su relación de pareja, ya no involucra a su hija en los problemas con su pareja, incluso A no está enterada de si viven todo el tiempo juntos o tienen periodos de separación. La madre del caso A ha podido poner mejores límites al padre de A y él se ha acostumbrado a no triangular la comunicación involucrando a su hija. La madre puede contender mejor con sus conductas agresivas, reconoce que ha podido separarse de su hija y saber que ahora está bien y que hay quien cuide de ella la hace sentir menos culpable. Pareciera ser que le pasó el mando del cuidado de A al novio y entonces ya no le hizo tanta falta tener una pareja y hacer hasta lo imposible

por mantenerse al lado del padre de A, porque ahora ya no necesita que la protejan, está mejor en su libertad, y A y su padre parecieran estorbarle para seguir con su vida.

“...regresó en enero apenas, no, yo me quedé sola, y muy feliz (risa) siento mucho decirlo pero (risa), o sea a lo mejor no soy normal, pero yo sola soy feliz, a mí me gusta mucho la soledad, mi mamá se quedó, sola y me decía, hay no hija es terrible, nunca te vayas a quedar sola, es horrible, estar sola, pero yo disfrutaba mucho mi soledad..., y yo era muy feliz, y ahora siento como que estoy aquí, me estoy asfixiando... M es muy dominante, lo que él dice quiere que se haga a la hora que él dice”

6.1.4. Padre del Caso A (PD03F01): *“...empezaba a hacerse así como que a un lado... por su pequeña obesidad”*

El padre del caso A, no habla nada sobre la infancia, ni sobre el desarrollo de A, lo que nos permite ver la distancia emocional y física en la que funcionaba la familia. Lo que aparentemente lo que parece marcar su capacidad de observación y de reflexión con respecto de lo que sucedió en sus vidas, parece ser el trastorno de alimentación a partir de que se vio involucrado en él, de tal forma que la secuencia de la enfermedad de su hija da orden y estructura a su relato.

“...ella estaba acostumbrada a comer de todo. Eso sí y de repente ella ya empezó a seleccionar, básicamente lo que era todo lo light, básicamente la leche, el agua, el yogurt, carne sin grasa, chilaquiles sin tortilla, este... estoy exagerando, pero esa era la verdad, y ese día digo bueno pues entonces de qué ¿no?... y fue cuando empezamos a sospechar... básicamente.”

Refiere que reconoce que le faltaron límites para educarla y que ella hacía lo que deseaba desde un principio, que él le facilitaba lo que podía darle, pero nunca se ocupó de darle presencia o educación.

Aparentemente, la madre lo mantenía al tanto de lo que su hija hacía y fue quien se convirtió en el canal de comunicación entre el padre y la madre, quien permanecía la mayor parte del tiempo enojada con su padre, tratando de cuidar a su madre del dolor emocional que éste le provocaba.

“...mi hija era más o menos gordita, no tan gordita, pero era más o menos gordita, entonces yo veía como que de repente empezaba a hacerse así como que a un lado, de los muchachos o de su grupo, precisamente por su pequeña obesidad en ese momento...”

Epifanía: *“...empezó a bajar de peso, pero... yo me frené y ella se siguió”*

El padre reconoce como patrón de cambio el momento en que se empezó a preocupar por propio peso y fue con un médico que ponía balines, entonces consideró que su hija también necesitaba bajar de peso, la lleva pero tuvo una respuesta inesperada al tratamiento.

“...la llevé y se los empezaron a poner... empezó a bajar de peso, inclusive mi esposa también la acompañó... y empezó a bajar de peso, pero... yo me frené y ella se siguió... yo me siento que yo la induje ¿no?... en ese momento ella se dejo inducir y estee... después ella se siguió bajando de peso, se siguió, se siguió, se siguió hasta que “la pescó la enfermedad” y después ya era puro hueso.”

Este suceso nos muestra lo insatisfecho que se muestra el padre con su hija, y como quiere cambiar su físico a costa de lo que sea.

Inicio del padecimiento: *“...cuando ya empezamos a ver que ya su ropa andaba nadando...”*

El padre comenta que empezó a observar que a su hija la ropa le quedaba demasiado grande, empezó a pedir que se le comprara ropa de menor talla, se veía mucho en el espejo, pero nunca se imaginó que su hija pudiera tener un problema y mucho menos que éste pudiera ser un trastorno alimentario, “eso era para las modelos”, su hija no podía enfermar de eso, así reconoce que nunca se preocupó demasiado, hasta que ella pidió ayuda y buscó el lugar donde consideró que el tratamiento era adecuado.

“cuando ya empezamos a ver que ya su ropa andaba nadando ¿no?, y ella decía oye este, le decía principalmente a su mamá que..., si se compraba ropa todo eso, era también mucha forma de verse en el espejo, entonces pues yo platicaba con mi esposa y le decía oyes pues sí está bajando demasiado de peso pero nunca, nunca, así nos metimos a fondo”

Paliativos para dejar de comer: *“...una conducta adictiva fue el cigarro.”*

El padre de A piensa que el trastorno de alimentación es como una adicción, y que la conducta de fumar fue la primera manifestación de su malestar, refiere que tenía malos modales, que siempre se quejó de que la madre cuidaba mal a su hija y que la dejaba hacer lo que ella quería, que en realidad era todo un desorden.

“...ella agarró ese vicio y yo me acuerdo que de repente pasaba por su recámara no sé, a la una de la mañana, y el... fue cuando entro de moda, hace muchos años, o algunos años el internet y estaba a las 2:00, 3:00 de la mañana tecleando y fumando, entonces eso era impresionante el..., lo del cigarro, entonces eso es lo que yo considero que una conducta adictiva fue el cigarro.”

Buscar ayuda: *“...yo creo que mi esposa sí las detectó...”*

El padre reconoce que no se dio cuenta de cómo inició el trastorno, pero se muestra esperanzado en que la madre de A si hubiera sido capaz de observarlo.

“Para ser honesto, yo creo que en ese aspecto... yo creo que mi esposa sí las detectó... yo no tanto, yo nada más la que detectaba era la situación de... de la comida y el vestido, pero más conductas así... pues no...”

El tratamiento: *“...igual nosotros como padres... habíamos dejado correr mucho el tiempo”*

Él las acompañó la primera vez ya que era muy temprano la cita y tenían que salir demasiado temprano de casa y después dejó de asistir, procuró no involucrarse demasiado y dejar que la madre la acompañara al tratamiento.

“cuando se tocó fondo fue cuando ella dijo “papás, quiero platicar con ustedes, ya toqué fondo, ya no me puedo controlar yo y necesito, ya investigué hay que ir al hospital, y dan fichas y hay que ir, porque yo ya no me puedo controlar y siento que me puedo morir”

Cuando les confirmaron el diagnóstico de anorexia el padre refiere que se preocupó mucho, y pensó en todo el tiempo que había pasado desde que observó las conductas en su hija hasta que inició el tratamiento, habla de su angustia.

“...pensé que se podía morir, pensé que se podía morir y que este... que igual nosotros como padres, este... habíamos dejado correr mucho el tiempo y no lo habíamos este... no lo habíamos este... contemplado básicamente.”

Al principio, reconoce que vio cierta mejoría, que dejó de estar tan delgada y tan de malas, pero con el paso del tiempo vio que se había estancado y tampoco en ese momento se hizo cargo de la enfermedad de su hija, y ahora es capaz de reconocer que todo el tiempo ha estado periférico en la relación de A y su madre, se reconoce como egoísta y ocupado de sí mismo y de sus necesidades, se ha dado cuenta de que difícilmente reconoce las necesidades de los demás o que las toma muy poco en cuenta.

“...bueno, es que se le meten a uno un millón de... de... situaciones en la cabeza, bueno a lo mejor tiene otra enfermedad... bueno... que sé yo... no...cáncer en los huesos, se imagina uno muchísimas cosas, y yo si estaba muy preocupado... entonces cuando salieron ya los análisis... y todo salió bien, yo... ya dejé de venir...”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“...yo me empecé a preocupar más...”*

El padre de A reconoce que no se involucró más allá de lo que consideró pertinente; sin embargo, sí observaba que su hija no avanzaba, que pasó mucho tiempo estancada y que no había cambios, pero no se preocupó demasiado por ello; cuando lo invitaron a participar en el grupo de apoyo a padres, dentro de la institución, sí pensó que la cosa era más difícil.

“... pues... como un stand by, o sea... se mantuvo... se mantuvo, ya no siguió bajando de peso... y este... pero siguió igual, si pesaba no sé... cuarenta kilos... en esos kilos se mantuvo, hasta que pasaron... no sé... como dos años... pasaron dos años y ya fue cuando mi esposa me comentó, oye que nos están invitando al grupo... entonces... yo me empecé a preocupar más... y entonces dije... si nos están invitando es que algo está pasando... sí... si no... y bueno, desde aquella vez hora sí que soy cliente continuo no...”

Cuando fue por primera ocasión al tratamiento, se dio cuenta de la magnitud del problema y lo tomó con mucha seriedad, nunca imaginó que las cosas estuvieran a ese nivel y que la vida de su hija corriera tanto peligro como se enteró.

“...Sí me pegó muy fuerte... los ejemplos que se escuchan en el grupo... ejemplos de padres... este... que lo hacen a uno... ponerse bien... bien... puestos los zapatos... de los padres de enfermas anoréxicas, y sí me pegó muy fuerte de que mi hija se pudiese morir y que no... en realidad no le hayamos dado el... este... la atención adecuada... o sea de qué,... yo pienso de que esos dos... años, pues se mantuvo, pero A como que no ... no siguió, más bien... a nosotros, nos siguió agarrando de clientes si... porque pus yo todavía seguía... yéndole a comprar... yo me acuerdo que nos íbamos al super... y supuestamente yo quería quedar bien con ella y pues le compraba su caja de yogurt, su caja de aguas lights... su caja de esto, su caja de lo otro... y yo me sentía super bien... pues era un error tremendo para mí...”

Con la asistencia al grupo, empezó a considerar las causas del padecimiento de su hija, y de por qué la enfermedad podría haber aparecido, y pudo darse cuenta de ciertas fallas en su forma de actuar como padre y como pareja de la madre de A.

“...pues básicamente yo siento que lo que causó fue... (silencio) un descontrol familiar... un descontrol de pareja, del cual yo siempre hablo mucho en... bueno... no mucho... poco.... Poco... en las reuniones de padres... muy poco...”

Sobre la recaída: *“...cuando nos empezamos a dar cuenta, que... pues nosotros, también la estábamos regando feamente”*

A partir de que su hija se mantuvo mucho tiempo en un mismo peso, dentro de los niveles de mala nutrición y empezó a bajar de peso otra vez, se les invitó a participar

en el grupo de apoyo para padres, se dio cuenta de que la enfermedad no era solamente de la hija, que ella sola no iba a poder avanzar, que necesitaba del apoyo de sus padres para salir adelante y que él ya no podía dejar de estar pendiente, que tenía que apoyar a su mujer y a su hija y que tenía que asumir esa responsabilidad.

“ Estabamossss.... Prácticamente separados... entonces... eso... la enfermedad... yo siento.... Que fue lo que... nos atrajo a tener más... este...más responsabilidad y más este... cordura... amor y todo ¿no?... porque fue cuando nos empezamos a dar cuenta, que... pues nosotros, también la estábamos regando feamente... al no tener control sobre de ella... pus no pasaba nada y ya eran mucho años sí... ya eran muchos años... ya yo le decía a mi esposa... pues que ella ya no es una chiquita, yo siempre le decía eso... y sí efectivamente, ya no era una chiquita, pero pues... igual también yo tampoco era un chiquito y no entendía nada. Entonces, pues pegaba todo ¿no?...”

Reconoció que la forma en la que la había educado no era la más correcta, que su hija la estaba pasando muy mal y que sufría mucho por la forma en la que estaba viviendo, logra ver que la enfermedad se torna en un padecimiento que le traía mucho dolor emocional.

“Yo siento que si por la falta de... de... límites y de control, o sea... que bueno, prácticamente es lo mismo, no... bueno no es lo mismo: son los límites a lo que ella debería de hacer, los límites de la escuela, los límites de responsabilidades... y... este, y pues básicamente eso es lo que debía de ser, bueno no... el desamor de nosotros dos... en cierta forma, entonces pues ella estaba sin... prácticamente sin control...”

Remisión sintomatológica: *“....empezamos a cambiar...”*

El padre observó que debía dejar de presionar a su hija y que debía de estar más al cuidado de ella, no tanto de una forma exigente sino entendiendo más lo que necesitaba, también fue capaz de observar que ignoraba a su mujer y que le dejó la mayoría de la responsabilidad a ella, con sus ausencias y con no estar pendiente de ambas. Observó que podía hacerse cargo de la madre de A y de A. Y de tal forma las cosas fueron mejorando, ella decidió irse a vivir con su novio, cuando se sintió mejor y eso la ayudó a madurar.

“...desde que nosotros empezamos a venir aquí, empezamos a tener mayor comunicación, y empezamos a ver, a ver toda la escala de todo lo que debíamos de hacer, bien y mal y luego lo empezamos a cambiar y empezamos a decir, bueno pues vamos a ponernos de acuerdo y empezamos a poner los límites, que es lo bueno, que es lo malo, y hasta donde podemos llegar, hasta donde, porque pus además, ella ya había crecido, no, me acuerdo que tenía 24, 25 años y ya era difícil no... llegaba y decirle, ya como una niña, pues fijate que a partir de hoy... ya vas a dejar de hacer esto... vas a dejar de hacer lo otro, yo ahorita

precisamente le estaba comentando a mi esposa de que... que cuando estaba en trabajo conmigo A era de que este... pues la misma enfermedad le hacía desubicarse, eso sí lo notaba mucho...”

Epílogo: *“...nosotros como padres ya estábamos,... trabajando en equipo...”*

En la actualidad, el padre está más pendiente de la madre y sigue apoyando con trabajo a su hija, ambos cuidan de su nieta de vez en cuando y él se ha dado cuenta de que su hija no es lo suficientemente responsable con sus deberes como madre, que no le da de comer bien, sino muy estricto y que ella decide que alimentos le gustan a su hija, y ni siquiera se los da a probar, reconoce no estar de acuerdo, pero procura no interferir, intenta continuar con las mejoras en su relación de pareja con la madre de A, y se da cuenta de que a ella le está costando mucho trabajo confiar en él. Su hija es muy aprensiva, igual que su esposo y eso le angustia, pero reconoce que no es de su incumbencia. Reconoce que tienen muchas dificultades para dejar crecer a su hija y dejar que ella sola asuma sus responsabilidades y que cometa sus propios errores y los resuelva.

“Pienso que lo que más este, quizá... más le pego a ella, nosotros como padres ya estábamos, pues como pareja, ya estábamos más juntos... más este... trabajando en equipo... yo pienso que eso le ayudo a ella.”

6.1.5. Trayectoria del relato del Caso A

Este relato comparte ciertos elementos con los relatos de *trayectoria progresiva* identificados de “búsqueda”. Tras la vivencia de los síntomas e incluso después de haber estado tanto tiempo en *impasse*. El caso A desde el inicio conoce su diagnóstico y tarda mucho tiempo en pedir ayuda para empezar el tratamiento; sin embargo, inmediatamente hace los cambios necesarios para mejorar, pero no para eliminar el síntoma.

Se queda con lo mínimo indispensable del síntoma para seguirse protegiendo de las vicisitudes de su ambiente, la relación de pareja de sus padres, la de ella con ellos, la falta de escuela, problemas económicos, la vulnerabilidad en la que vive, etc., a pesar de todo ello no abandona en ningún momento el tratamiento, logra mantenerse por tres años en estabilidad, cuando disminuye de peso y se observa cómo al regresar al síntoma y disminuir la ingestión de alimento, el padre del caso A (a

pesar de que no se da cuenta de la baja de peso) logra involucrarse en el tratamiento de su hija asistiendo al grupo de apoyo terapéutico para padres, acompañando a la madre y contribuyendo así a que empiece a romperse la relación simbiótica que existe entre ambas, el padre intenta hacerse cargo de la madre, lo cual aparentemente le permite al caso A salir adelante y tomar decisiones sobre su vida, por lo que adopta un nuevo estilo, y logra incorporar el tratamiento como parte de su cotidianidad, permitiendo que la anorexia nervosa sea remitida, ha buscado continuar con su tratamiento y psicoterapia.

El caso A, asume un papel activo en su tratamiento, se aplica en mejorar y en su recuperación física, como en el mantenimiento de la distancia necesaria de sus padres, y su relación de pareja, así como su recuperación emocional.

6.1.6. ANALISIS DE LA NARRATIVA POR EJES TEMÁTICOS DEL CASO A

En el análisis del caso A y tomando en cuenta los temas centrales que nos ocupan surgieron diversos temas emergentes:

Eje temático:

EL PADECIMIENTO

Emergentes: Razones por las que inicia el trastorno de alimentación; Idea de no ser uno mismo el que lleva a cabo la conducta; Emociones emergentes; Conductas que mantienen el síntoma y le permiten no hacerse cargo de su situación de vida; Conductas para tolerar el hambre.

Eje temático:

EL TRATAMIENTO

Emergentes: Razones para iniciar el tratamiento; Emociones que se mencionan; Pensamientos ambivalentes hacia el tratamiento; Reconocer la función del síntoma; Necesidad de involucrar a los padres en el tratamiento.

Eje temático:

LA RECAÍDA

Emergentes: Lo que está ocultando el trastorno; El trastorno ayuda a subsistir; Significado de la recaída.

LA REMISIÓN:

Temas emergentes: Reconocer las fortalezas del sí mismo; Saber qué hacer; Cómo ayudar.

EL PADECIMIENTO

Razones por las que inicia el trastorno de alimentación: el caso A reconoce que inició con la manipulación del alimento, sometiéndose a una dieta estricta para bajar de peso, acudiendo con un médico, el padre está de acuerdo con que el padecimiento inició por una dieta estricta que tenía la finalidad de que su hija bajara de peso, dieta a la que él mismo se sometió y llevó a su hija, reconoce que él se detuvo y ella se siguió, habla de la culpa que siente por haberla llevado. A su vez, la madre también piensa que el padre es el culpable, pero no por la misma razón, atribuye el inicio de la enfermedad a una situación en casa que alteró el funcionamiento familiar, el padre inicia una nueva relación de pareja, elimina la manutención de ella y de su hija y no puede continuar pagándole la universidad a A, la madre pareciera aprovechar el momento coyuntural para culpabilizar al padre de enfermar a su hija y así utilizar como vía de comunicación entre la pareja la anorexia nervosa, aparentemente porque no logra diferenciar los problemas de pareja de la relación de maternaje.

Idea de no ser uno mismo el que lleva a cabo la conducta: A comenta que había algo que no le permitía comer; su cerebro, como si fuera un órgano autónomo que no le perteneciera no la dejaba comer, la madre no se percata de sus conductas, veía que hacía dieta, pero no pareció interesarle demasiado, o hay un pensamiento de que la hija no es capaz de enfermarse de un trastorno de alimentación, incluso una psicóloga le recomienda venir a la institución para tenerla en tratamiento y la madre hace caso omiso, el padre tampoco se da cuenta de que la dieta prescrita por el médico se había convertido en algo incontrolable para su hija. Sin embargo, le compraba lo que consideraba que necesitaba para que comiera bien, como las cajas con las botellas de agua y los alimentos light que su hija consumía de manera desenfrenada, normalizando así la conducta de su hija.

Emociones emergentes: el caso A observa que cuando se somete a la dieta no se sentía tan bien hasta que empezó a ver los resultados, notó que empezó a bajar de peso, reconoce que le gustó. Sin embargo, con el paso del tiempo pudo observar que

no era feliz, que la estaba pasando mal, notó que la mayor parte del tiempo estaba enojada, observó que su apariencia personal mejoraba pero su estado de ánimo empeoraba, se dió cuenta de que llegó un momento en el que ya no pudo parar, el padre ya se había alejado demasiado cuando el trastorno estaba en su apogeo, como evitando sentir alguna preocupación o culpa y la madre estaba tan ocupada en sus preocupaciones, economía y pérdida del amor de la pareja, que ni siquiera se percató de la situación de su hija, negando totalmente lo que sentía, las amigas la informaban de cómo se encontraba A, al igual que el novio, porque con su hija no podía entablar ninguna comunicación. Sabía por las amigas que A se había desmayado o que había pasado la tarde llorando, pero se negó rotundamente a hacerse cargo de esas conductas y de las emociones que las provocaban.

Conductas que mantienen el síntoma y le permiten no hacerse cargo de su situación de vida: A reconoce que todo el tiempo estaba angustiada, la culpa en el padre se convierte en mantenedora del síntoma y en la madre la preocupación y el enojo.

Conductas que no permiten hacerse cargo de su situación de vida: A le dedicaba la mayor parte de su tiempo al trastorno de alimentación, desde pensar en él para no comer o que comer, hasta pasar el día en el supermercado leyendo etiquetas y buscando alimentos equivalentes, conductas que la distraían de sus emociones, como la tristeza, la soledad y la sensación de abandono, además de la dificultad para reconocer el enojo hacia sus padres y hacía su situación de vida, con la que ha estado en desacuerdo desde su infancia. La madre parece utilizar el trastorno como una vía de comunicación con su hija y con el padre, preguntando todo el tiempo por la comida, evitando así hablar de temas centrales generadores de angustia o conflicto, también para no perder la relación con el padre, a quien mantenía informado del padecimiento de la hija, evitando, a través del trastorno, hablar de su relación de pareja en varias ocasiones logró que se hiciera cargo de ella, como una responsabilidad compartida a pesar de que ya no eran pareja. De no ser así, él nunca hubiera trabajado de padre de su hija.

Conductas para tolerar el hambre: fumar, beber mucha agua, masticar chicle para no comer, la madre observa las mismas conductas y ocupa su tiempo en regañarla, pero no busca soluciones, el padre en cambio, en su periferia recuerda haberse dado cuenta

de que notó que fumaba mucho, pero no lo relacionó con la anorexia nervosa, lo que si observó es que comía poco y siempre lo mismo. A pesar de ello, nunca enfrentó a su hija al respecto, sólo se lo comentaba a la madre. Se vuelve a observar como el trastorno es una vía de comunicación.

EL TRATAMIENTO

Razones para iniciar el tratamiento: A comenta que cada día disfrutaba menos lo que hacía, reconoce que ya no podía contenerse, que salir con su novio se convirtió en una pesadilla y ya no tenía paz en ningún momento, había perdido totalmente el control, la madre continuaba sin darse cuenta de lo que le estaba sucediendo a su hija, aunque las amigas y el novio se lo decían, la madre del caso A, asistía a un tratamiento con una psicóloga, quien también le dijo que su hija tenía un problema grave con su alimentación, sin embargo, nunca tomó acción, sólo se limitaba a regañarla y a pelear con ella, a quejarse con el padre de las conductas de A, él a su vez refiere que nunca se dió cuenta de nada, que la que seguramente estaba al tanto de todo era la madre, de tal forma que tampoco asumió ninguna responsabilidad para buscar o llevarla a tratamiento. Al padre la enfermedad, con más de tres años de evolución, lo tomó por sorpresa.

Emociones que se mencionan: A expresa que se sentía muy enojada y de mal humor, reconoce que sentía mucha tristeza y soledad, pero sentía en control sus emociones, así no mostraba que estaba mal, hasta que entró en un caos emocional, el tratamiento farmacológico le ayudó a sentirse más tranquila y feliz, pero el efecto le duró muy poco, ya que continuaba restringiendo y ayunando, su madre la acompañaba al principio y se mostraba sorprendida de todo lo que estaba pasando, se mostraba perpleja y el padre no se preocupó hasta que se enteró que su hija podía morir y que la anorexia nervosa no era tan superficial como él había creído, se escuda en su ignorancia sobre el tema y en la idea de que él está disponible para cuando lo necesitaran, como cuando menciona “*las acompañaba porque tenían que llegar muy temprano a sacar ficha*”, naturalizando que ir a un hospital psiquiátrico fuera cosa de cada día, minimizando la magnitud del problema.

Pensamientos ambivalentes hacía el tratamiento: A muestra contradicciones entre el deseo de curarse y el deseo de no abandonar la enfermedad, ya que ésta le representa

un refugio al dolor emocional y una forma de control donde las emociones no se tocan y por lo tanto no se viven y no lastiman pero, por otro lado, el trastorno se ha convertido en insufrible, en un padecimiento, al inicio le ayuda a mantenerse en control, por lo que se convierte en una solución a su dificultad para contender con sus emociones de soledad, tristeza, abandono y miedo, después, parece que esa solución se convierte en el problema mismo, se sale totalmente de su control, aparecen de nuevo esas emociones que no pueden ya ser contenidas, como si la enfermedad se convirtiera en el perseguidor, a quien hay que temerle y dejarla o curarse de ella la enfrentaría a las situaciones y emociones de las que ha huido a través del padecimiento. Para la madre es más sencillo, no se da cuenta de nada, su hija se está esforzando, pasó el momento crítico, ella regresa a su trabajo y la vida sigue igual. El padre al igual que la madre ya cumplió con acompañarla y ahora ya es solo responsabilidad de su hija salir del problema, no necesita enterarse de nada más ni preocuparse, basta con seguir comprándole sus cajas de agua y leche y con eso cumple, no hay ninguna responsabilidad compartida.

Reconocer la función del síntoma: A logra descifrar que el no comer le sirve para no sentir y mantener controladas sus emociones, logró dejar de sentir el miedo que la acosaba desde su infancia, se siente realmente bien, para la madre el síntoma le sirve para no hacerse cargo de solucionar sus problemas de pareja, ya que el padre debe estar al tanto de la enfermedad de su hija, de esa forma mantiene al padre cerca a través de pagar el tratamiento, también utiliza a su hija como su confidente y la parentaliza. La hace partícipe del dolor que sentía cada vez que el padre las abandonaba, con su hija solo hablaba de comida, así se facilitaba la comunicación. Para el padre es una cosa más de la que hay que preocuparse y pagar, de esa manera piensa que trabaja de padre del caso A y de proveedor de su madre.

Necesidad de involucrar a los padres en el tratamiento: A se da cuenta de que seguía haciendo la función de contenedora de la madre y de paladín de la misma, defendiéndola de las agresiones del padre y tratando de sustituir su desamor e irresponsabilidad, por ello A mantiene un IMC aceptable por mucho tiempo, lo mínimo indispensable para no estar fuera de control y mantener contenidas, a costa de todo, sus emociones para no tener que contender con ellas; la hija se convierte en

observadora del conflicto parental con mayor control emocional, la madre la sigue utilizando de confidente y no hace nada para solucionar su situación de pareja, pero tiene la tranquilidad de estar apoyando a su hija para que vaya al tratamiento, el padre colabora con el dinero necesario para pagar el tratamiento y sentirse que ya está haciendo algo por ayudar a su hija, pero no cree necesario hacer algún cambio, así logra acallar su conciencia. Se requieren modificaciones en la dinámica de la familia para lograr la transformación de la conducta de A para que pueda salir adelante, sin toda esa carga emocional que sus padres han depositado en ella.

LA RECAÍDA

Lo que está ocultando el trastorno de alimentación: La paciente observa que el trastorno encubre muchas cosas, como si fuera un gran escudo que la defiende del dolor que le causa su modo de vivir y el papel que ha jugado en la relación con sus padres, su incapacidad para defenderse ella misma de las agresiones parentales, sus incapacidades sociales, laborales y de desarrollo intelectual. La madre oculta el malestar que tiene con respecto a su vida y el arrepentimiento de haber tomado la decisión de relacionarse con un hombre casado que no le ha podido dar un lugar en su vida, como desde siempre fue su deseo y el padre se permitía estar haciendo las cosas a su libre albedrío, sin asumir ninguna responsabilidad para con su pareja o para con su hija o para con sus otros hijos ya que hace como que si se hiciera cargo.

El trastorno ayuda a subsistir: disfraza las emociones y hace como si las cosas no estuvieran pasando o fuera más tolerable pasarlas. Oculta los problemas emocionales y ayuda a que no sea necesario tomar decisiones, así como a ser irresponsable. Para ambos padres, el trastorno de alimentación ha servido como una justificación para mostrar que se hacen cargo de su hija, a través de pagarle el tratamiento y de estar pendiente de su alimentación. Sin embargo, en su propio aislamiento seguían observando el deterioro de su hija y continuaban impávidos.

Significado de la recaída: es como un silenciador, acalla todas las emociones en la hija, para la madre es un foco de alarma de que se debían hacer cambios y para el padre es la llamada de atención para asumir la responsabilidad del paternaje e involucrarse en el tratamiento de su hija y hacerse cargo de él.

LA REMISIÓN:

Reconocer las fortalezas del sí mismo: A observa que se vuelve más tolerante a la frustración cuando está mejor alimentada, puede contender mejor con la realidad y estar más pendiente de lo que le pasa y lo que siente. Puede hacerse más cargo de ella misma y de la realidad, así como de la toma de decisiones, ahora puede pensar en irse a vivir con su novio e independizarse de la madre sin preocuparse por ella o por dejarla sola. La madre a su vez, se empieza a hacer cargo de ella misma y a asumir las responsabilidades de lo que le toca hacer al igual que el padre, dejando el distractor de la enfermedad a un lado. Reconoce ahora que no necesita del padre de A para existir, que se ha sentido poco querida por él y que nunca ha ocupado un lugar importante en su vida, puede ponerle límites y se permite enojarse y no depender tanto de él, la madre es capaz de reconocer que ahora se encuentra a su lado por lástima y no por una necesidad de protección, que puede estar bien sin él y sin su afecto. El padre se da cuenta de que no sabe estar solo, de que para poder tener a su mujer la debe respetar y darle un lugar, ahora está luchando por reconquistar a la madre del caso A, dar de sí mismo, darse cuenta de que viviendo periférico no es asumir una responsabilidad de vida, es una forma poco madura de hacerlo, como si fuera un adolescente.

SÍNTESIS

El caso A tiene puntos importantes que nos dan una visión ejemplificadora de la anorexia nervosa, ya que nos permite observar el padecimiento desde sus principales protagonistas, la paciente, el padre y la madre, desde un caso específico de convivencia familiar, donde, a pesar de que el padre no vive con ellas la mayor parte del tiempo, ocupa parcialmente un lugar preponderante en los movimientos familiares, donde la paciente tiene una función parental en la relación con su madre y hace la labor de escucha del sufrimiento de ella en todo lo que se refiere a su relación de pareja; el padre hace la función de proveedor y tiene el control económico de ambas mujeres, ocupando un lugar preponderante y manteniendo una relación a distancia donde, hasta en su ausencia, tiene una presencia ya sea porque se le necesita o porque se le aborrece.

La madre se coloca en una situación muy primitiva, poco madura donde la hija es la contenedora de sus afectos y el padre se coloca en una posición de jerarquía muy

alta en donde él tiene el poder y representa el bienestar económico, la hija hace la función triangular de vía de comunicación entre ambos padres, situación que aparentemente la lleva hacia la anorexia nervosa, como una forma de protegerse a sí misma del dolor emocional que le provoca el no saber contender con las vicisitudes de vida de dos adultos, quienes deberían hacer la labor de cuidadores y proporcionarle los recursos necesarios para desarrollar su inteligencia emocional. Durante la infancia y la adolescencia, cuando todavía no están los recursos emocionales para lidiar con la problemática de los adultos, la llevan más allá de la responsabilidad, se debe ocupar del cuidado emocional de la madre y en la voz de la misma, mostrando su enojo hacia el padre, como escudo de protección de ésta, de ahí que la enfermedad toma un lugar preponderante para el caso A, a manera de escudo para defenderse de su propio dolor, el padecimiento le permite al caso A, que los padres se hagan cargo de ella y A se pueda posicionar como hija de ambos, quien necesita cuidados, protección y amor.

Cuando la enfermedad se convierte en un padecimiento y solo le provoca dolor, A pide ayuda de forma desesperada, pero solo la recibe momentáneamente, lo cual le sirve para darse cuenta de la posición que tiene en la vida anímica de sus padres. Y la recaída representa la necesidad de que los padres se involucren en el tratamiento y se ocupen de resolver su conflictiva de pareja, la cual ha afectado el desarrollo de la vida de A, y para ella significa un silenciador, callarse para aprender a convivir con su padre y no involucrarse en sus conflictos aunque no esté de acuerdo con las decisiones que toma su madre. Ahora el caso A tiene que aprender a contender con sus rasgos de personalidad que le hacen actuar de forma conflictiva, aprendiendo a vivir sin el refugio que le representa su enfermedad, además de buscar las herramientas adecuadas para hacerse cargo de su propia vida, sin tener que estar al tanto de la vida de sus padres.

6.1.7. CODA

Se trata de una familia con un mal funcionamiento y totalmente escindida, donde se observan las necesidades infantiles no resueltas de ambos padres, incapaces (por su inmadurez) de crear un ambiente familiar adecuado para el cuidado de su hija. Da la impresión de que la hija es una especie de apéndice de la madre que le sirve para

mantener al padre unido a ella, como si la presencia de A fuera la liga en el vínculo de la pareja. Aparentemente, para ambos padres, cubrir sus necesidades afectivas es básico sin importar el daño causado a la hija.

Es notorio cómo la madre se completa a sí misma con la hija, a quien la vuelve su confidente, el buzón de quejas y la razón por la cual el padre debe regresar ya que la tiene que mantener y paradójicamente la hija no está de acuerdo con este papel, pero continúa cumpliéndolo a pesar de su disgusto, permanece tolerando lo que la madre le pide en silencio y la anorexia nervosa le ayuda a tolerarlo. Ello se observa cuando la madre la sigue convenciendo de que no desespere, con la promesa de que el padre le termine de pagar la carrera universitaria, promesa que queda rota y su esfuerzo no fue recompensado, se vuelve a quedar frustrada.

El caso A no puede con toda la carga emocional que la madre le deposita y da la impresión de que hacer el síntoma de la anorexia nervosa, le permite protegerse de todo el dolor emocional que tiene y con el que no puede contender, como una especie de negación al dolor.

La madre de cualquier manera, es incapaz de retener al padre por sus propios medios, y tampoco lo logra a través de la manipulación afectiva de su hija; finalmente, el padre las abandona. Pareciera haber necesidad emocional de la madre de retener al padre a costa del sufrimiento de ambas y de la salud de la hija.

De lo anterior, resulta que la madre se continúa acercando afectivamente al padre, arropándose en el afecto de la hija, quien a su vez convierte a la anorexia nervosa en un padecimiento crónico y ambas no logran diferenciarse. El padre parece ser abandonador e incapaz de rescatar a la hija de la relación simbiótica con la madre y se escuda en su matrimonio anterior, para poder continuar con sus conductas placenteras, como tener otras mujeres, continuar bebiendo y darles una vida conveniente y benéfica únicamente para él.

Lo que nos sugiere esta historia es la presencia de un padre y una madre inmaduros, incapaces de actuar como personas adultas, incompletas, que cubren sus espacios emocionales de forma agresiva y utilitaria a través de la hija para que las cosas permanezcan igual.

Cuando se invita a los progenitores al tratamiento, el padre logra hacer el rompimiento del vínculo simbiótico entre su hija y la madre, ocupándose un poco más de su papel de pareja y padre, facilitando así la separación de la diada y logrando la independencia de la hija. El padre se hace cargo de su pareja lo cual permite que la hija se separe de su madre, sin embargo el caso A, como un elemento de defensa, continúa con el padecimiento. Es decir, al inicio no renuncia al trastorno de alimentación porque todavía está cuidando de su madre, por la desconfianza que le tiene al padre, pero no se logra la remisión sintomatológica deseada hasta que el padre ocupa el espacio que A está dejando vacío en el vínculo con su madre.

En este caso, el tratamiento realizó la labor de facilitar la separación de la hija de la madre y que el padre se hiciera cargo afectivamente de las necesidades de su mujer para que libere a su hija y contribuya al desprendimiento emocional de ella y dejar de cuidar a esa madre tan desvalida, por la que A tiene que sacrificarse.

Aparentemente en este caso, la recaída hace la función de la sacudida al padre para que ocupe su lugar de rescatador de la diada y facilite la independencia de ambas. Se observa que en el momento en el que se lleva a cabo la presente investigación, la madre todavía se resiste a separarse de su hija, haciendo evidente que lo que quería no era una pareja sino una hija que le satisficiera sus necesidades afectivas, mismas que menciona provienen desde su infancia en la relación con su propia madre, sin importar el precio que su hija tenga que pagar para continuar cumpliendo con su papel. Y el padre, a su vez, se vincula de forma periférica con una mujer que tolera sus conductas inmaduras, las cuales le permiten revivir en la vida adulta la adolescencia perdida por sus propias dificultades familiares y nivel de responsabilidad exigido por un padre ausente y una madre excesivamente rígida.

De esta forma, en este caso la anorexia nervosa en análisis representa para la hija un grito desesperado de ayuda, ante una situación de vida adulta desde la infancia, donde ella tiene que funcionar como madre de su propia madre, cuidadora de la economía del hogar sacrificándose ante un padre rígido y agresivo que le exige abandone su vida cada vez que se presenta en casa, como un intento de hacer su función de pareja y padre, debida a una culpa que la madre se encarga de inocular en él, con la finalidad de que regrese a cuidar de ella como una necesidad infantil, insisto,

sin importar que daño pueda estar causando a su alrededor, mientras sus necesidades afectivas infantiles se encuentren cubiertas.

6.2. FAMILIA 02 CASO B (HF04F02), MADRE DEL CASO B (MF05F02), PADRE DEL CASO B (PF06F02).

6.2.1. PRESENTACIÓN DEL CASO B (HF04F02)

Paciente femenina de 22 años de edad, originaria del Distrito Federal, que cumple con los criterios diagnósticos de anorexia nervosa del tipo compulsivo purgativo (ANCP) de acuerdo con el modelo médico del DSM-IV-TR. Llega a la institución a través de atención psiquiátrica continua (APC), siendo hospitalizada, presentando ideación suicida y con dos intentos previos de alta letalidad, su peso era de 35 kilogramos y su estatura de 1.56 mt, razón por la cual fue solicitada la interconsulta con la clínica de trastornos de la conducta alimentaria dentro de la misma institución, cuando se lleva a cabo la entrevista por parte de la clínica, se observa un IMC de 14.4 kgm el cual, al igual que el caso anterior, se encontraba dentro de los niveles de desnutrición, lo cual complica el tratamiento ya que de inicio ambas intervenciones son de suma importancia, la renutrición de la paciente y contener las conductas suicidas.

De la misma manera y debida a esta doble sintomatología, el caso es más severo y complicado, además de que el diagnóstico de ANCP, *per se* es uno de los diagnósticos más difíciles de tratar. Cuando el caso B inicia el tratamiento intrahospitalario, mostraba considerables ideas con respecto a la muerte, se había dañado ambas muñecas con unas tijeras frente a la madre y no recordaba la razón por la que lo había hecho, ni el suceso mismo le quedaba claro.

La madre estaba muy angustiada y se mostraba muy cooperadora y cercana a su hija, incluso ella se ofreció a cuidarla. Durante el internamiento, el caso B recurrió a conductas restrictivas intensas y logró bajar más de peso, situación que puso en alerta tanto al padre como a la madre, de tal forma que se invitó a participar a los padres a la terapia de apoyo terapéutico. Desde que su hija estaba internada, la madre acudía intermitentemente al grupo de apoyo ya que estaba pendiente de su hija las 24 horas del día y se le aconsejó que pidiera ayuda a otra persona para que ella pudiera

asistir más constantemente a la terapia de apoyo para padres. El padre, no se involucró en el tratamiento durante el tiempo que su hija estuvo en el hospital y no acudió al grupo de apoyo hasta que su hija regresó a casa y ya no supo cómo recibirla y empezó a notar que el ambiente en casa estaba enrarecido, como si su hija fuera una extraña a la que tenía que empezar a conocer, no le cabía en la cabeza que hubiera tenido necesidad de incurrir a esas conductas.

El caso B, al salir del hospital, también se sintió con muchas dificultades para adaptarse de nuevo al ambiente familiar, se sentía irritable, todo le parecía extraño, como si estuviera fuera de lugar, su sentimiento de inadecuación se exacerbó, sentía que no reconocía su propio ambiente y tuvo una fuerte recaída después de algunos meses de el alta, se pensó en la posibilidad de hospitalizarla de nuevo, pero el padre asumió la responsabilidad de cuidar de su hija y de compartir el esfuerzo con la madre y empezó a haber cierta mejoría, mostrándose la evolución del padecimiento alimentario, además del reconocimiento de otros problemas graves como el abuso de sustancias, el alcoholismo, el abandono de sus estudios y decidir qué hacer con su vida, empezando por respetar las reglas instaladas en casa. Cuando logró salir adelante del trastorno, decidió cambiarse de universidad, de carrera, de amistades, comenzar a trabajar, asistir a un grupo de alcohólicos anónimos y cuidar de sus logros, así como asumir sus responsabilidades y asumir las consecuencias de sus acciones.

6.2.2. Entrevista realizada al Caso B

Estructura diacrónica del relato: “... siempre fui una niña como muy insegura...”

El caso B, recuerda que durante su infancia se llevaba muy bien con su padre, mejor con él que con su hermana o con su madre. Pero a lo largo del tiempo, esa situación fue cambiando y cuando empezaban a mejorar las relaciones con su madre, empeoraban con el padre, hasta que llegó un momento en que se aisló totalmente de todos los miembros de su familia.

“...cuando era niña me llevaba mucho con mi papá, mucho, mucho, mucho, ya después con mi hermana y después con nadie...”

Sobre su infancia, recuerda haber sido una niña insegura, retraída, fue cuidada por su abuela, ya que su madre trabajaba. Refiere que siempre le costó mucho trabajo

relacionarse con las demás niñas de su edad y que se sentía todo el tiempo como fuera de lugar.

“Entonces siempre fui una niña como muy insegura y muy retraída, muy seria, muy, no sé... igual siempre estaba yo en mi mundo y ya...”

Se acuerda que cuando aparecieron los cambios de la adolescencia, empezó a sentirse cada vez más inadecuada e insegura debido a que se desarrolló antes que su grupo de pares, entre los ocho y nueve años, eso agravó su incapacidad para relacionarse y su sentido de pertenencia.

Le crecieron los senos, empezó a sentir mucho enojo hacía sus padres, las peleas en casa se exacerbaban, comenta que había gritos la mayor parte del tiempo, incluso golpes recuerda que llegó el momento en el que ya no quería estar más ahí. Pero tampoco se encontraba bien en casa de su abuela, el padre presionaba demasiado a la madre y los conflictos duraban mucho tiempo. Además de que tampoco se solucionaban.

“no me llevaba con nadie en mi casa, fue como cuando todo estaba muy mal en mi casa, que no me llevaba con nadie y casi nunca estaba en mi casa...la verdad estaba chiquita, primero me empezaron a crecer las bubis..., tendría como 10 años, y cuando vi empezaba a sentirme incómoda con mi cuerpo, usaba sudaderas grandes, me vendaba... el busto, porque cuando bailaba pues como que se me movía todo y no me gustaba que me vieran mis compañeras de la escuela, entonces me empecé a vendar ...”

A partir de la adolescencia se complicaron las cosas, ya que su padre tuvo problemas en su trabajo y se encontraba tenso y preocupado, empezó a ser demasiado violento.

“...todo el tiempo nos peleábamos, emhh, no sé teníamos... como muchos problemas, bueno yo tenía muchos problemas con mis papás... como que estaba muy estresado [el padre], y muy violento, entonces, de ahí como que todo se empezó a poner muy, muy mal (silencio)”

Su madre dejó de trabajar y no entiende todavía por qué lo hizo, reconoce que ya no la necesitaban tanto como cuando eran pequeñas, como si a esas alturas ya estuviera todo echado a perder, para ella su infancia había pasado y había terminado muy mal.

“...creo que fue el inicio de la adolescencia, y de hecho yo fue cuando empezó mi, cuando empecé a vomitar y a laxarme, fue, justo en esa época, cuando todo se empezó a poner como muy feo en mi casa y... creo que las cosas se empezaron a poner muy tensas, porque mi papá empezó a ver que lo iban a jubilar”

Comenta que en realidad empezó con atracones, comía demasiado, no se había percatado de que desde siempre se había alimentado mal, relata que sus padres

constantemente se mostraban preocupados por el peso y la figura, y que la madre desde que eran pequeñas las llevó con un nutriólogo, ahora se da cuenta de que su alimentación siempre fue restrictiva, porque en casa estaban satanizados los azúcares y los carbohidratos, recuerda que su madre, al igual que su padre, se han cuidado todo el tiempo de su peso y de su forma de comer.

“...mis papás siempre han tenido cierta preocupación por el peso, en primer lugar porque toda la familia de mi papá son como gordos... hubo como épocas en las cuales no había galletas, no había azúcar, nada de embutidos, solo queso panela, ni tortillas de harina, como igual muy restrictivo en mi casa y navegaba con bandera “es que soy naturista””

Describe que los atracones empezaron cuando empezó a desarrollarse y los atribuye al periodo de la pubertad en el que uno empieza a comer más por las hormonas. Aunque también es capaz de reconocer que no comerse el lunch en la escuela y tirarlo a la basura hacía que llegara con mucha hambre a comer a su casa.

“...me laxaba después de la hora de la comida, porque era como cuando más atracaba, yo creo que porque no comía el lunch en la escuela y llegaba a mi casa muerta de hambre y me atascaba de comida...”

Se acuerda de que la idea de tomar laxantes vino de una prima que tenía bulimia nervosa cuando era más joven, así como de las pláticas que le daban en la escuela sobre trastornos de alimentación.

“...se me ocurrió la idea... primero fue,... yo tengo una prima... que, cuando era más chava ella fue bulímica, no sé, pero ella se laxaba, ella me había dicho... y también de las pláticas que luego te daban en la escuela de bulímicas y anoréxicas, de una chava que fue a dar su testimonio, también de ahí agarré la idea... empecé a vomitar... pues por qué, no sé... me di cuenta, de que no era suficiente... que tenía que hacer como más...”

Rememora que a los 14 años empezó a tomar alcohol con sus amigas de la escuela, ella pensaba que las cosas eran demasiado rígidas, que permanecía demasiado tiempo sola y que en realidad la estaba pasando muy mal, empezaron a llevar alcohol a las tardeadas con sus amigas de las escuela, en las casas en las que no había nadie que estuviera al pendiente y empezaron a alcoholizarse. Aparentemente los padres no se daban cuenta de lo que pasaba y las niñas lo tomaron como la rebeldía propia de la adolescencia.

“En las fiestecitas, tardeadas, al principio eran tardeadas muy sanas ¿no?... de chaparritas y frutsis y bailar en circulito y esas cosas, pero... de repente alguien llevó una botella ¿no?, entonces ya nos sentíamos muy malas y como yo me

quería sentir muy mala y rebelde empecé a tomar y a fumar y todo eso ... o sea mis papás se empezaron a dar cuenta de que yo era un borracha asquerosa hasta hace como un año y medio, antes, bueno, pues no tenían ni idea de nada de eso, entonces más bien yo creo que era como mi manera de fugarme, no sé, pues sí, de fugarme de mi casa, yo creo...”

Reconoce que nunca pensó del daño a largo plazo de lo que estaba haciendo y eso la fue sumiendo en más situaciones difíciles de las que no encontraba salida y que a lo largo del tiempo, se quedó más atrapada hasta que la muerte representara su única escapatoria. Ahora es capaz de observar el cuidado negligente que tuvo durante toda su infancia y pubertad, que en la adolescencia se exacerbó y en la adultez joven se salió totalmente de su control.

Epifanía: *“...me orillé en un parque y me quedé tirada... no sé cuánto tiempo...”*

Reconoce que el momento de la recaída fue la situación que le cambió la vida, cuando ya no podía más con sus conductas y con el tren de vida que había llevado, ya que cuando se encontró tirada en un parque cerca de su casa, pudo observar todo el descuido en el que había crecido y todas las carencias afectivas que había sufrido y no superado, donde había perdido toda conciencia de lo que estaba pasando, fue capaz de mirar que se encontraba sola pasando por esa situación, ya que había sido muy buena para engañar a sus padres o a lo mejor algo más doloroso, que a sus padres no les había importado lo que le pasara a ella, ni lo que estaba sucediendo.

“...me recuperé y me dijeron ya es hora de que salgas de tu casa y rehagas tu vida, decidí ese semestre tomármelo libre, conseguí un trabajo... fue, “bueno pues voy a retomar mi vida, voy a volver a ver a mis amigos, voy a volver a salir, a las fiestas y por lo tanto me voy a volver a emborrachar”, eso fue lo que yo pensé... retomar mi vida es igual a... salir con mis amigos que es igual a... emborracharme, por ejemplo, ahorita lo veo y es muy ilógico, ¿estás de acuerdo? , esas son las extrañas razones, puras pendejadas y ya, empecé a salir, empecé a emborracharme... el doctor... no era una persona como muy... dura, era bastante accesible, y la verdad es que yo me lo, ya vez como soy a veces... y pues me lo mareaba, y me burlaba de él,... y le decía “bueno, cuando ya me vas a dejar chupar y cosas así”... hasta que un día me dijo, “ya te puedes tomar una, casual, una vez cada mes, una copa de vino, una cerveza, no pasa nada”, yo dije “ya me dio permiso, ya me puedo ir a poner hasta el moco”, entonces me empecé a emborrachar y otra vez empecé a retomar el rollo de vomitar... sobre todo cuando estaba borracha sí era perder el control muy cañón, ya era vomitar por noche como diez veces, en una noche en un lapso de dos horas...entonces tomaba y entonces decía no es que me estoy metiendo muchas calorías, porque el alcohol supuestamente tienen un chingo, entonces chupaba, iba y vomitaba, ¿no?, entonces, otra vez iba, chupaba y vomitaba. Una vez tomé y no me acuerdo cuánto y me bajé a vomitar, este... porque una vez que ya empezaba a vomitar o

sea como que ya me salía solo, entonces me dieron ganas de vomitar y dije “no quiero vomitar el coche”, y me orillé en un parque y me quedé tirada... en el parque... no sé cuánto tiempo, y ya después me desperté y fue cuando dije “¡chin! tengo que llegar a mi casa”, y ya llegué a mi casa y mis papás me cacharon y fue cuando mi mamá me dijo, “ya, ya estoy hasta la madre de ti, ya,... no”, y ya me dijo “si quieres seguir viviendo en esta casa...”

Inicio del padecimiento: “...mis papás me cacharon unos laxantes...”

Registra como inicio del padecimiento el momento en que empezó a tener atracones, pero pensaba que tenía que ver más con la crisis de la adolescencia que con un trastorno de alimentación y no lo consideró una enfermedad hasta que las cosas se salieron de control para todos y se hizo evidente el problema.

Describe que empezó teniendo atracones, de los cuales sus padres no se percataron aparentemente, después empezó a consumir laxantes y al paso del tiempo, vinieron los vómitos y se quedaron instalados hasta la fecha. Su madre en alguna ocasión, le encontró una caja de laxantes y le comentó al padre, y la reacción del mismo no fue la más acertada.

“La primera vez que me diagnosticaron un trastorno tenía 15 años, o... 14, o... no me acuerdo bien, estaba en mi casa y mis papás me cacharon unos laxantes y mi papá me agarró a madrazos y... este me llevaron con una psicóloga que está ahí por mi casa... y ella me dijo que tenía que ir al psiquiatra supongo que para que me lo diagnosticaran y me lo diagnosticaron.”

Ella piensa que sus padres no se preocuparon mucho por lo que estaba pasando, parecían no tomarlo en cuenta, incluso la llevaron con una psicóloga cerca de casa, quien tampoco le dio demasiada importancia al trastorno, solo solicitó que fuera con un psiquiatra para corroborar el diagnóstico. Utilizaron el servicio médico que proporcionaba el trabajo del padre, se corroboró el diagnóstico y con esa información bastó para que las cosas regresaran a su lugar.

“Ese pues es que es como si fuera el servicio, como si fuera el IMSS, como una onda, este entonces pasas cinco minutos, y bueno que tienes esto, esto y esto, a ok, te voy a mandar prozac, y gracias por participar ¿no?, y ya, entonces me mandaron prozac, no me gustaba el prozac,... porque... me daban mareos... muchos mareos, y ya estuve en prozac, no me acuerdo cuanto tiempo, supongo que un buen rato,... no la verdad no me acuerdo cuánto tiempo duró ese tratamiento, y dejé de vomitar y ya me portaba bien y ya no hacía nada malo, ni nada por el estilo y ya ... me dieron de alta, estuve en ese tratamiento como 6 meses yo creo, así máximo... 6 meses...”

Dejó todo tratamiento después del alta, reconoce que ella sentía que sus padres no tomaban muy en serio la idea de que tuviera un trastorno de alimentación como enfermedad y la minimizaron por completo.

“...dejé de ir al psicólogo, o sea dejé todo, también como que yo sentía que no lo tomaban muy en serio, entonces pues eso a mí me convenía”

Observó que no tenía ningún problema en su casa si comía restrictivo, porque su madre no le daba mucho de comer debido a sus propias ideas al respecto, que ya conoceremos más adelante; sin embargo, las conductas de atracar y vomitar le tomó un tiempo para poder hacerlas bien, reconoce que al principio le dio cierto remordimiento, pero después ya se volvió experta, tomaba el laxante después de la comida y en la noche, como a las 2:00 de la mañana se paraba al baño y ella cree que los padres nunca estuvieron al tanto de eso, cuando empezó con el vómito aprendió las conductas en el internet y aplicó todas las recomendaciones para controlar su peso, creyendo que podía seguir tomando y comiendo mal, y el resultado no sería en el aumento de peso.

“...me metía como 10 laxantes y me hacía efecto en la madrugada, yo iba al baño como a las 2:00 de la mañana, obviamente si haces del baño pues no sale todo y entonces dije pues voy a empezar a vomitar y al principio me costó mucho trabajo, pues no es tan fácil, no estás acostumbrada a que nomás te metes el dedo y ya vomitas, pues ya después le empecé a agarrar la maña y ya sabes cómo vomitar, y ya, pero hasta eso en ese entonces más bien me laxaba, no vomitaba tanto, empecé a vomitar ya más en los últimos años...”

Paliativos para dejar de comer o seguir con las conductas: *“...ya vomitaba más fácil que cuando estaba sobria...”*

Recuerda que empezó a buscar toda clase de opciones hasta que encontró el consumo de alcohol que le facilitó la conducta de vomitar, así como el consumo de otras drogas que la mantenían sin hambre por algunos periodos.

“Bueno pues, el cepillo de dientes, el tomar muchisisisísima agua, o sea después de comer hasta que sientas que vas a vomitar y ya te metes el dedo y pues ya sale todo, y por supuesto, bueno cuando ya empecé a tomar, ya cuando estaba borracha, ya vomitaba así, supongo que no me ponía tan nerviosa, no sé, como que me relajaba más y entonces me metía el dedo, y luego ya vomitaba más fácil que cuando estaba sobria...”

Logra reconocer también que la mayor parte del tiempo se sentía sola y triste y que el trastorno de la alimentación le servía para olvidar, reconoce también que estaba muy enojada con sus padres y que la agresión del padre había llegado hasta un límite.

“una vez, a mí me,... un día que llegue muy borracha a mi casa, tenía que... 15 años, o 16 años, llegué muy, muy, borracha y me agarró a patadas y a puñetazos y todo eso... y o sea, como que me acuerdo y no me acuerdo, o sea me acuerdo que no me dolía, neta estaba como, o sea, yo estaba en el piso de borracha y... pero sí me acuerdo, al día siguiente me levanté ya como sobria... y tenía todo el cuerpo como lleno de moretones, la espalda, las costillas, este tenía un ojo morado no,... eh... pues el labio hinchado, y pues ahí fue como...”

Menciona que estaba muy enojada con su madre porque no hacía nada por defenderla de las agresiones del padre, ahora entiende que ella también tenía sus razones para no enfrentarlo, pero que en ese momento le eran totalmente incomprensibles y solo pensaba en que no la querían, lo que la fue orillando al trastorno y a encontrar más conductas que la ayudaban a evadir sus emociones y olvidarse del dolor.

“... mi mamá se enteró hasta el día siguiente, después de que me vio la cara y los golpes, llegó y me dijo qué te hicieron, pensó que... que me lo habían hecho pues en la peda... no, no fue en la peda... fue mi papá.... le gritó creo que hasta de lo que se iba a morir pero ya, nunca hizo nada, pus,... sí hubo mucho rato que me enojé con ella, o sea sí mucho tiempo viví encabronada con ella, porque sí hubo otras veces que mi papá me pegaba y mi mamá no hacía absolutamente nada”

Buscar ayuda: *“...cuando yo empecé a chupar diario, empecé a vomitar diario...”*

Lo que precipitó la necesidad del tratamiento fue el regreso del viaje de intercambio escolar, salió a otro país durante seis meses, pero al igual que todas las experiencias que ha comentado, parecía no estar bien controlada la situación del lugar al que iba a llegar y el tipo de gente con la que iba a convivir, y sus padres tampoco se interesaron en saberlo.

“...desde antes fumaba marihuana... cuando me fui a Australia fue como mucho, y la conseguía con el hermano home stay de una amiga mía, pues era bien pacheco y nos daba marihuana, o en las fiestas, digo también a veces me pregunto ¿a dónde nos mandaron?, era como muy accesible, no pues era como... es que los Australianos son bien pachecos, o sea no todos, pero en el ambiente en el que estábamos había muchas, muchas, muchas drogas... ya sabes que cuando fumas marihuana te da un chingo de hambre, ponle que desde los 15 años yo subía tantito de peso y le decía a mi mamá llévame al nutriólogo y ya me llevaba y bajaba muchísimo de peso, porque pues te mata de hambre...”

Refiere que al llegar de su viaje venía con sobrepeso, ya que había comido mucha comida rápida, y por el exceso de marihuana, había tenido innumerables atracones, llegó a México y la madre la llevó de nuevo con el nutriólogo que le controlaba el peso desde los 15 años, como resultado, volvió a bajar de peso rápidamente y quedar como ella deseaba, sólo que no pudo mantenerse por demasiado tiempo.

“Bajé mucho de peso, mucho, mucho, mucho y me llevaron al servicio médico con una nutrióloga, bueno a la clínica de la alimentación de ahí, y ella fue la que le metió una “cagotiza” a mi mamá, de decirle este “güey” la está matando de hambre, porque más que yo haber bajado la grasa, pues había bajado puro músculo, y yo nunca quise curarme, no estaba lo suficientemente enferma como para querer...y yo nunca quise curarme, no estaba lo suficientemente enferma como para querer curarme.”

Hasta que pudo observar que había perdido totalmente el control y las cosas pasaban de la forma que ella no esperaba.

“Y después de todo eso fue cuando todo se fue a la chingada, fue cuando yo empecé a chupar diario, empecé a vomitar diario, este..., pues ya les mentía a mis papas diario, les decía que iba a la escuela y no iba a la escuela, me iba a chupar y... para esto, como unos meses antes, yo empecé a tener pensamientos así suicidas, de que me quería morir, sobre todo cuando estaba peda, me daban ganas de morirme”

El tratamiento: *“...empezó a volverse más constante este rollo de los doctores...”*

Recuerda que inició el tratamiento hasta que estuvo hospitalizada y empezó a entender que ella estaba enferma y que las cosas se habían salido totalmente de su control; sin embargo, tuvo antes intentos fallidos de tratamiento, de los cuales no se hizo ni consciente ni responsable y tampoco sus padres le dieron suficiente importancia. Observa que la primera vez que hablaron sobre la posibilidad de que tuviera un trastorno de alimentación, tanto sus padres como ella le restaron importancia, y las situaciones siguieron igual, sin cambios. Acepta que en el primer tratamiento con la psicóloga a la que la llevaron por el consumo de laxantes, nunca habló del trastorno de alimentación, más bien se mostraba interesada en tratar la violencia familiar en la que vivía, restándole toda importancia a su conducta de alimentación.

“No es que tampoco... se enfocaban tanto en eso, más bien en el rollo de mi papá, que si me pegaba y eso, se enfocaban en todo menos en el hecho de que yo vomitaba y me laxaba, entonces yo dije,... entonces no estoy tan mal y como no hablamos tanto de eso, en mi cabeza dije pues puedo seguir haciéndolo, y pues lo seguí haciendo y se me quedó, es muy mala costumbre...”

Explica que el tratamiento ha sido difícil de seguir, no había encontrado uno adecuado para lo que ella necesitaba, pudo observar que en la mayoría de los tratamientos no saben darle la importancia al trastorno de alimentación y a todas las conductas que se le van agregando en el proceso; como la impulsividad entre otras cosas, la falta de control, el enojo provocado por el hambre, la desesperanza, las ideas de muerte o al

menos de hacerse daño, la sensación de insensibilidad que se logra con no comer por más tiempo, el consumo de alcohol y de las otras sustancias o los atracones y los vómitos que la mantenían ocupada la mayor parte del tiempo, hasta que ya no podía tener nada bajo su control, así como el deseo de desaparecer y la necesidad de olvidarse de todo, de no querer saber de nada ni de nadie, de no poder continuar con sus estudios. No tener cabeza para tomar decisiones y sufrir todo el tiempo, fueron sensaciones que se hicieron insoportables, empezó a sentir que ya no tenía control de nada de lo que pasaba a su alrededor, incluso ya era incapaz de ver lo que sucedía.

“...chale, llevo cuatro tratamientos, ya son cuatro, es que ya no sé,... desde ahí empezó a volverse más constante este rollo de los doctores, y que “pero ya no estás vomitando ¿verdad?, no mamá, yo no estoy vomitando” y sí y no y de repente subía tantito de peso y de repente bajaba y se empezó a volver como más constante, no sé si más constante, más intenso”

Entró y salió varias veces del servicio médico del trabajo del padre, pero en realidad el tratamiento no era el adecuado y cada vez empeoraba más, se le agregaban más conductas, como llegar a una restricción más severa que la que había tenido hasta ese momento, o perder el control a tal grado que ya no sabía qué hacía ni dónde estaba, como si estuviera flotando por el mundo, haciendo como que existía.

“Fui a un hospital, me fui del hospital, regrese otra vez al hospital, fui dos veces a la clínica, pero ya no era porque me habían puesto a dieta era porque yo ya no comía bien, y ya me regañaron, supuestamente me mandaron al psicólogo, a unas pláticas, a todo el rollo de los tratamientos que digamos tuve, es que nunca fueron constantes... después así tuve un lapso, así como de algunos meses y después me llevaron otra vez al psiquiatra, con la doctora. Y ella me mandó antidepressivos, ya no era prozac... en pocas palabras, le dije que yo no creía en la psiquiatría porque ya estaba hasta la madre de los doctores, de que nada más se sentaran y me dieran chochos y ya no, ...me dio otra medicina ...pero yo... o no me la tomaba, o la tomaba con alcohol, o luego me tomaba dos para compensar las que no me había tomado, entonces yo hacía como unos cocteles muy extraños... y después de eso se me cruzaron los cables, durísimo... o sea me acuerdo que el 10 de mayo yo estaba crudísima para variar, era un sábado o domingo y fuimos a comer, pero yo me acuerdo que yo ya estaba muy mal...”

Tuvo una crisis que la llevó a cortarse las muñecas en presencia de la madre y fue la razón por la cual fue hospitalizada y se mantuvo por más de un mes, hasta que mejoró su condición, pero empezó a tener ayunos y a vomitar todo lo poco que consumía estando hospitalizada, razón por la cual la madre fue invitada a participar al grupo de apoyo terapéutico para padres, del cual ya se han mencionado las estrategias.

“ya me quería morir, y me acuerdo que como que ya no, ya no, o sea, que veía al mundo todo lento y como que, las cosas pasaban, pero yo seguía muy mal, o sea yo veía a la gente como contenta y decía “güey, por qué están contentos, si todo está de la chingada... agarré mi choche y me fui... y el plan... macabro era estamparme en... en la curva del Ángeles, en periférico, del Hospital Ángeles, ahí estamparme, pero dije no puta y si mato a alguien más y yo no me mato,... la doctora me dijo que me tenían que internar y le dije que no quería... me fui a mi casa, me dormí,... al día siguiente me levanté y me acuerdo que estaba en el cuarto de mi mamá y fui y caminé por las tijeras y me empecé a cortar, y fue, todavía ni siquiera lo hacía bien y mi mamá fue cuando me cachó”

La internaron en el hospital y ahí comenzó el verdadero tratamiento, se empezó a percatar de lo mal que estaba, de los errores que había cometido, de lo triste que se encontraba y de lo desamparada que estaba.

“...aquí supongo que me reconectaron los cables, ya no tenía tantas ganas de morirme, mínimo, ya era un poquito más,... ya estaba más despierta, porque en esos como tres días yo ya solo dormía,... pero aquí empecé a dejar de comer, muy cañón. O sea comía en la mañana, en la comida masticaba jicamas, algo de verdura y lo escupía, y en la noche igual, solo me comía el cereal, porque estaba súper estreñida y así me la viví, y ya salí, regrese a mi casa y en mi casa, igual tampoco comía, empecé a hacer ejercicio, y fue cuando ya aquí me dijeron que ya estaba muy, muy delgada, que me iban a encamar si no subía de peso, y ya subí de peso...”

Observó también que la responsabilidad de permanecer bien y sana era únicamente de ella, que nadie iba a estar al pendiente de que se curara, solo tenía que decidirse a hacerlo.

“... ya después cuando salí, pus si empecé a notar como una mejora, y... el tratamiento, la parte de que me iban a encamar me obligó a comer...”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“...realmente no había constancia...”*

Considera que cuando sus padres empezaron a acudir a las sesiones empezaron a haber cambios, reconoce que el medicamento le ayudó mucho para mejorar, pero fue notorio cuando sus padres empezaron a hacerse cargo, empezaron a evitar que los manipulara, su padre ya no la corregía a golpes, procuraba escucharla y le ofrecía opciones, sin quitarle la responsabilidad de su tratamiento, de comer bien y de tomar sus medicamentos.

“...este... ya es... ya si tiene consecuencias en serio... todas mis conductas antes no tenían consecuencias, digo a la psicóloga esta a la que iba, le valía madres, “no, solo tiene problemas emocionales” (parece imitar una voz),... y ya, y realmente no había constancia, no había grandes consecuencias para que yo cambiara... Sí, sí ahora ya hay consecuencia en la casa,... bueno en ese

entonces... vi que sí hubo muchas consecuencias como no solo las que me ponían mis papás, sino las que yo tuve...”

Pensar en el tiempo perdido, en la toma de decisiones equivocadas le permitió reflexionar pero, aparentemente, el que sus padres se interesaran en su bienestar y el comprobar que sí les importaba y que sí la querían, que estaban preocupados por ella, le hizo ver las cosas de manera distinta.

“mi mamá siempre me decía como... “no pus tienes una adicción” y “eres alcohólica y chupas mucho” y yo decía, no pus es que yo no, no tengo problema con el alcohol, ni con nada por el estilo, solo me gusta la fiesta ¿no?... entonces después de ese día que acabé tirada en el parque, fue cuando agarró y me dijo “o haces algo con tu manera de chupar o vas viendo a donde te vas a vivir...”

Sobre la recaída: *“...regresar a lo que conocía...”*

Considera la recaída como un regresar a un terreno conocido, reconoce que desde los diez años está al pendiente de su peso y preocupada por lo que puede o no comer y que eso la hace sentir en control y tranquila, lo demás es un terreno desconocido que no le permite sentirse bien, que no le da estructura.

“...regresar a lo que conocía, porque, o sea, desde los diez años que empecé con este rollo de la comida nunca supe... o sea pensé que era como la única forma que yo conocía, la única forma que me hacía como sentir bien, según yo... sentirme como que la enfermedad era mi... mi espacio seguro, lo único que yo conocía... y ya cuando me decían, que yo tenía que hacer cambios, que tenía que dejar de vomitar yo decía, no pero pus ahora qué voy a hacer con mi vida, o sea, tengo que salirme de la enfermedad que es como mi espacio seguro...”

Es como una forma de estar segura en el mundo, dejar de sentir las emociones o las situaciones que la pudieran confundir y que no sabía cómo manejar, el control del peso, de la comida, de la forma de alimentarse, significa para el caso B una forma de estar en el mundo, sin tener que sentir las emociones.

“Pus era digo número uno, pues me ayudaba a... a evitar todo mi rollo de inseguridad ¿no?... me ayudaba a ser un poco más extrovertida, a que más o menos me gustara mi cuerpo... no mucho, pero si un poquito más... sobre todo cuando empecé a subir de peso como ya en la última recaída que tuve, como ya subía de peso, yo decía que bueno que ya subí pero no quiero subir tanto, entonces ya decía, ya voy a vomitar para bajar de peso pero ya no es lo mismo ... ya no...”

También es una forma de evadir sus responsabilidades, no ir a la escuela, no forzarse a que la carrera que eligió le guste, es también la oportunidad de hacerse la víctima y conseguir un poco del afecto que cree que no tiene, o de la atención que le ha hecho

falta durante toda su vida. Incluso una forma de mostrar enojo hacia sus padres y agredirlos, y que ellos lo permitan porque ha vuelto a caer en la enfermedad. O una manera de no madurar y tener que tomar decisiones que comprometan su futuro, una forma de seguir dependiendo de sus padres.

“Para mí, pues no querer asumir... pus no querer asumir mi vida, no querer asumir responsabilidades de ya la gente medio grande, adulta,... sí, no querer ser responsable por nada, ni siquiera por mí eh?, ni siquiera, es que yo decía ni siquiera me puedo hacer responsable de lo que como,... algo tan sencillo como eso... y no puedo...”

Remisión sintomatológica: *“...yo sé que en su cabeza me agarraron a palos...”*

La remisión del síntoma la logra cuando sus padres se comprometen con el tratamiento, aceptan llevar a cabo lo que el médico tratante les indica y empiezan a poner límites y a hablar con la verdad, empiezan a perder el miedo a decir las cosas como son, a mostrarle a su hija la molestia que les ocasiona su conducta, y lo enojados que están con ella.

“Pus ya cuando mis papás se hartaron de mí, de mis borracheras, de vomitar, bueno de que les vomitara toda la casa, no solo por peda, sino también por bulímica, este... pues me corrieron de la casa, bueno no me corrieron, me querían correr de la casa”

Reconoce que las conductas de sus padres han cambiado, que ya no actúan de la misma manera, la última borrachera ya no hubo agresión, el padre se contuvo de pegarle o de lastimarla, ambos padres se pusieron de acuerdo en la forma en la que reaccionaron y le pusieron límites que le fueron muy claros y que le permitió reconocer sus errores, y saber que sus conductas inadecuadas tenían consecuencias y que podía perderlo todo si no hacía el cambio que el tratamiento le estaba exigiendo, pareciera ser que recaer hace que el padre se involucre más en el tratamiento y se solidarice con la madre apoyándola en la toma de decisiones.

“ya ese día ya nada más, bueno me vieron con una jeta, digo, yo sé que en su cabeza me agarraron a palos, pero ya no me pegaron y ya fue cuando me quitaron todo, coche, dinero, permisos, creo que hasta las llaves de mi casa, no tenía nada, ya no tenía dinero con que irme a emborracharme, ya no tenía cómo irme a emborracharme... y ya... y... pus le hablé a la mamá de una amiga que es doble AA y me llevó a doble AA, y ya...”

Epílogo: “...pus en el fondo yo tengo mentalidad como de niña de cinco años...”

El caso B habla de su mejoría y de lo bien que está siguiendo las indicaciones y haciendo caso al tratamiento, comenta que no pensaba que pudiera mejorar y reconocer en realidad donde se encontraba mal, se da cuenta de las dificultades que tenía para continuar con su vida y todo lo que se fue agregando al trastorno de alimentación que únicamente la mantenía como fuera de este mundo, que si bien es cierto no le gusta, ahora está más convencida de que si quiere seguir viviendo, reconoce perfectamente que está muy enojada con sus padres por tanto descuido, pero ha logrado ver su preocupación y apoyo para ayudarla a salir adelante y eso la alentado mucho. El dinero continúa siendo un problema y eso hace que ella tenga que trabajar para pagar parte de su universidad, y eso le enoja, pero también la hace reconocer que es algo que debe hacer por todo lo que desperdició antes, tiempo, dinero, recursos. Ahora es capaz de reconocer de qué es culpable y qué responsabilidad tiene en lo que sucedió, y también es capaz de reconocer el papel que cada uno de sus padres debe desempeñar, aunque le moleste.

“Orgullosa de mí, la verdad,... o sea creo que por lo menos, bueno yo, siento que fueron como muchas cosas que me ayudaron, como muchas disciplinas, el psiquiatra, el grupo, la terapia individual, el hecho de que mis papás me han apoyado, creo que también fue como un factor súper determinante, porque si mis papás, si a mis papás les hubiera valido pues a mí también me hubiera valido, y sobre todo porque... pus en el fondo yo tengo mentalidad como de niña de cinco años, ¿sabes?, ... entonces... al final... yo decía, no es que mis papás me valen madres ¿no? según yo... pero la verdad es que no... y al contrario me gusta que ... que les haya interesado el hecho de que yo estuviera enferma... o sea no sé, que se hayan tomado las molestias de informarse que era no solo la bulimia, sino el tlp y cosas así... porque si no... pues no sé... supongo que no me entenderían, pues ya no soy el bicho raro... ya saben a lo mejor porque soy el bicho raro, o cómo es que soy el bicho raro, pero no es como de ahh pues creo que está enferma, quién sabe que tiene, ni como es su enfermedad, pero no es así, si saben que tengo y como es y todas esas cosas, y eso por lo menos a mí me... tranquiliza... (silencio)”

También puede reconocer sus verdaderas dimensiones y saber que no puede ser como ella desea, sino que debe aceptarse como es y que es la mejor forma de estar bien con ella misma y con el mundo, aunque todavía cuando tiene algún problema emocional, que no puede resolver tan fácilmente todavía recurre al espacio seguro que el trastorno de alimentación le proporciona, como para agarrar energía para continuar.

“...digo porque yo sé que ahorita no soy una varita de nardo, pero... me gusta porque como,... porque ya no tengo hambre, ya no me duele la cabeza porque,.. puedo comer lo que, digo... no todo lo que quiera, pero ya no vivo como restringiendo cosas, esa es la parte, la verdad esa es una parte padre... volver a disfrutar de la comida, porque antes, pus sí la sufres... pero... sí me da miedo volver a enfermarme, porque ya vi lo que es estar bien, y... pus estar bien, está padre...”

El caso B ha vuelto después de dos años de ausencia buscando ayuda porque ha reconocido su incapacidad emocional para contender con las situaciones normales de la vida, reconoce que es incapaz de mantener una pareja por tiempo suficiente y además sus padres han vuelto a lo mismo, pero ahora peor, porque ya sabe que con la enfermedad les llama la atención un rato pero luego se vuelven a ir, y ahora ya sabe que no tiene ni la esperanza de que al enfermarse, logre que sus padres la miren y la amen para siempre.

6.2.3. Madre del Caso B (MFO5F02)

Estructura diacrónica del relato: *“...era ella muy sensible...”*

La madre comenta que su hija desde pequeña, era muy perceptiva a los ruidos, a la gente, lloraba constantemente porque no se adaptaba fácilmente a los espacios, explica que le costaba mucho trabajo entender lo que necesitaba, reconociendo que le fue muy difícil darle el afecto, que ahora sabe le hacía falta.

“...yo jamás... concienticé que era como que un problema mayor, yo lo achacaba a que bueno, pues que era ella muy sensible... desde bebé, cuando la llevábamos a lugares por ejemplo... que había mucha gente, era un llanto, pero que no la podíamos detener... las llevamos a ella y a su hermana al circo a que fueran a un espectáculo supuestamente para niños, se puso mal, o sea un llanto, y un llanto, y un llanto”

Durante la infancia de su hija, siempre tuvo que estar al pendiente, pues ella hacía cosas muy arriesgadas, desde edades muy tempranas notó su conducta impulsiva, de tal manera que desde siempre se le hizo muy difícil cuidarla. Y pareciera que de la misma manera tuvo muchos problemas para educarla.

“...siempre fue muy arriesgada, muy aventada, y decíamos bueno esta niña... iba a ser niño y se regresó y fue niña, porque, si íbamos a la playa y tenía cuatro años ella quería subirse al paracaídas, a la banana, a los juegos muy arriesgados... siempre fue como muy arriesgada, no media como los peligros”

La madre refiere que siempre observó la actitud extremista de su hija y su estilo tan especial hacía todo lo que pasaba, considera que nunca estuvo a la altura de las necesidades de ella, piensa que no pudo reconocer las señales que su hija le enviaba y eso la hace sentir muy culpable.

“...ya desde entonces tendría yo que... bueno de haber sabido, de haber tenido conciencia, de tantas cosas, esas señales de que era una niña muy especial... el hecho de que yo como madre, yo siento que definitivamente no estuve a la altura de haberle dado todo aquello que ella me demandaba”

La madre del caso B ha estado reflexionando sobre las necesidades afectivas de su hija y piensa que el que ella hubiera trabajado durante la infancia de sus hijas tuvo mucho que ver con el desarrollo del padecimiento, reconoce sentirse culpable porque descuidó a sus hijas.

“...yo siento pues que no la debí haber dejado, que no la debí haber dejado, que era una niña que “requería mucha atención, mucho apapacho, mucho amor, y que yo no le di en su momento... y... que no supe crear como madre un vínculo..., ese vínculo tan importante, que ella me requería”

Epifanía: *“...muy, difícil, muy dolorosa...”*

La madre del caso B reconoce como punto de quiebre, el momento en que reconoció que la enfermedad de su hija era una situación grave que la iba a estigmatizar, es decir no fue importante verle los laxantes, saber que tenía conductas de vómito, uso excesivo de alcohol, que estuviera fallando en sus estudios, que se sintiera sola, que hubiera agresiones en casa, en su vida cotidiana, lo importante era que estuviera hospitalizada en una institución psiquiátrica.

“...con esta experiencia para nosotros como familia, pues fue muy dura, muy, muy, difícil, muy dolorosa, hay mucho estigma con, pus con todas las personas, no a todas las personas les puedes hablar y decir que tienes un hijo con trastorno mental, es muy duro eso,... son pocas las personas que te entienden, que te escuchan, de la misma familia inclusive, pues no,... solo con una hermana lo he comentado y pocas personas allegadas, muy pocas, no, ehh, hemos pasado por muchas etapas desde la negación, la tristeza, la rabia, la impotencia, la culpabilidad”

Inicio del padecimiento: *“... yo me di cuenta de una manera fortuita...”*

Expone que en realidad, no se dio cuenta de cómo empezó todo, en su discurso se percibe que pasaron muchos años a partir de la primera manifestación del trastorno de alimentación al momento en que buscaron el tratamiento adecuado y en el proceso se le fueron pegando más síntomas, cada vez más complejos, a la restricción dietética

el uso de laxantes, después los vómitos, el cigarro, el alcohol, posteriormente el consumo de cannabis, las dificultades escolares, las malas relaciones en casa, el ignorar totalmente su conducta y sus necesidades, no pensar en que le hacía falta a su hija o porque actuaba de esa manera, se fue sumando al cuidado negligente de ambos padres.

“... yo me di cuenta, siento que..., no desde mi punto de vista, no muy a tiempo, porque esto fue,... yo me di cuenta de una manera fortuita, cuando... hace aproximadamente eh, cinco años cuando ella estaba todavía en secundaria, un día encontré... en sus cosas una caja de unas pastillas ...eran unas pastillas laxantes y vi que todas ya estaban, o sea, estaba vacío el paquete ya... como que me empezó a llamar la atención y empecé medio a investigar y la confronté directamente...”

La madre del caso B comenta que al enviarla a tratamiento con una psicóloga era más que suficiente y reconoce que se desentendió de la evolución de la enfermedad, cinco años después la conducta de su hija se había salido totalmente de control y ella como madre, no se había percatado de nada.

“...realmente en ese momento no... no... no sé si no acepté ... o no quise más bien aceptar el que ya había un problema, ehh... si no que... si, la veía yo que ya empezaba con episodios depresivos, o sea que se sentía mal, muy triste, que no se sentía bien, y empezó a ir a una psicóloga, se sentía bien cada vez que iba con la psicóloga, pero yo no me daba cuenta que ella ya estaba vomitando, de eso me di cuenta, desde que encontré las pastillas laxantes, a que me enteré que ella vomitaba han de a ver pasado como unos dos años..... ahora que lo veo no veía yo la dimensión tan grande que era ese problema, o sea no veía yo más allá, ahora que comprendo todo el cuadro... esa sensibilidad tan a flor de piel, que ahora sé de lo que se trata su trastorno,... y claro pues lo tomamos como que ella era así”

Paliativos para dejar de comer: *“...no quería probar alimento y si probaba vomitaba...”*

La madre no observó en ningún momento alguna conducta de alimentación alterada, parece que el trastorno de alimentación ha sido irrelevante para ella, ya que es su discurso lo minimiza y lo toma con poca importancia, solo como una parte del trastorno de personalidad. Únicamente habla sobre su conducta alimentaria en el momento que estuvo hospitalizada.

“...empezó a vomitar, bajo como ocho kilos, no quería probar alimento y si probaba, vomitaba éste y la dieron de alta...”

Buscar ayuda: “...ya sabíamos, según yo, que había tenido...”

En realidad, la madre del caso B no se percató de la magnitud del trastorno de alimentación hasta que éste llegó al punto que se le salió de control a su hija y la llevó a una severa depresión y un aparatoso intento de suicidio.

“...ya sabíamos, según yo, que había tenido, y pensaba pues que ya no lo iba a tener, este el episodio de bulimia de haber estado vomitando,... pero según yo, con las visitas a la psicóloga estaba controlado,... según yo, pues lo de la bulimia ya no estaba presente... así de estar como muy deprimida, pero yo no le di la mayor importancia... cuando salí yo de bañarme se estaba cortando el brazo con unas tijeras... ¿porque estás haciendo esto?, me dice “mamá es que quiero sentir algo, no siento nada”,... menos entendía yo que pasaba, venimos aquí a urgencias”

La madre del caso B comenta muy despreocupadamente todos los problemas que ha presentado su hija, habla sobre el alcoholismo y acepta que vaya a su grupo de AA y ella acuda al grupo de ALANON.

“...el próximo lunes va a celebrar su primer aniversario, cumple un año ya en alcohólicos anónimos, y créeme que como madre de una hija alcohólica..., tengo que aceptarlo para poder enfrentarlo.”

Al igual, habla con toda tranquilidad sobre el trastorno de personalidad que fue detectado en su hija, dentro del cual se toma como parte de la sintomatología la anorexia nervosa e incluso menciona que su marido y ella han desarrollado un blog en internet donde hablan del trastorno de personalidad, pero sobre el trastorno de alimentación menciona muy poco, da la impresión de querer negar su existencia, sin atender abiertamente las conductas purgativas, la restricción de alimento, o el grado de desnutrición al que ha llegado. Minimizado las dificultades que tiene su hija para comer y tiene más peso para ella la situación de la depresión que propiamente el tratamiento para el trastorno de alimentación.

“...en ese momento yo todavía estaba como todavía en shock, no entendía ¿cómo vinimos a dar a esto?, ¿que tenía?, ¿porque estaba así?, ¿de dónde salió este trastorno de repente?, y bueno finalmente a la seis semanas la dieron ya de alta y el diagnóstico fue trastorno límite de personalidad, y en el que una de las manifestaciones es la bulimia o anorexia nervosa”

El tratamiento

La madre del caso B empezó a saber que su hija necesitaba un tratamiento más adecuado para el trastorno de la alimentación después de cinco intentos fallidos de tratamiento, y después de cinco años de mayor deterioro, que se notó fuertemente en

la evolución de su hija. La madre comenta que pensó que desde el primer intento con una psicóloga el trastorno de alimentación había remitido y era caso cerrado.

“...empecé a entender que todas esas manifestaciones anteriores de depresión y de bulimia no eran más que ya las manifestaciones de ese trastorno, ahora sabemos que no tienen por qué tener una mala calidad de vida...”

El peregrinaje en busca de un tratamiento más adecuado fue otra dificultad con la que se encontraron en el camino y se hizo necesario acudir al ambiente hospitalario para entender el padecimiento de su hija.

“...se empezaba a manifestar, en ese momento la mandaron a medicina interna, al área de nutrición y al área de psiquiatría, todo ahí mismo en el hospital, estuvo como seis meses, menos de un año en... pues en observación en tratamiento y todo, y tenía digamos, que sus altas y sus bajas y seguía con su psicóloga por fuera, de todas maneras...”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“...no agobiarlos, no sobreprotegerlos”*

A partir de la hospitalización, la madre se involucró más en la vida de su hija, reconoce que empezó a estar más pendiente de ella, empieza a tomar cursos psicoeducativos en la institución, con la finalidad de aprender a entender que le estaba pasando a su hija, cambia sus pensamientos de culpa por la responsabilidad y empieza a comprender la necesidad de afecto tan grande que tiene su hija, además de toda la falta de protección y cuidado que ella debió de haberle proporcionado.

“...hay muchas posibilidades de ayudarlos de apoyarnos, de cómo familiares involucrarnos con ellos hasta el punto que nos corresponda, no quitarles responsabilidades, no agobiarlos, no sobreprotegerlos”

Reconoce también que en su casa el ambiente familiar siempre fue muy difícil, hubo agresiones verbales, físicas, negligencia e irresponsabilidad en el cuidado de su hija, y refiere que lo que está pasando no es otra cosa que el resultado de no haber sido una buena madre.

“...he estado yo... aprendiendo a que esa culpabilidad a nadie le beneficia, reconocer la responsabilidad que hemos tenido, pero trabajar en este momento con lo que tenemos para que ella salga adelante, o sea la fortaleza que debemos tener como familia es muy importante.”

Observa su incapacidad para cuidar de sus dos hijas, trabajó durante su infancia y cuando iniciaron la adolescencia dejó de trabajar, en esta parte también se vio su ineptitud emocional para leer las necesidades de sus hijas, porque cuando más la

necesitaron ella estuvo ausente, y cuando ya no era tan necesaria dejó de trabajar, pero el daño ya estaba hecho, sus hijas ya estaban estructuradas en su carácter, la abuela se había encargado de ello.

“...ese vínculo tan importante, que ella me requería y que debe existir entre madre e hija,... madre a hijo... y bueno es algo que obviamente para mi ahora es muy difícil manejarlo, (llanto), reconocerlo, porque reconozco mi responsabilidad, eh... mucho tiempo ha sido culpa, ahora le puedo decir, responsabilidad, (se le anegan los ojos de llanto, pero puede seguir hablando, lo está conteniendo)..., (silencio), ... pero si es algo muy difícil para mí,... muy doloroso porque... pienso que yo pude haber hecho muchas cosas para que B no llegara a esto... (llora)”

Ahora observa que toda esa ausencia no brindó frutos, nos trabajó el tiempo suficiente para obtener una pensión y no perder los años que trabajó y ahora depende totalmente del su marido, a quien jamás pudo reclamar los malos tratos y los golpes por temor a las represalias y a perder el único aporte económico que tenía. Como si hubiera actuado siempre en mal momento, mostrando un gran sentimiento de incapacidad.

“...claro el hubiera no existe, ahora... ahora yo estoy viviendo para estar a la altura de lo que ella necesite, sí... estoy tratando de hacer muchas cosas, para que ella esté bien, mira, ella no nada más tiene su trastorno, ella también es alcohólica.”

Sobre la recaída: *“...nos hemos tratado de involucrar al cien por ciento...”*

A partir de la recaída, la madre del caso B observa que no había seguido las indicaciones como los médicos se lo habían pedido, reconoce que siguieron haciendo lo mismo y que continuaron ignorando las conductas de su hija, refiere que hubo un momento en que se hizo necesario hasta amenazarla para que se hiciera consciente de lo que debía hacer y también observó que empezaba a ser necesario que tanto ella como su marido se pusieran de acuerdo y pelearan menos.

“Estar más tiempo con ella, darle más atención, más amor, porque ella lo requería, ella lo requería, ese sentimiento de abandono, que manejan en este trastorno, imagínate, si genéticamente ella ya traía una predisposición... que seguramente lo hay, como en otras enfermedades, digo, simplemente como padres, no nada más yo, contribuimos a que esto se acentuara..., a que ese requerimiento que ella traía ya de afecto, de amor de atención, finalmente no lo cubrimos en el momento en que lo teníamos que haber cubierto, yo siento que sí pude haber hecho mucho más, a partir de que se vino la crisis que en pues... tanto mi esposo como yo pues nos hemos tratado de involucrar al cien por ciento, en la enfermedad de nuestra hija, en lo que nos toca... no quitarle sus responsabilidades...”

Se da cuenta de que sobreprotegerla es más parte del problema que de la solución, ya que reconoce que le hizo daño, pareciera haber una incapacidad para observar su ambivalencia, ya que por otro lado, ella sabe que fue negligente en cuidarla a lo largo de su desarrollo.

“...en lo que hemos aprendido aquí eso, también, no estándola sobreprotegiéndola, porque eso es dañino, también para ella, sino informándonos, sabiendo, cuál es la manera más sana de apoyarla.”

Aparentemente, para esta madre el estar hurgando entre las cosas de las hijas es estar atenta y cuidarlas, a manera de ejemplo; cuando encontró el paquete de laxantes vacío, solo confronta a su hija al respecto, incluso la agreden ella y el padre, le buscan una psicóloga cerca de casa y se desentienden del problema, de esa forma piensa que ya hizo algo para ayudar a su hija, en la realidad esta conducta no sirve para solucionar el verdadero problema ya que existe una real falta de capacidad para estar al pendiente de las necesidades emocionales de sus hijas y de que el tratamiento se lleve a cabo.

“...me llamó la atención pues porque se supone que no... ella no manejaba ningún medicamento, entonces al ver eso... para mí eso fue así como un foco ya, ni amarillo, rojo.”

Reconoce que a partir de que se enteró del uso de laxantes había “un foco rojo”, sin embargo, no tomó las medidas necesarias hasta después de dos años, cuando la llevó al hospital y su médico familiar se percató del padecimiento, la madre reconoce que ella no se había dado cuenta ni de la enfermedad ni de de la magnitud de la misma.

“...fue ella la que logró hablar con ella de manera que si, que aceptara que estaba provocándose vómito, hasta ese momento fue entonces que yo empecé a concientizar que había algo más que una depresión que se estaba manifestando esto”

Remisión sintomatológica: *“...involucrándonos en cuanto a su trastorno...”*

La madre observa que su hija ha mejorado notablemente a partir de que ella y su marido se involucraron más en el tratamiento y el cuidado de su hija. Sin embargo, no es capaz de observar que estar al pendiente de ella y de lo que le pasa, darle más amor, dejar de ser agresivos y realizar más adecuadamente la función de padres ha mejorado la conducta de su hija, ya que la madre pensaba que bastaba con el tratamiento para lograr una evolución favorable.

“...con el apoyo que ha tenido aquí de su grupo, de la psicoterapia que ha llevado aquí contigo y su grupo de alcohólicos anónimos, es algo..., es justo lo que ella necesita, es algo que la ha mantenido bien, estable, la veo contenta, es funcional, es brillante, lleva promedio de nueve cinco en la universidad en su segundo semestre.”

A pesar de los cambios observados en su hija a partir del momento que empezaron a cuidar de ella, pareciera que los padres tenían que buscar una esparcimiento, algo que los mantuviera ocupados y los distrajera de nuevo de su labor de padres, y una vez que observaron que su hija salía adelante, construyeron una página de internet para informar a la gente lo mal que la han pasado con el problema de su hija, deslindándose de nuevo de su responsabilidad.

“Yo siento que una manera de apoyarla... que varias maneras de apoyarla una es ésta, es estar yo en ese grupo de ALANON, porque me dan muchas herramientas para entenderla y apoyarla, entenderla como una persona alcohólica, que es una enfermedad y también involucrándonos en cuanto a su trastorno, inclusive mi esposo y yo ya tenemos un blog, en el que hablamos de la enfermedad de mi hija y que está a disposición de cualquier persona que lo quiera ver. Le pusimos así: “Trastorno límite de personalidad de mi hija”... está en internet y pues hemos recibido comentarios, hay personas a las que les han servido los artículos o comentarios que..., bueno nos hemos apoyado en cosas de algunos artículos, pero también en nuestro testimonio, que a alguien le pueda servir en un momento dado, si... eso es lo que estamos haciendo.”

Epílogo

La madre del caso B habla mucho pero nos aporta muy poco, pareciera que ella piensa que es la que ha sufrido más con el padecimiento de su hija, que ella la ha pasado más mal que todos y muchas veces se sintió en “shock”, pero se recuperaba, buscaba ayudar a su hija hasta que ésta se encontraba en el límite de la pérdida de control, cuando realmente observaba que su hija ya había “tocado fondo”. Sin embargo, da la idea de que la ayudaba a salir, la encarrilaba un poco y la volvía a soltar, de tal forma que las cosas siguieran de la misma manera, como si no pudiera completar la ayuda.

Desde la perspectiva de la madre, su hija es brillante y puede salir sola, pero, a pesar de que se da cuenta de toda la falta de afecto que su hija muestra a gritos, no hace nada para cambiar de conducta, hace como que está muy preocupada pero tarde o temprano detiene sus esfuerzos y la vuelve a dejar sola. La última vez que supe de la madre fue a través de una llamada telefónica donde preguntaba cuál era la razón por la cual su hija había vuelto a la institución si iba tan bien...

6.2.4. Padre del Caso B (PF06F02)

Estructura diacrónica del relato: “...mi forma de ser así... esté... impulsiva...”

El padre del caso B, comenta episodios de la infancia de sus hijas muy parecidos a los que la madre refiere; sin embargo, él si nombra a su otra hija y menciona cómo han sido las relaciones familiares más explícitamente.

“...empezamos a salir y después nos casamos y después este... bueno... al año tuvimos a nuestra primera hija... este y a los tres años a B y... ya no..., decidimos que nada más esas dos hijas íbamos a tener... este... digamos... fue... fue una época... pues yo no diría... yo ahora lo veo así, hacía atrás, yo no diría... yo no diría... que fue... difícil, sino... que fue muy este... con mucho reto ¿no?... porque este... pues los dos trabajamos... estee... estee... había mucha... mucha tensión... entonces a veces las dejábamos con las sirvientas..., y a veces con las muchachas que nos ayudaban... y pues las experiencias para las personas... pues son a veces muy negativas ¿no?...”

Habla de los conflictos entre él y su esposa y los problemas entre ella y la hija mayor, sobre las discusiones que sobrevenían cuando estaban los cuatro juntos, y como el caso B era ignorada totalmente porque la hija mayor era la fuente de sus mayores preocupaciones, reconoce que su actitud impulsiva y agresiva nunca ayudó a que su vida familiar fuera mejor.

Había mucho conflicto, con nosotros..... incluso... hubo alguna época en la que ella... pensó que yo le era infiel... de su... pero yo lo veía como una parte de su... de su... que obviamente... no era el caso... no era el caso... no era el caso... yo lo veía como, como... como parte de su inseguridad... que ella estaba sufriendo, por lo que ella estaba pasando, y... pus, había muchos conflictos en la familia,.... Este... peleábamos mucho... la relación también... también mi... mi forma de ser así... esté... impulsiva, también yo era muy impulsivo, tengo la, (sonríe, como justificando), ja, tengo la cosa que... no es... es un... no es que yo lo quiero hacer..., o sea... yo tengo la voz así muy fuerte... normalmente, entonces... pues así... pus... esos exabruptos pues eran de mucha tensión ¿no?... y este... pues ellas, lo empezaron a notar... y este... eh..., sobre todo B, que nunca nos dimos realmente cuenta... no... no... no, no por... fue una mezcla de mala educación,... educación digamos de... de... no saber cómo manejar el problema, o... o... detectar adecuadamente las señales, a eso me refiero, con educación...y... que digamos que los conflictos familiares estaban afectando la hipersensibilidad de B... que le había afectado mucho, entonces este... esa fue la cosa... pues uno dice porque al otro hijo no... bueno el... la otra hija también ya estaba en terapias, y no le afectó tanto, ya que los hijos son diferente de hecho cuando salíamos a comer me daba pena, nos peleamos y discutíamos a mi me daba pena, más discutía entre mi primera hija y su mamá”

Comenta también sobre sus ideas acerca de lo que es una familia y el rol que juega cada uno en la situación familiar, lo que esperaba que hiciera su mujer, como mujer y lo que esperaba que pasara alrededor de él, pretendiendo tener todo controlado.

“había mucha... mucha tensión en la familia... por el trabajo... porque los dos trabajábamos... este... eh... mis hijas, pues... este fueron de guardería... este... y siempre, estuvimos... este... batallando no... que nadie las atendía... que quien las atendía ¿no?... el problema que yo veía, o sea mi... esposa, o sea,... como que a ella realmente le costó mucho dejar de trabajar... fue una cosa que le afectó mucho... emocionalmente... dejo de trabajar, precisamente porque... mis hijas estaban entrando en la adolescencia y pues... bueno AC estaba entrando en la adolescencia tendría 13 años, 12, años...”

Comenta que nunca interfirió en las decisiones de su esposa, pero en realidad, nunca se percató de cuánto influyó su carácter y su forma de ver la vida, y hasta su forma de exigir que las cosas se hicieran como él quería.

“...fue una época así difícil ¿no?... entonces, mi esposa, finalmente... yo nunca le dije... ni una, ni otra, no, ni que dejara de trabajar... ni que no trabajara... porqueee... pues era una presión por los dos lados ¿no?, porque si le decía yo que trabajara pues era como estarla obligando... entonces... pero tampoco lo podía decir que no trabajara, porque yo siento que a ella le era muy importante... ella se sentía que... se sentí muy útil ¿no?... trabajando... o sea, por su profesión y todo esto no... o sea que era muy difícil para ella... pus yo nunca me atreví... a decirle... y realmente... yo creo que fue una decisión correcta...”

Reconoce que tuvo actitudes que no se perdona, que seguramente afectaron la vida de sus hijas y más al caso B, aunque reconoce que su otra hija también tiene problemas; sin embargo, su capacidad de autoobservación no le permite darle la importancia a la vida emocional y como se vio afectada su familia por su impulsividad y agresividad mal encausada.

“... fue muy difícil para ella, porque pues... de... dejar de trabajar, dedicarse al hogar, atender a sus hijas, pues es... es... fue muy difícil, yo creo que si le afectó a ella... fue algo... ehh... yo tampoco, a ella... ahí tampoco... a lo mejor yo no supe manejar eso... yo tamb... vi que ella necesitaba ayuda. Ella por su cuenta de hecho tomó ayuda, fue una... época muy difícil en nuestra relación...”

Explica también la preocupación que tuvieron ambos padres con respecto a la comida y los alimentos, como el temor de que sus hijas desarrollaran sobrepeso y obesidad en el caso de la familia paterna y el exceso de preocupación por el peso y la figura en la madre parecieron ser detonantes del trastorno de alimentación de su hija.

“...hubo un tiempo en el que tanto mi esposa como yo estábamos muy preocupados por su peso, y tuvieron una dieta muy rígida,... vegetariana, y mi esposa le cuidaba mucho lo que comían, y considero que fue muy... muy rígida y

pues yo no me metía, pero sí era muy rígido, pero yo también contribuí, porque en mi familia teníamos problemas de obesidad y de diabetes y yo también les advertía mucho todo el tiempo”

Sin embargo, parece que el trastorno límite de la personalidad, diagnosticado en su hija, le diera prestigio, no la estigmatiza y por ello hace un blog en internet, pero menciona muy poco el trastorno de alimentación, la hospitalización y el alcoholismo con el que también cursa su hija.

“...la doctora dijo vamos a tratar de que no se le interne, es importante evitar que no le interne ahorita, pues porque luego quedan estigmatizados y entonces... pues este... cosas de esas no, que se dan... en una parte social... entonces este... pues ya iba, ya estaba muy mal y después trato de autolesionarse, no... pues ya estaba... ya iba muy mal... y se cortó y pues obviamente fuimos al hospital... entonces obviamente, mi esposa estaba mucho más enterada de todo lo que pasaba... que yo... y yo reconozco mi negligencia y mi negligencia conduce a una gran ignorancia,... y (ríe)... , tenemos una página web, relacionado con eso, de nuestras experiencias, hacemos un relato de cómo ha sido, y cosas así.”

Epifanía: *“...hay hostilidad en la casa, hacia ella...”*

Reconoce como punto cumbre, el evento que les cambió la vida, fue cuando su hija sale del hospital después de la “crisis” ya que hasta ese momento se percató de la magnitud del padecimiento de su hija, de la forma en la que se había perdido el control, ya no pudo hacer como si no estuviera pasando nada.

“...empezamos a involucrarnos más... con él. Entonces lo que pasó fue que nos tuvimos que involucrar mucho, obviamente... que es lo que pasa... B, sale del hospital y pues ya... y ... la reacción natural, la angustia, la ignorancia, que todavía no sabíamos... cómo manejar el problema...o sea no sabemos realmente como manejar el problema todavía, no sabemos...pus está ahí,... llega a la casa... y hay un ambiente de mucha tensión, de ver que es lo que pasa... viendo que es lo que está haciendo ella, obviamente es una actitud de hostigamiento, hostil, hay hostilidad en la casa, hacia ella, hay hostilidad, porque pues porque estamos sobre ella viendo qué es lo que pasa... qué es que hace...que estamos sobre de ella... es el ambiente hostil que hay en casa, ya no un ambiente de conflicto perse, ya no de conflicto entre nosotros, sino de hostigamiento hacia ella, de conflicto porque se siente hostigada...”

Inicio del padecimiento: *“...realmente, yo no la vi realmente muy... muy grave”*

Para el padre del caso B, el padecimiento comenzó cuando su hija tuvo que ir a tratamientos psicológicos y psiquiátricos; sin embargo, también menciona que la madre acudía también a tratamiento a la misma institución, por lo que no se hizo cargo de buscar la ayuda pertinente para el caso de su hija, con que él proporcionara los medios para el tratamiento era más que suficiente.

“...mi esposa, a ella fue... a la que se le ocurrió llevarla... por eso digo yo... fue un parte ignorante, también de mi parte y hasta cierto punto negligente... porque yo no le daba la suficiente atención, son cosas de jóvenes, pero se fue desencadenando ¿no?, poco a poco, o sea empezó a tomar y no nos dábamos cuenta porque se iba a las fiestas no nos dábamos cuenta... de alguna manera ... este..., escondía que había tomado, porque fumaba, ya fumaba en ese entonces y escondía, no nos dábamos cuenta, ¿tomaste?, si, nada más me tomó una....”

Una vez que inició el trastorno y su hija tuvo que ser hospitalizada y se le pidió ayuda, y se negó a darla, su esposa y el caso B salieron de las necesidades y fue necesario que ambas buscaran alternativas para lograr la mejoría. La madre ha asumido la responsabilidad completa de sacar adelante a su hija.

“...realmente, yo no la vi realmente muy... muy grave, ya totalmente, de alguna manera, fuimos tolerantes y negligentes, digo ¿no?, este... yiii en una ocasión... si fue una cosa muy grave... y yo me salí del control y eso ¿no?... nunca se me va a olvidar... nunca, nunca, nunca,... fue la primera vez que yo la vi muy tomada... y entonces pues yo si me moleste mucho y pues si la... sí le pegué... le pegué... y ella la actitud fue pues pégame, pégame... ¿no?... fue una cosa difícil ¿no?... este... y de ahí pues obviamente las terapias se volvieron más este... más frecuentes... este ehh... y nosotros también empezamos a ir a las terapias, ... pero yo lo que veía en las terapias, yo no le veía mucho, ...ahhh... eran temporales,... pus yo le digo terapias light, a las que luego uno va y ... yo... no lo veo... yo no lo veo... digo, pus es su trabajo, ¿no?... pero ... pus yo no le veía mucho... que nos ayudaran realmente... no. ella hablaba con su mamá y su mamá, ella no me decía a mí, se siente esto, y yo no notaba nada.”

Paliativos para dejar de comer

El padre observa, únicamente que sus hijas fueron llevadas a tratamiento para mejorar su alimentación desde muy pequeñas, por los temores de ambos, como ya fue mencionado, por lo que aparentemente se naturalizó el cuidarse en la forma de comer, de tal manera que nada le pareció como señal de alarma, incluso parecía funcionar como el corrector de las malas conductas de sus hijas a través de infringirles golpes y ser agresivo con ellas, incluso con su esposa, dando rienda suelta a todos sus impulsos agresivos, que a la larga, le provocaron culpa y terminaron por extinguirse.

“...una vez que la fuimos a recoger de una fiesta con los amigos de la escuela, este... ella misma le decía “mamá... este... te quiero decir algo”, y mi esposa se angustió y se fue con ella al asiento de atrás de la camioneta y ya este... le dijo, no ya ahorita llegamos allá a la casa y ya vemos qué onda a ver... qué hacemos. Llegamos a la casa y entonces le dieron su antidepresivo, o algo así su calmante... y se tranquilizó, y obviamente la cosa pues no iba bien, pero por otro lado, qué bueno que se dio, ¿no?... porque solamente así nos pudimos dar

cuenta del problema que teníamos... porque no nos dábamos cuenta,... o sea, íi sabíamos que teníamos algo, pero no sabíamos qué era lo que pasaba.”

Buscar ayuda: *“...obviamente, yo no sabía qué es lo que le pasaba...”*

Pareciera que el buscar ayuda para el padre nunca fue prioritario, la madre se hacía cargo, ella sabía con quién ir y él podía pasar por la vida familiar sin enterarse de nada y sin involucrarse en el tratamiento o en las necesidades cotidianas.

“...me habló “papá, quiero hablar contigo”... y me habló y estaba llorando... y entonces pues yo veía que ella se quería acercar a mí y yo la estuve consolando, pero obviamente yo no sabía qué es lo que le pasaba a mi hija...”

El tratamiento: *“...ya cuando se presentó el problema realmente en serio...”*

Para el padre, el tratamiento no tuvo mayor relevancia. Él no estaba pendiente de ello y se mantuvo totalmente periférico. Solo era necesario proporcionar los insumos necesarios para que su mujer y su hija lo llevaran a cabo.

“...como a los dos... o al fin de semana... fue cuando se presentó la crisis, se quiso... cortar y de hecho... la doctora, a ese día, o al día siguiente, no sé, la doctora la vio, y habló con mi esposa,... porque fue mi esposa,... que la acompañó, fue la que la llevó al consultorio..... porque si no quien sabe que hubiéramos hecho. Mi esposa estaba viniendo y ahí fue donde conoció a la doctora, pero ya cuando se presentó el problema realmente en serio... y digo, si es grave, ... si es realmente serio, pero pus yo la vi también como una oportunidad para mejorar nuestra vida ¿no?... pues que nos abrió los ojos, la hospitalización, que nos pudimos dar cuenta de que algo realmente no estaba funcionando, que algo no estaba bien... que algo no estaba bien...”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“...estamos en un proceso de educación y de terapia...”*

Cuando la madre ya no pudo contener más la situación de su hija, sin la intervención del padre, fue cuando su hija fue dada de alta del hospital y el ambiente en casa empezó a enrarecerse, a perder el equilibrio; el padre ya no pudo seguir manteniéndose al margen, fue en ese momento en que se tuvo que enterar más sobre lo que pasaba con su hija y cómo tratarla. Y no fue hasta la recaída que el padre se hizo presente en el tratamiento de su hija.

“...sabemos que lo tiene, pero estamos en el proceso de educación... estamos aprendiendo apenas,... no sabemos qué es lo que está pasando, no sabemos manejarlo realmente...entonces estamos en un proceso de educación y de terapia... porque esto es una cosa combinada... entonces este... ehh, pues obviamente nosotros tenemos que entrar a terapia, mi esposa y yo... si... este... aquí venimos a los cursos con ustedes y vamos a terapia de pareja con otro doctor...”

Sobre la recaída: *“... ahora salimos a comer y ya casi no discutimos.”*

Cuando su hija bajó de peso más notoriamente y empezó a llegar más tomada a casa y dejó de cumplir con sus responsabilidades, como regresar a la escuela o hacer algo productivo de su vida, una vez que fue egresada del hospital, y que el padre ya no pudo más con la situación, aceptó acudir a la institución y a las pláticas de apoyo para padres con la finalidad de cooperar más con la madre para ayudarla en el cuidado de su hija, ya que consideró que la madre no estaba pudiendo sola y no podía controlar la situación. De tal forma que empezó a acudir al grupo de apoyo para informarse y entender un poco más lo que estaba pasando, cambió su actitud, fue el mejor momento de la remisión del trastorno de alimentación de su hija, y cuando mejor apego tuvo.

“...yo creo que eso nos ayudó mucho, empezamos a documentarnos, a leer, el ambiente familiar empezó a mejorar, todavía hay conflictos pero ya mejoró... ahora salimos a comer y ya casi no discutimos, ahora estamos más tranquilos, es algo que a mí me gusta, ya casi no discutimos. Con las cosas que hacemos estoy más satisfecho,”

Remisión sintomatológica: *“...si uno realmente quiere salir del problema uno debe involucrarse...”*

El padre reconoce que hacía falta que se informara más sobre la forma en la que podía ayudar a su hija y que era necesario estar presente para cooperar con su mejoría. A pesar de ello, refiere que le costó mucho trabajo hacer los cambios necesarios para que su hija se mantuviera bien, logró mejorar la relación familiar y controlar su conducta y notó que su hija mejoraba a pasos agigantados, la apoyó para que retomara sus estudios y siguiera adelante, apoyó a la madre en los límites que ella ponía, a pesar de no estar de acuerdo, y ambos empezaron a actuar en conjunto, por lo que el resultado fue la mejoría de su hija y una mejor armonía familiar.

“...con el cambio que hemos logrado, porque veo un avance, yo no digo que el problema esté solucionado, uno debe involucrarse, si uno realmente quiere salir del problema uno debe involucrarse, educarse, como aprender a caminar, no sabes cómo caminar en una situación de conflicto, cómo vas a resolverla, y si quieres seguir viviendo así entonces hasta aquí llegamos, porque si no, entonces qué hacemos, los conflictos ya no... si queremos seguir juntos hay que enfrentarse a esa realidad, no...pus yo... como le digo a mi hija, si la solución está en que tu mamá y yo nos tengamos que separar, pues nos separamos y ya... pero lo que yo quiero es que esto se arregle.”

Epílogo: “...evitar la negligencia, y atender más...”

El padre del caso B dejó de asistir a las pláticas de apoyo para padres por motivos de salud, y toda la mejoría que se empezó a observar disminuyó, se le fue olvidando cooperar y cuidar de sus hija y de su mujer, se volvió a aislar con sus intereses, dejó de hacer cambios, pero también regresó a las conductas anteriores, escatimar con el dinero, manipular a la madre y a las hijas, aunque hasta el momento no ha vuelto a golpear ni a su mujer ni a sus hijas y las cosas en casa no han regresado a la forma en la que estaban antes, van hacia ese camino.

“...Si claro... claro, nos enseñó a vivir en mayor armonía, responsabilizarnos más,... bueno a evitar la negligencia, y atender más... yo de hecho... a veces... no es como que lo niegue, no... yo hubiera querido saber todo eso desde antes... yo acepto toda mi responsabilidad en esto, yo acepto todo eso, me hubiera gustado saber más sobre todo esto, como una oportunidad para salir adelante, entonces pues es... o sea que bueno que se dio...”

6.2.5. Trayectoria del relato del caso B

Al igual que el caso A, este relato comparte ciertos elementos con los relatos de trayectoria de búsqueda. Después del reconocimiento de los síntomas y de la verbalización de los mismos por parte del caso B, así como de la vivencia de las malas consecuencias de su conducta, la paciente toma la decisión de continuar con su mejoría a pesar de que las situaciones familiares tienden a que porque las cosas sigan igual. Es decir, durante el proceso más crítico de la enfermedad del caso B, la madre estuvo muy al pendiente; cuando sucede la recaída, el padre se hace cargo y logra involucrarse más en la mejoría de su hija. Sin embargo, cuando parece mejorar, los padres la vuelven a dejar sola, ya no se involucran más en el tratamiento, como si regresaran al estadio anterior. Lo cual no es una razón suficiente para que regrese de nuevo al trastorno, se vuelve una búsqueda de ella sola hacía su bienestar.

El caso B puede asumir un papel activo en su tratamiento, hace todo lo posible por seguirse recuperando y mantener las mejorías obtenidas como en una especie de continuación con la ayuda de sus padres o sin ella. También decide acudir a un grupo de AA para trabajar con su problema de alcoholismo, asumiendo la responsabilidad completa de su padecimiento. Además de ser capaz de percatarse de cómo sus padres regresan a sus actividades y ninguno de los dos cumple con lo prometido.

6.2.6. ANALISIS DE LA NARRATIVA POR EJES TEMÁTICOS DEL CASO B

En este análisis se volverán a retomar los temas centrales, surgieron los temas emergentes, se intentó hacer una relación con los temas que aparecieron en el caso analizado anteriormente.

EL PADECIMIENTO

Razones por la que inicia el trastorno de alimentación: el caso B considera que el trastorno de alimentación comenzó a partir de que se empezó a desarrollar y observó que era diferente a sus amigas, recuerda que se sentía “gorda” más que se estuviera desarrollando, los senos le pesaban incluso comenta que se los vendaba para que se le notaran menos, también reconoce que fue en esa época en la que no se quería ni para de su lugar en el salón de clase, “porque todo mundo se iba a percatar de su gordura”. Sin embargo, a lo largo del relato el caso B comenta que su madre siempre las tuvo a dieta y siempre estaba preocupada por el peso, “comer bien” de acuerdo con sus ideas, no había en casa; pan, galletas, azúcar, pasteles, visitaban a un nutriólogo naturista, que les daba dietas excesivamente restrictivas y la madre era la que las llevaba con él, de tal forma que siempre que tenían ganas de adelgazar, tanto ella como su hermana, le pedían a la madre que las llevara con el nutriólogo y la madre reforzaba la alimentación que el nutriólogo proponía. La madre reconoce que nunca se había dado cuenta de que apareció la conducta, se enteró de manera furtiva, encontrando una tira de laxantes vacía, pero no le dio la mayor importancia, eligió no enterarse más del asunto, hasta que después de cinco años su hija tuvo “la crisis” que la tomó por sorpresa. El padre jamás se dio cuenta de nada, solo ejecutaba, por ejemplo, en el momento en que la madre encontró los laxantes, a él le tocó golpear a la hija, que la madre decidía llevarlas al nutriólogo naturista, él daba el dinero. Sin embargo, el padre reconoce que sí presionaba acerca del peso, ya que en su familia hay familiares con obesidad mórbida y diabetes, y para él era muy importante que sus hijas se mantuvieran delgadas, como la mayor preocupación que tuviera por sus hijas.

Ideas de no ser uno mismo quien lleva a cabo la conducta: ella reconoce que manipular durante tanto tiempo su manera de comer a través de visitar al nutriólogo naturista, normalizó la forma de comer en su casa y que eso para ninguno de los miembros de la familia resultó extraño o que fuera la primicia de un trastorno de

alimentación, ahora sabe que su forma de comer siempre fue restrictiva, que se tenían catalogados los alimentos como buenos y malos y que incluso, había alimentos que no se consumían en su casa como los carbohidratos y las grasas y de otros se utilizaban sustitutos como con el azúcar. Refiere que sus padres todo el tiempo han cuidado su peso y forma de comer.

Se da cuenta que ella inicia con la anorexia nervosa cuando empezó a perder el control, se le acumuló el hambre y se volvió voraz, iniciaron los atracones y las conductas purgativas vinieron detrás, el uso de laxantes primero, después los atracones de comida y del alcohol que le facilitaba vomitar y una ansiedad creciente que no le permitía entrar en control, pareció subirse al trastorno de alimentación y perdió totalmente la cordura, que regresó después de cinco años de conductas desesperadas, en una crisis severa, con el deseo de muerte como constante y una hospitalización.

En cuanto a la madre se enteró de casualidad de la anorexia nervosa, padecimiento que hasta la fecha ha minimizado, lo toma como síntoma del estilo de personalidad de su hija, pero más parece que está de acuerdo en que su hija se “cuide” de su forma de alimentarse para que no engorde. El padre, se ha mantenido al margen de la anorexia nervosa, dejándole a su mujer la responsabilidad y la toma de decisiones, tanto del tratamiento como de la evolución.

Reconocimiento de las emociones: B menciona que a partir de la pubertad no se volvió a sentir contenta, empezaron las ideas de mejorar su cuerpo y buscar la mejor forma de adelgazar, además de que los conflictos en su casa seguían siendo muy fuertes, y hacía de todo para no llegar a su casa, encontró desde muy joven paliativos para no sentir las emociones demasiado intensas, hasta que las evitó completamente, a través de la restricción de alimentación y estar pendiente de lo que comía, el uso de laxantes, los atracones, el vómito, el alcohol y evitar a toda costa estar en su casa. Reconoce que esas eran sus estrategias para no sentir dolor, tristeza, soledad y abandono. La madre habla sobre la sensibilidad de su hija, desde su infancia, pero no habla de lo que ella siente, reconoce que se ha sentido muy culpable por no cuidar a sus hijas de acuerdo con lo que ellas necesitaban y que siempre se sintió estresada y muy presionada por el padre, habla sobre la culpa que siente que ahora le llama responsabilidad y preocupación, tiene muchas dificultades para tocar sus afectos,

como el enojo o la frustración. A su vez, el padre del caso B comenta que desde que se casaron, empezó un periodo muy difícil que fue empeorando cuando nacieron las hijas, había demasiados problemas, y la pasaba todo el tiempo muy mal, de mal humor y preocupado, peleando con la madre por el cuidado de las hijas, ya que ambos trabajaban y no había quién los apoyara en el cuidado de las casa y las hijas. Pareciera que ése siempre fue el conflicto, el padre habla de frustración, de mucho dolor y de mucha culpa por ser tan impulsivo y maltratar a sus hijas y a su esposa.

Conductas que actúan como mantenedoras del síntoma: el caso B empezó a comprender que a través de sus conductas de alimentación alteradas, dejaba de sentirse triste y podía permanecer sin pensar en los problemas de su casa. La madre no se da cuenta del trastorno, y evita a toda costa tomar en cuenta el trastorno de alimentación. El padre ni lo reconoce, solo sabe que hay algo a lo que le puede depositar la culpa y su malestar. Continúa periférico al padecimiento.

Conductas que no permiten hacerse cargo de su situación de vida: para B, el trastorno le ha permitido ser irresponsable en cuanto a cuidar de sí misma, es decir, a través de tener conductas impulsivas ha evitado hacer contacto con sus emociones y con sus responsabilidades. Observa que también ha servido para que haga lo que desea, y ha conseguido que los padres la presionen menos, estén menos al tanto de ella y de sus actividades, parece que el mostrarse irascible y hermética le ha resultado favorable, para no involucrarse tanto en su ambiente familiar. La madre se mantiene tan ocupada con su cuerpo y sus padecimientos que no se ha hecho cargo de estar pendiente de sus hijas o de lo que pasa con su marido, o las necesidades de casa, pareciera que cuando dejó de estar ausente por el trabajo, nunca logró estar presente en su casa, como una inadecuación constante.

El padre del caso B tiene la idea de que lo único que debe dar a su casa es la aportación monetaria, cumplir con las necesidades básicas y hacer que su voz de mando se siga aunque sea golpeando a quienes tiene a su alrededor; da la impresión de que nunca se sintió bien haciendo la labor de padre o de esposo, en una actitud muy exigente, agresiva e impulsiva.

Conductas para tolerar el hambre: refiere que fumaba mucho, tomaba solo un vaso de jugo y un pan tostado y salía a caminar como una hora y media, y llegaba tan

cansada que se acostaba en su cama a fumar y se quedaba dormida, así lograba soportar el hambre. También se dio cuenta que tomar mucho alcohol le facilitaba vomitar, recuerda que el alcohol la desinhibía, *“como que me quitaba el miedo y era más fácil vomitar”*. Recuerda también que pensaba que el alcohol tenía muchas calorías, entonces tomaba, iba a vomitar y regresaba a seguir tomando, entonces volvía a pensar que se estaba metiendo muchas calorías y volvía a vomitar y se enfrascaba en un círculo vicioso durante horas. El resultado acaba siendo una borrachera difícil de detener, se encontraba en esta dinámica cuando sobrevino la crisis, ambos padres no estaban enterados de nada de lo que hacía su hija, ni de la forma en la que ocupaba su tiempo.

EL TRATAMIENTO

Razones para iniciar el tratamiento: el caso B reporta que tuvieron que pasar por varios tratamientos hasta que tomo conciencia de la importancia que tenía su enfermedad, pero sus padres se tardaron más en hacer esa conciencia, tuvieron que pasar por una crisis que los afectara directamente a ellos, para tomar la decisión de responsabilizarse de llevar a su hija a tratamiento. Así que el primer tratamiento fue tomado muy a la ligera, fue cuando la madre encontró los laxantes, buscó una psicóloga cerca de su casa. Y dejó de preocuparse, pensó que bastaba con eso para que la bulimia remitiera. El padre lo toma más a la ligera, debido a que su otra hija también ya estaba en tratamiento psicológico, no le sorprendió saber que B también lo necesitara.

Por su parte, la psicóloga también le restó importancia al uso de laxantes y se enfocó más en la violencia intrafamiliar y en la impulsividad del padre, que en un posible trastorno de alimentación.

Reconoce que ese tratamiento no le ayudó, ya que podía seguir haciendo uso de los laxantes y empezó a adquirir otras conductas como los atracones y el vómito, fumar hasta tres cajetillas diarias, beber alcohol o consumir cannabis, además de que había logrado que la madre se quedara tranquila y no la molestara más, ya que estaba haciendo algo para mejorar.

El padre tenía un servicio médico por parte del trabajo y la madre, por recomendación de la psicóloga, la llevó con un psiquiatra quien diagnóstico anorexia nervosa

compulsivo purgativa y le mandó medicamentos, el cual se prolongó por seis meses más y le fue suspendido, cuando eso sucedió ella ya se sentía mejor. Dejó de vomitar y mejoró su comportamiento; sin embargo, el trastorno de alimentación regresó con mayor intensidad cuando le fue retirado el medicamento y volvió al trastorno, aprendió a vomitar con menor inhibición por el consumo de alcohol y le fue más fácil mentirles a sus padres y saltarse todas las reglas.

Emociones que se mencionan: el caso B habla de que se sentía sola, triste y con un profundo sentimiento de abandono, pero que también estaba muy enojada con sus padres. La madre expresa sentirse culpable de no haberle dado a su hija lo que necesitaba y del descuido; el padre expone sentirse culpable, pero lo que más le preocupa ha sido su conducta impulsiva, los malos tratos que recibieron sus hijas y la negligencia con las que las educó.

Pensamientos ambivalentes hacia el tratamiento: El caso B comenta sentirse desesperada, refiere que la mayor parte del tiempo deseó estar bien, pero le era más fácil hacer las cosas sin esforzarse aunque eso estuviera mal. Sin embargo, llegó un momento en el que ya no pudo controlar sus conductas y las cosas se salieron de balance, empezó a hacer todo lo posible por mejorar, pero logró un cambio menor y regresó a las mismas conductas, como si fuera un lugar seguro para ella y para lo que ella deseaba, abandonar el síntoma representa tener que hacer cosas para madurar y salir adelante y no tiene la capacidad para contender con ello.

Reconocer la función del síntoma: el caso B menciona que dentro del trastorno se siente segura, es como un espacio para ella sola donde puede tener el control que quiere, cuando llega a perderlo se angustia y acude a tratamiento. Sin embargo, al darse cuenta de que su psicóloga le resta importancia y sus padres no se preocupan por la anorexia nervosa, a ella le es mucho más fácil abandonar los tratamientos. El trastorno le sirve para no ver lo que pasa en su casa, la mala relación que existe entre sus padres, las agresiones y los golpes. Además, a través del trastorno logra justificar sus incapacidades escolares o sociales. Para el padre y la madre, el trastorno de alimentación es irrelevante, y se desentienden de él, hasta que sucedió la “crisis” que hizo evidente la disfunción y la problemática de la hija.

Aparentemente, el enterarse de que su hija, además del trastorno de alimentación presentaba un trastorno de personalidad límite, los tranquilizó e hizo que estuvieran más al tanto del tratamiento.

Involucrar a los padres en el tratamiento: fue importante para la mejoría del caso B que ambos padres aceptaran participar en el proceso de recuperación, debido a que la mayor parte del tiempo no se encontraban al tanto de lo que pasaba con su hija, solo peleaban echándose la culpa uno al otro. El padre se desentendía totalmente de las necesidades de su hija y solo le reclamaba a la madre que la hija tardara tanto en recuperarse y a su vez, la madre buscaba grupos de tratamientos con la esperanza de que le ayudaran a entender que le pasaba a su hija y qué es lo que tenía que hacer para ayudarla, en lugar de ayudarle a cubrir las necesidades que ésta le demandaba.

LA RECAÍDA

Lo que está ocultando el trastorno de alimentación: la paciente se da cuenta de que mientras más cercana estaba de dejar el síntoma, más angustiada se sentía de tener que lidiar con su ambiente familiar, con sus incapacidades en cuanto a las relaciones sociales, sus dificultades para establecer o mantener relaciones de pareja, observar cómo había dejado a un lado sus responsabilidades escolares por estar en las reuniones con amigos, o no asistir a clases por estar bebiendo. Puede observar que el trastorno es un terreno que puede tener bajo su control. A la madre la recaída le ayuda a darse cuenta de que había minimizado totalmente el trastorno de alimentación y lo mala madre que había resultado ser; el padre es capaz de darse cuenta de que había realizado un paternaje negligente, incapacitado emocionalmente para ver las necesidades de sus dos hijas y mostrándose impulsivo y agresivo, delegando toda la responsabilidad del cuidado y la educación de ambas a la madre.

El trastorno ayuda a subsistir: a través del trastorno, B aprendió a manipular a sus padres para poder permanecer más tiempo fuera de su casa, ya que el ambiente se le hacía insoportable, y permanecer fuera le facilitaba hacer lo que ella deseaba. Se dio cuenta de que mentirles y engañarlos no le provocaba la menor culpa. El trastorno también le proporciona estructura, le muestra un terreno conocido que ya sabía controlar perfectamente, refiere que nunca pensó que pudiera salirse de su control.

Significado de la recaída: para el caso B, la recaída significa control y tranquilidad, un terreno conocido, una forma de estar segura en el mundo, sin confusiones y sin preocupaciones emocionales, una forma de llamar la atención de sus padres y recibir su afecto, aunque sea a través de preocupación. También se da cuenta de que es una forma de mostrar el enojo que siente hacía sus padres y de agredirlos. La madre a partir de la recaída se dio cuenta de que no estaba siguiendo las indicaciones de los médicos, el significado que le otorga es un llamado de atención, que le permitió observar que debía estar más al tanto de su hija y lo inadecuado de su proceder y consideró necesario hablar con el padre y ponerse de acuerdo en el modo de proceder y que dejaran de pelear. También se percató de las conductas de sobreprotección hacía su hija, lo cual no es otra cosa que incapacitarla, ya que en realidad piensa que su hija es incapaz de cuidarse a sí misma. El padre pudo observar que las cosas no eran tan fáciles como creían y que él también debía cooperar con el cuidado de su hija y decidió involucrarse.

LA REMISIÓN

Reconocer las fortalezas del sí mismo: para el caso B, reconocer que es su responsabilidad seguir las indicaciones del tratamiento, que depende de ella curarse o seguir con el padecimiento. El trastorno le ha servido para darse cuenta del afecto que le tienen sus padres, que aunque no es como ella quisiera, sí existe. Reconoce que necesitaba tener límites y aprender a respetarlos así como el seguir las reglas y volverse disciplinada. Esta vez, la madre se involucró más en el tratamiento, lo cual le permitió observar que descuidó a sus hijas, que no supo reconocer sus necesidades, que le faltó darles más amor y que ambos eran muy agresivos con ellas. En cuanto al padre, el cambio se tornó necesario, a pesar de que le costó mucho trabajo llevarlo a cabo, logró contener afectivamente a su hija; sin embargo, no pudo permanecer por mucho tiempo haciendo esa labor y volvió al abandono.

SÍNTESIS

El caso B muestra las dificultades reales que existen cuando los padres forman una mala relación de pareja desde el principio, con ideas diferentes de lo que es formar un hogar, un padre de provincia que realmente tiene una cultura “machista” con ideas sobre lo que debe hacer la mujer según sus canones culturales, y a pesar de que

conoce a su esposa en su lugar de trabajo, todo el tiempo pugna porque la mujer se regrese a casa a cuidar de sus hijas y él haga la labor de proveedor que considera le corresponde, además de ser una persona impulsiva y con poco control de su enojo, que no piensa en las consecuencias de sus actos y que culturalmente también tiene la idea de que se debe corregir a los hijos con golpes o con actitudes no conciliadoras, manteniéndose totalmente al margen del cuidado de las hijas, haciendo únicamente la función de proveedor. De aquí surge la necesidad de que la madre no trabaje, porque al hacerlo, él se ve obligado a trabajar de padre, papel que no desea desempeñar. Y la madre que pertenece a una generación compleja, época en la cual la mujer lucha por tener una carrera universitaria y poder desempeñarse como mujer trabajadora, en una ciudad que empieza a despertar en esas necesidades. La madre se auto sabotea, haciendo pareja con un hombre de provincia que tiene ideas conservadoras en cuanto al desarrollo laboral de la mujer y no le facilita su desarrollo profesional, presionándola para que deje el área laboral y se quede en casa haciendo únicamente la labor de madre y esposa, llegando un momento donde no tolera la presión y toma la elección de abandonar su trabajo, pero su enojo, frustración e insatisfacción se dirige hacia las hijas, a quienes considera culpables de su desventura y no se dedica a ellas, revierte el enojo hacía su propio cuerpo y empieza a padecer dolores físicos, depositando su malestar en una fibromialgia, que la lleva a una serie de tratamientos que se hacen un nuevo pretexto para no poder cuidar de sus hijas, a quienes presiona con sus propias preocupaciones sobre su propio cuerpo, y las somete a tratamientos nutricionales muy severos, no permitiéndoles que se alimenten con carbohidratos o alimentos ricos en azúcares. Las hijas responden desarrollando dificultades para el manejo de sus emociones que las llevan a ambas a tratamientos con psicólogos. Es sorprendente cómo la madre no menciona absolutamente nada de su hija mayor, como si no existiera, como si la hubiera anulado totalmente. Y cómo la enfermedad tan severa del caso B la hace reflexionar en las fallas de su maternaje, sin poder hablar de su enojo, haciendo la labor de seguir acudiendo a grupos que a ella le proporcionen el bienestar que necesita, no las ideas para que pueda mejorar la relación con sus hijas, o con su marido. Y como la hija menor se vuelve el síntoma grave de la familia, la vocera de la mala dinámica familiar, desarrollando un síntoma impulsivo que actúa como

demandante de todo afecto, como sucede en la llamada “crisis” que la lleva a ser hospitalizada y deja ver totalmente la incapacidad para realizar la labor de padres, renunciar un poco a sí mismo y a sus propias necesidades en aras del bienestar de las personas que dependen en su totalidad de uno mismo, los hijos.

6.2.7. CODA

El caso B me da la impresión de ser una extraña y desconocida en su casa y en la relación con sus padres y con su hermana, al grado tal que su hermana nunca es mencionada por la madre, mostrando poca preocupación, el padre solo la menciona para comentar que también ha tenido que recurrir a tratamiento. Pareciera ser que en el caso B, la anorexia nervosa compulsivo purgativa, también es un grito pero no de auxilio como en el caso A, si no de desesperación, de no existir, de no ser vista, ni por su padre, ni por su madre, incluso ni por la familia extensa como la abuela, quien era quien cuidaba de ella en las ausencias de trabajo de su madre. En su soledad no bastó con la anorexia nervosa, le hicieron faltan probar otras maneras de encontrar su identidad, como el abuso de alcohol y de cannabis, y decidió no probar más porque el miedo la hizo presa. El miedo en este momento de su vida, actuó como buen protector.

En la infancia fue retraída e insegura, cuidada por su abuela, se sintió inadecuada desde siempre y la puntilla fue que se desarrollo a partir de los ocho años y eso la retrajo y enrareció más todavía, haciéndola muy susceptible a la crítica y a la mirada con morbo de los demás.

En su casa parecía no existir, sus padres peleaban constantemente y en eso perdían el tiempo, en lugar de atender a sus hijas, el poco tiempo que podían estar con ellos. Aparentemente, las discusiones se daban porque la madre deseaba seguir trabajando y lograr desarrollarse profesionalmente y el padre se lo impedía exigiéndole constantemente que estuviera en casa para llevar a cabo el cuidado de las hijas, y en esa discusión podían pasar horas enteras sin ver a sus hijas. De tal forma que el caso B ha sentido durante toda su vida, la soledad, el abandono y la sensación de no importarle a nadie. Tan es así que sus padres jamás se enteraron de lo que le

pasaba hasta que ella se quiso quitar la vida, o al menos hacerse una cortada grave enfrente de la madre.

A partir de ese suceso, su grito fue escuchado, ella fue observada, fue mirada, fue vista. Y entonces la madre tuvo tiempo e intención de cuidar a su hija, la volteó a ver, los demás intentos fallidos que comunicaban sus necesidades no fueron escuchados, pero este evento llenó tanto de culpa a la madre que ya no pudo seguir ciega.

Al principio y de acuerdo con la narrativa, el maternaje fue ausente y el padre se hacía cargo; sin embargo, con el tiempo los papeles se invirtieron, la madre cedió a la presión del padre de dejar el trabajo y ella lo hizo cuando sus hijas ya contaban con 14 y 16 años, puede reconocer ahora que “el daño ya estaba hecho”, nunca se dio cuenta real de lo que pasaba, ni de la magnitud de lo que su hija estaba sufriendo.

La hermana sobrevivió a la negligencia de sus padres, de la forma que pudo. Pero en la actualidad tiene muchas dificultades con la autoridad o con consolidar una pareja. La violencia del padre siempre presente y evidente, cuando iniciaron sus ausencias, se sentía más protegida, y la madre totalmente inservible para defender a su hija de las agresiones del padre. Comenta que la presión de sus padres acerca de la comida y el peso, hicieron que tuviera un mal patrón de alimentación, y que además emocionalmente se encontraban incapacitados para metabolizar las emociones de sus hijas, situación que mostraban a través de todo ese alejamiento emocional y la agresión. El caso B ha pensado durante toda su vida, que no es importante para sus padres, incluso que no la quieren; sin embargo, cuando viene la recaída, el padre se empieza a hacer cargo de ella y de sus cuidados, empieza a apoyar a la madre y a dedicarse a cuidar de los espacios de cada una, empieza a respetar los límites que la madre empezó a poner y a ser solidario con ella, cuidando de no contravenirla o de aliarse a las hijas.

Dejó de ser tan ausente y empezó a ocuparse de mejorar la dinámica familiar, se logró por un tiempo, pero finalmente el padre desarrolló un cáncer que preocupó a la madre y la hizo regresar a cuidar del padre y a desentenderse de sus hijas. Con esta situación, el caso B comprendió que no puede ser el centro de atención, al menos no como ella quisiera, y que además sus padres sí la querían, aunque tampoco como ella

quisiera; se dio cuenta de que era muy exigente con ellos y que debía adaptarse al modo en que sus padres prodigan su afecto.

Acabó entendiendo que si ella sola no se esforzaba por seguir adelante, a pesar de todas las vicisitudes, no iba a estar mejor. Asumió sus responsabilidades sin esperar más de sus padres, ellos volvieron a su rutina habitual y ella sigue luchando contra el desamparo, muy enojada con sus padres, pero reconociendo sus incapacidades afectivas y aceptándolos como son.

Los golpes no han vuelto, y el desamor de la madre se nota menos, intenta estar más pendiente de su hija aunque no lo logra totalmente, pero ya no se desentiende por completo. Ayuda al padre en el blog de internet que pusieron, como la única actividad que pueden compartir, en la que aparentemente no la devalúa ni la descalifica, se ha resignado a no poder desarrollarse profesionalmente y el padre, está luchando con un cáncer que espera no recidiva.

6.3. FAMILIA O3 CASO C (HA07F03), MADRE DEL CASO C (MA08F03), PADRE DEL CASO C (PA09F03).

6.3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO C (HA07F03)

El caso C es una paciente femenina de 19 años de edad, originaria del Distrito Federal, que cumple los criterios de anorexia nervosa restrictiva (ANR) de acuerdo al modelo médico del DSM-IV-TR, presentando claramente las características de personalidad descritas por Bruch (1978) ya que muestra rasgos evasivos, conductas obsesivas, perfeccionistas, demasiado exigente consigo misma y para con los demás, miedo intenso a subir de peso o a engordar, a la comida y a mantener un peso medicamente sano.

Los sentimientos que llega a experimentar son extremos, su cuerpo es el único mecanismo que tiene para encontrar seguridad y autoaceptación, interpreta sus necesidades como fracaso, así que el mantenerse delgada significa controlar y superar sus necesidades básicas de seguridad, aceptación y control emocional.

Al llegar al servicio, hace tres años tenía un peso de 42 kg, y una talla de 1.62 mts. Presentando un índice de masa corporal (IMC) de 16.3 mts², realizando una dieta muy

estricta, donde evitaba casi todos los grupos de alimentos excepto, frutas, verduras y jugos, realizando ayunos de hasta 24 horas y tomando aproximadamente cuatro litros de agua al día, ha presentado cuatro periodos de amenorrea en los últimos tres años, ideación suicida, fantasías de muerte y conductas autolesivas.

6.3.2. Entrevista realizada al Caso C

Estructura diacrónica del relato: *“No me llevo ni bien ni mal...”*

En realidad, el caso C habla muy poco sobre su infancia, comenta que vivían en armonía, que ahora reconoce que sus padres no los cuidaban como debían los consentían demasiado, les daban a ella y a sus hermanos todo lo que querían, reconoce que les reforzaban su buenas calificaciones y después se volvieron exigentes con sus padres, ella piensa que a partir de ahí aprendió que tenía derecho a tener todo lo que quería. Empezó a rivalizar con sus hermanos por el afecto de la madre, y observó que a partir de que enfermó, sus padres se hicieron más cargo de ella, pareciera que cuando su madre se fue a trabajar en las tardes, el caso C empezó a necesitar más de ella y no quería que su padre fuera quien la cuidara. Las relaciones con sus hermanos se modificaron totalmente y dejó de tener relación con ellos, empezaron a tener problemas y el ambiente en casa empezó a estar muy difícil.

“No me llevo ni bien ni mal, lo que pasa es que antes sí nos llevábamos bien porque íbamos a la misma secundaria y la misma primaria y todo, lo que pasa es que ahora como que todas las cosas cambiaron, ya ahora ella se enfoca mucho en el estudio, en leer”.

Epifanía: *“yo le... di mucha importancia al aspecto físico”*

El caso C asocia el punto de quiebre cuando logró pertenecer a un grupo de riesgo, la escuela de sobrecargos, donde el aspecto físico era preponderante. Reconoce que empezó a competir con sus compañeras, se comparaba en el aspecto físico, en la belleza, la delgadez, una buena figura, establecer relaciones de amistad con la más bonita y la preferida por los demás, reconoce que no pudo soportar la competencia y se empezó a fijar mucho en la forma que la miraban, a sentirse criticada por los demás y devaluada.

“...pues por mi inseguridad, al estar frente a mis compañeros de grupo, más bien a mis compañeras de grupo, pues al principio, yo le... di mucha importancia al

aspecto físico y pues de ahí yo me la fui llevando, me empecé a preocupar mucho en cómo me veía, entonces este desde ahí empezó el no querer comer”

Inicio del padecimiento: *“...yo me enfermé y me aparté de ellos...Yo cuando no comía... estaba perfectamente bien de todo”*

El caso C refiere que al enfermarse, se separó demasiado de su familia, estaba muy angustiada todo el tiempo, se sentía sola. Su madre se fue a trabajar y dejó de cuidar de ella, de tal manera que ella necesitaba buscar una razón para que su madre volviera a cuidarla y entendiera que le hacía falta, observó que dejar de comer le hacía sentir menos triste; quizá el cambio de la secundaria a la preparatoria fue difícil y ya traía dificultades de adaptación y no tuvo la suficiente fortaleza afectiva para contener con esas emociones además de pertenecer a una profesión en la cual se le da mucha importancia al aspecto físico, pareciera ser una razón suficiente para detonar el trastorno de alimentación.

“...yo me enfermé y me aparte de ellos, no quería que me hablaran, estaba... tenía mucha depresión, y ellos se fueron alejando poco a poco de mí, ya no me contaban sus cosas ni nada, más bien empezó por eso y todos los cambios de mi familia empezó por eso... empecé a causarles mucha preocupación a mis papás... no comía ni nada y pues les dejaron de poner tanta atención a mis hermanos y se dedicaron a lo mío, y mis hermanos también sintieron ese cambio... ya no hubo comunicación con ellos dos.

El caso C comenta que todo inició cuando entró a la preparatoria quería ser sobrecargo, y estaba muy preocupada por su aspecto físico, porque era una de las exigencias en sus estudios.

Empezó a preocuparse excesivamente por su aspecto físico y se comparaba con sus compañeras de la escuela, percibía que ellas estaban más delgadas y más bonitas.

“pues por mi inseguridad al estar frente a mis compañeros de grupo, más bien a mis compañeras de grupo... yo le di mucha importancia al aspecto físico... me empecé a preocupar mucho en cómo me veía, entonces desde ahí empezó el no querer comer, el querer parecerme a ellas”,

Dice que empezó a tener un cambio de actitud, que hizo que la familia se separara y no fuera tan fácil convivir todos juntos, había malos entendidos, malos momentos y nadie tenía el deseo de permanecer en casa.

Se dió cuenta de que sus padres se empezaron a ocupar más de ella a partir de que dejó de comer, y empezó a ver que era más importante que sus hermanos, ya que no

les hacían tanto caso y comenzó a tener problemas con ellos, dejó de haber comunicación.

“...empecé a causarles mucha preocupación a mis papás, porque pues me veían y me decían que me veían mal, obviamente no comía ni nada...”.

Ahora es capaz de darse cuenta de que nunca estuvo “llenita”, que tenía baja autoestima y que se sentía incapaz de competir con sus compañeras de escuela.

“Siempre he estado en peso normal, lo que me afectó tanto es que ellas estaban muy flaquitas, y pues eso fue lo que, ahora sí que me arruinó todo... porque yo era pues totalmente distinta.”

Recuerda que empezó manipulando los alimentos y que en muy poco tiempo se percató de que pensaba en comida todo el tiempo, no tenía ninguna otra preocupación en mente sino qué iba a comer, y con el paso del tiempo, se empezó a poner triste, sin ganas de hacer nada, incluso dejó de asistir a la escuela.

Solo se da cuenta de que dejó de querer estar con sus amigas, que se aisló de todo su alrededor, la familia, los hermanos, los amigos, los compañeros de escuela, reconoce que no quería darse cuenta de que estaba bajando de peso, pero que si veía cambios en su piel, en su cabello, sus manos se le ponían moradas.

“por lo mismo de que no comía ni nada, y mis huesos, se empezaron a ver más de mi cuerpo y después empezó una depresión muy fuerte, en la que yo me obsesioné tanto por estar bien”.

Paliativos para dejar de comer o seguir con las conductas: *“yo a mis papás, los quiero seguir teniendo preocupados”*

Se obsesionó con pesarse, incluso sus padres llegaron a esconder la báscula, refiere que llegó un momento en el que ya no podía más con la “ansiedad” y empezó a rasguñarse, a pellizcarse los dedos y jalarse la piel, se siguió con rasguñarse y picarse los brazos, y las piernas y finalizó dañándose la cara, tomaba como pretexto que le brotaban barritos y que tenía que quitárselos por eso se rascaba, después su madre le dijo que tenía que dejar que saliera la costra y no quitarla para que no le dejara cicatriz, ella entonces empezó a arrancarse las costras, como si todo el tiempo tuviera que ir en contra de la madre y mostrarle su malestar.

Pareciera estar enojada con sus padres, incluso reconoce estar muy molesta con su padre ya que él ha hecho que su madre cambie sus actitudes para con ella, ha logrado que su madre no haga lo que ella quiere, refiere que nunca ha podido soportar

compartir a su madre ni con sus hermanos, ella necesita que su madre la cuide y esté pendiente solo de ella y observó que a partir del trastorno logró lo que tanto había anhelado, tener a su madre solo para ella. Siempre ha pensado que si su madre está al tanto de ella, se siente protegida, como si no le pasara nada.

“yo a mis papás, los quiero seguir teniendo preocupados... mi papá se preocupa por mí pero, o sea a mi mamá la veía tanto en mi problema y decía, hay mamá está conmigo y no me dejes... no dejes de decirme las cosas que tengo que hacer”.

Reconoce que tampoco sus padres le exigían tener responsabilidades o cumplir con lo que le pedían, como una muestra de falta de límites.

Aparentemente, a la madre le conviene que su hija esté enferma, como una forma de tener control de su esposo, para que él también permanezca en casa, cuidando de su hija o de lo contrario ella se molesta, le reclama y lo acusa con la madre, en una alianza con ella en contra del padre.

“...mi papá no está todo el tiempo en la casa, que todo el tiempo está afuera y nos justifica de que “yo estoy pero porque tengo que hacer cosas, tengo que ir por el mandado” pero no, es prácticamente toda la tarde y cuando mi mamá sale de trabajar va por ella y la trae y mi mamá piensa que andaba en la casa, pero no, estaba afuera, yo también le digo a mi mamá”.

Buscar ayuda: *“...estaba muy ansiosa”*

Observa que el trastorno le sirve para sentirse mejor, y controlar su ansiedad, la cual se exagera cuando no tiene nada que hacer, cuando ya terminó sus actividades, cuando ve la televisión no logra distraerse de la necesidad de cortarse o de lastimarse, reconoce que está mal y que necesita mucha ayuda porque no logra contenerse ella misma. Pareciera un círculo vicioso, no va a la escuela y no sale de casa porque sus padres la castigan por sus malas conductas, entonces no tiene nada que hacer y se rasguña hasta sangrar, y los padres la castigan de nuevo y se queda en casa sola y ansiosa haciéndose más daño.

“Pues que eso está mal, que esto que yo tengo... o sea... todavía no he salido del trastorno... todavía sigo metida en esto, en lo que no tengo que hacer pero sin embargo, yo lo... hago por estar tan... le verdad no sé ni... bueno, si se lo que me pasa estoy... estoy mal, estoy ansiosa, estoy... a la vez quiero cambiar y digo, sí voy a cambiar pero después... o sea cambio unos días y después me vuelve a dar, o sea, es algo que no sé, necesito de mucha ayuda...”

El tratamiento: *“No me quería dar cuenta...Me autoagredo”*

Piensa que se dejó influir mucho por sus compañeros ya que le decían que estaba un poco llenita, aunque ahora es capaz de reconocer que nunca ha tenido problemas de peso, siempre había tenido un peso normal, al menos hasta antes de desarrollar la anorexia nervosa, se empezó a preocupar más por su peso, su figura y la comida, reconoce que su inseguridad y la baja autoestima contribuyeron a que el trastorno se desarrollara.

“...por mi inseguridad, por baja autoestima, por este... por dejar que todo mundo me dijera de que estaba un poco llenita, aunque yo nunca he sido llenita... nada más estaba pensando en la comida, no se me venía otra cosa en la mente más que voy a comer ahorita, cuánto voy a comer, eso empezó primero y ya después con el paso del tiempo, una compañera que se juntaba mucho conmigo, me decía oye, “estás bajando mucho de peso” y yo no me quería dar cuenta, no aceptaba que yo estaba mal... empezaba a ver cambios tanto en mi piel, en mis manos o sea, se me ponían moradas, por lo mismo de que no comía ni nada, y mis huesos, se empezaron a ver más de mi cuerpo y después empezó una depresión muy fuerte en la que yo me obsesioné tanto por estar bien, y hice todo lo contrario, o sea yo me auto agredía, al principio me lesionaba mis dedos...”

Reconoce que si se daba cuenta de que estaba bajando de peso, que más bien hacía como que no lo veía, recuerda que llegaba a su casa y lo primero que hacía era pesarse, refiere que si estaba consciente de que estaba bajando de peso, pero quería continuar, sus padres tomaron algunas providencias para evitar que la baja de peso continuara, como esconder la báscula para evitar que se pesara, pero después de un tiempo, la encontró y continuó con la conducta, los padres ya no hicieron nada al respecto.

“Estoy pensando todo el tiempo, hijole me faltó esto de comer, o no he comido y ya es mi hora de comer y para olvidarme de eso, me autoagredo, me flagelo... tengo muchas marcas yo en mi cuerpo,..”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“Empezaron todos los cambios en mí...como que mi mamá me hizo muy dependiente de ella...Yo creo que es algo que mis papás no nos supieron educar”*

Ella sabía que tenía un trastorno de alimentación desde antes que empezaran los tratamientos, incluso antes de que sus padres se percataran de que algo estaba pasando y necesitaba tratamiento; sin embargo, tiene muchas dificultades para evocar el nombre del trastorno, como si al no nombrarlo no existirá y solamente pensara que

tiene que ver algo con que es una persona ansiosa, y solo tuvo cambios en sus actitudes, el saber que tiene anorexia nervosa restrictiva con severos componentes de impulsividad y compulsividad se le hace una exageración y una enfermedad grave, intenta tomarlo con poca seriedad, lo que permite ver su poca conciencia de enfermedad y por ello, lo difícil que ha sido mantenerse sin síntomas y que haya habido una recaída. Según ella, los padres tampoco le han dado la importancia que deberían al padecimiento.

“...a partir de que yo entré [al bachillerato], si empezaron todos los cambios en mí, y pues eso me llevo a que yo cayera en la anorexia.... yo sí me iba dando cuenta de que iba bajando de peso, pues más que nada yo lo... pues sí estaba consciente de eso, de que sí estoy bajando de peso y mejor... estoy más bonita, eso decía pero sí me iba dando cuenta... no sé es que fue tanta depresión, tanta... tanto por estar bien...”

El caso C narra que la relación familiar era muy buena antes de que empezara el trastorno de alimentación; sin embargo, cuando inició el trastorno de alimentación, la empezaron a pasar muy mal, reconoce que el ambiente en casa se enrareció y que cuando su padres empezaron a involucrarse en aprender a manejar las situaciones en casa las cosas empezaron a empeorar, su padre hizo cambios y convencía a su madre de que también los hiciera, tuvo conflictos con sus hermanos porque sus padres empezaron a ponerles reglas a ella y a ellos, a pesar de eso, el caso C empezó a hacer cambios y a mejorar en sus conductas.

“Por lo mismo de que mis papás cambiaron mucho con nosotros, es que mi mamá... como que antes... dependía de ella en todo, es que como que... ella me hizo muy dependiente de ella, porque siempre estaba conmigo, siempre en las tareas a ver qué materia te toca, español a ver, le falta la fecha, el nombre y así, me tenía mi mamá y a la hora de comer, primero me llamaba a mí, o no sé si yo era la consentida o qué, mi mamá siempre estaba pegada a mí y en todo y con mis relaciones de compañeros o de amigas, este... siempre era la primera que se enteraba, con quien yo salía, que les hablaba bien a sus papás de ellos, o sea siempre estaba al pendiente de mí en todo y eso hizo que yo le tenía que contar todo a mi mamá y ahorita ya cambió todo, ahora ya no le cuento nada de lo que me pasa con mi novio y todo eso, ahorita ya no, le cuento nada.”

A partir del tratamiento, el caso C empezó a observar más a su familia y puede darse cuenta de que sus padres los tienen muy consentidos, que darles todo, les ha hecho más daño que ayudarlos, y que a partir de que han empezado a poner reglas las cosas van mejorando en casa y las relaciones son más cordiales. Como si a partir del tratamiento pudiera observar que las cosas en casa sí estaban mal desde antes de que

ella enfermara, se da cuenta de que sus padres los sobreprotegían y que ella era muy exigente con ellos, y que compite con sus hermanos por el afecto de la madre.

“...yo creo que es algo que mis papás no nos supieron educar, porque si ellos veían que salíamos bien en la escuela... sacábamos... una calificación alta, nos compraban cosas, luego, luego,... pues igual desde que yo empecé con el trastorno y que empezó mi papá a venir al grupo, y que le dijeron que eso estaba mal y cuando yo venía a consulta y los doctores le decían que eso no, que igual eso era sobreprotección...”

Sobre la recaída: *“pues por tener las mismas ideas que yo tenía antes”*

Regresar al síntoma para el caso C es recuperar el afecto perdido de la madre, porque pareciera que el padre se lo arrebató.

“dependía de ella en todo... ella me hizo muy dependiente de ella, porque siempre estaba conmigo, no sé si yo era la consentida o ¿qué?, mi mamá siempre estaba pegada a mí... entonces pensaba que si me enfermaba de nuevo, mi mamá volvería a ser como antes...”

Ella sabe que ahora se tiene que controlar para poder recuperar su vida, su escuela, a sus amigos, pero no siente que tenga las herramientas necesarias para lograrlo, como si sus padres no le hubiera enseñado a separarse.

Antes de regresar a las conductas, mientras estaba en tratamiento, C iba recuperando peso y realizando su plan de alimentación tal cual lo tenía indicado, hasta llegar a pesar 52 kg. (IMC.19.8 mts²), sin embargo llegó un momento, al año de tratamiento, que volvió a dejar de comer y empezó a bajar de peso, hasta llegar a pesar 48 kg. (IMC 18.5mts²), peso en el que se mantuvo hasta la segunda hospitalización, donde sentía que ya había perdido totalmente el control y tenía ganas de dañarse. Piensa que dentro del trastorno tiene mayor control de todo, se siente querida y cuidada por sus padres, y reconoce que regresa a las conductas porque sigue con las ideas de que delgada va a ser mejor que sus amigas. Logra darse cuenta de que su madre se preocupa por ella y le ayuda, que si dejara el trastorno, no sabría qué hacer.

“...pues yo siento que fue una recaída por... ahora si por... pues por tener las mismas ideas que yo tenía antes, de que si estoy más delgada voy a estar mejor, ehmmm tanto física y mental supuestamente, y la verdad es que... yo le digo a mi mamá, a mí me da mucho miedo cuando ya esté bien de verdad...yo antes pensaba que si me enfermaba de nuevo mi mamá volvería a ser como antes, como una forma de llamar la atención de mi mamá, bueno eso fue lo que yo tuve, pero la verdad si me siento muy mal con respecto a cómo estoy ahorita, porque, no me había pasado nada, y bueno los días pasados, estaba bien y ahorita que

me vuelve otra vez la ansiedad pues si me siento algo mal, y apenas ayer empecé con mi mamá es que es por tu culpa porque ya no estás conmigo, y otra vez empecé a echarle la culpa a ella...a mis papás los quiero seguir teniendo preocupados”

Se percata de que sus padres la cuidan y la procuran mucho cuando esta dentro del trastorno, su padre está totalmente pendiente de ella y su madre le hace más caso que a sus hermanos y que eso la hace sentir cuidada y querida. Por lo tanto, la medida que ella tomó ante la recaída fue hospitalizarse para angustiar más a sus padres y seguir sin responsabilidades.

“...me da miedo otra vez recaer, porque ya me pasó o sea, yo creo que también es porque yo a mis papás los quiero seguir teniendo preocupados, yo creo que es eso, porque... el tiempo que yo estaba haciendo las cosas día con día mi papá y mi mamá más que nada... mi papá sí se preocupa por mí pero, o sea a mi mamá la veía tanto en mi problema y decía hay mamá está conmigo y no me dejes, no dejes de hablar conmigo, no dejes de apoyarme o decirme pues las cosas que tengo que hacer, porque si no, yo voy a seguir haciendo lo que yo quiera...”

Ahora se da cuenta de que tiene muchos beneficios al estar dentro de la enfermedad, que puede no ser responsable con las cosas, que si no desea ir a la escuela, no va y no la presionan para que lo haga, y también se ha dado cuenta de que sus padres los han educado sin límites y demasiado consentidos.

“...antes, a mis hermanos los dejaban salir así, porque salían bien en la escuela, de hecho eso, yo creo que es algo que mis papás no nos supieron educar... si ellos veían que salíamos bien en la escuela... nos compraban cosas luego, luego, así empecé y yo creo que eso también nos cayó como de peso”

Significados: “Sentirme protegida”

El estar enferma para el caso C, significa tener el cuidado y el amor de su madre, sentirse validada y poder vencer a sus hermanos obteniendo el afecto materno y tenerla solo para ella, reconoce que le gusta tener a sus padres preocupados y ocupados en ella.

“...sentirme protegida de alguna manera, para que no me pasara nada, y pues en el momento en el que mi mamá dejó de hacer todo eso, o sea no me dejó así, completamente sola, o sea si me seguía apoyando pero ya no de la manera en la que me apoyaba antes, y entonces pues yo creo que ahí yo me salí de control y empecé a hacer pues lo mismo de siempre, dejar de comer para que otra vez llamara la atención de mis papás y se volvieran a preocupar por mí...”

Remisión sintomatológica: *“...de verdad tengo que cambiar para mi bien...”*

Ha estado internada dos veces, la primera fue en un hospital de psiquiatría infantil y reconoce que fue por la anorexia nervosa, la segunda vez, fue en un hospital psiquiátrico para adultos y no lo atribuye a la anorexia nervosa, lo atribuye a que se había salido de control y tenía deseos de autoagredirse, pero logra reflexionar en que fue una recaída en el trastorno de alimentación porque empezó a tener ansiedad y salirse de control a partir de que de nuevo dejó de comer.

“...si yo no acepto que estoy mal y que de verdad tengo que cambiar para mi bien, para mi bienestar, voy a seguir teniendo las conductas, el lesionarme, el pasar horas sin comer, este... estar pensando todo el tiempo en que es lo que me va a decir la otra persona, todo eso,...Sigo con esas conductas...sí me duele”

Piensa que sus conductas han mejorado, se da cuenta que fueron empeorando con el tiempo, es decir empezó a preocuparse por el peso y después cambió la conducta a lesionarse; sin embargo, a veces lo ubica como conductas diferentes, es decir que una no tiene que ver nada con la otra, pero a partir del tratamiento ha reflexionado en sus conductas y puede ver que las intercambia. Primero, se provoca el hambre dejando de comer, porque está preocupada por no engordar, y después tiene tanta hambre que solo atina a decir que esta muy ansiosa y por eso empieza a morderse los dedos, después se rasguña la cara y se sigue con los labios.

“...o sea llegas a estar bien, tanto por obsesión de estar bien, y pues yo empezó primero por mis dedos, luego empezó por mi cara, luego empezó por mis labios y aunque todavía sigo con esas conductas, pues... o sea sí me duele, sí me duele porque, digo ya voy a entrar otra vez a la escuela y sigo con lo mismo... yo creo que sí, son dos cosas distintas, de la anorexia pasé a un trastorno que es... no sé si es ansiedad... cuando piensas en lo que piensas, pues realmente si lo ves en esa forma pues no... o sea si tiene que ver con la comida en eso de que tengas conductas diferentes...Yo hacía las cosas bien unos días”

Aparentemente, el caso C sabe ya cual es la función del síntoma y es capaz de entender que la protege de las cosas que no puede manejar o controlar como ella desea, como una medida ante su baja tolerancia a la frustración, como regresar a un lugar seguro, donde sus padres la protegen del ambiente y la cuidan; sin embargo, a pesar de estar consciente de ello todavía recurre al síntoma cuando se siente muy angustiada y no puede resolver las situaciones de su vida cotidiana.

“...yo hacía las cosas bien unos días y otros por cualquier cosita, un pleito con mis hermanos, otra vez las cosas igual, y yo no veía cambios, yo solamente veía,

de que se estaban pasando de pues ahora sí de... diferentes mis papás conmigo y no había cambio, y yo decía si hago el quehacer y no hay ningún cambio con respecto a la forma en la que se están comportando ellos conmigo, entonces para qué lo hago ...Me tengo que controlar”

El caso C sabe que debe controlar su conducta y continuar con la mejoría lograda y con los avances, pero reconoce que se desanima cuando sus padres se alejan, y que debe continuar a pesar de ello.

“En realidad de que yo, pues me tengo que controlar, me quise olvidar de mis responsabilidades de casa de escuela y el trastorno sirve para olvidarme de mis responsabilidades, es que me hartó de que siempre era lo mismo y que no recibo cosas a cambio...Siguen mis papás metidos en mi trastorno”

Sabe que debe continuar con la mejoría y que el trastorno no debe ser la forma en la que consiga lo que desea o logre las cosas sin el mínimo esfuerzo; sin embargo, todavía tiene dificultades para mantenerse en ese nivel y tiene problemas para seguir las reglas y adaptarse al medio ambiente, lo que hace que regrese a tener conductas que sabe angustian a su madre, y ella regresa a tener el control, sabe que podría remitir totalmente el síntoma si su madre aprendiera a no preocuparse por ella y la dejara de proteger contra los cambios que el padre logra llevar a cabo.

“...bueno así siguen mis papás metidos en mi trastorno, aunque no se preocupen por mí, por ejemplo en el aspecto de la comida, se siguen preocupando por mis irresponsabilidades... yo quiero una vida como cualquier persona normal que, vive su vida normal de que va sale, se lleva bien con su familia, pero hay algo que sí, o sea, porque yo tampoco les estoy echando la culpa a ellos, toda, toda, toda, pues no, porque siento que también es parte de mí pero a veces no sé, porque no lo hago, o porque no puedo controlarme yo misma, y pues es lo que a veces yo reclamo, ya no quiero ir al hospital, ya no quiero recordar mi pasado, ya no.”

Epílogo

El caso C pareciera haber iniciado su trastorno de alimentación a partir de haber pertenecido a un grupo de riesgo, y las características de su personalidad, pasiva y dependiente, encontraron un eco en las necesidades de la madre, quien a su vez fomentaba la dependencia de su hija sobreprotegiéndola y cuidándola más que a sus hermanos, o al menos de una manera diferente. Paradójicamente, la madre por la misma época decide trabajar en la tarde y delegar las tareas de la casa al padre, situación que el caso C no pudo sostener e inició el trastorno de alimentación, con un

fuerte componente de impulsividad que se acrecentaba cada vez más con la ausencia de ambos padres; sin embargo, queda la duda de cuál es la encomienda que le ha depositado la madre, es decir se queda al cuidado del padre o se queda para cuidar del padre, porque la madre se ausenta y necesita dejar a alguien que lo controle. Y el caso C parece fallar en ambas enmiendas, el padre hace lo que él desea y ella no logra retenerlo en casa, pareciera que enfermarse es la mejor manera de cumplir con el deseo de la madre.

6.3.3. Madre del Caso C (MA08F03)

Estructura diacrónica del relato

La madre habla poco de la infancia de su hija, comenta que siempre la cuidó mucho y que estaba muy orgullosa de ella, ya que siempre la escogían para hacer muchas cosas, como maestra de ceremonias, para cantar, para mandar a sus demás compañeras y que ella estaba pendiente de proporcionarle todo lo que le pedían, reconoce que si tenía un trato especial hacia el caso C, la trataba diferente que a sus hermanos, pues ella era la más pequeña de sus tres hijos. Refiere que siempre había trabajado y que cuando nacieron sus hijos, acordaron ella y su esposo, que solo trabajaría medio día y el resto de la tarde se iba a ocupar de cuidar a los hijos, así lo hizo; sin embargo, cuando estuvieron más grandes y el padre decidió que se iba a jubilar, ambos decidieron que ella volviera a trabajar ya que el padre tendría el tiempo de cuidar de los hijos.

La madre comenta que algo salió mal ya que fue cuando C empezó a presentar el problema, primero quiso estudiar en una preparatoria técnica en aeronáutica ya que quería ser sobrecargo y no quiso entrar a la preparatoria normal, como sus otros hijos, ambos le encontraron la preparatoria que ella pedía y la inscribieron, la madre empezó a observar que su hija se aislaba de sus compañeras de escuela, y que bajó su rendimiento escolar, le empezó a salir demasiado acné, y faltaba reiteradamente a la escuela, la madre nunca supo por qué, solo se dio cuenta de que su hija dejó de asistir, le recomendaron llevarla con una psicóloga quien les comentó que parecía que su hija había sufrido una violación, la madre no parece alarmarse por ello y hace que entrevisten al padre y al hermano al respecto. Aparentemente no hubo violación por

parte de ellos, pero la hija si habló de acoso sexual por uno de sus profesores y los padres lo comentaron en la escuela y el profesor no volvió más; sin embargo, su hija jamás se recuperó, iba más en caída, empezó a dejar de comer, dormía mucho y no volvió más a la escuela. Se empezó a aislar y el ambiente en casa empeoró, la madre lo atribuye a que la sobreprotegió mucho durante todo el tiempo y que su ausencia le afectó demasiado y el padre no pudo cubrir bien la labor de compañía para su hija. Comenta que empezaron a pasar cosas muy tristes que la hundieron en una gran preocupación, empezó a dejar de comer algunos alimentos hasta que ya no tenía hora de comida y no sabía ni que comía, ni cuánto, ni a qué hora lo hacía, pasaba todo el tiempo en su habitación, ya no asistía a la escuela, estaba malhumorada todo el tiempo, tenía fuertes peleas con sus hermanos, con el padre y a la madre la hacía sentir culpable cada vez que salía a trabajar, recuerda que una vez que llegó a su casa vio a su hija en la orilla de la ventana y gritaba que se iba a aventar, ese fue un evento tan fuerte para la madre, que la llevó a buscar un tratamiento más adecuado, que la psicóloga con la que iba, se fue a una institución psiquiátrica infantil, donde le recomendaron que internara a su hija para evitar que se hiciera daño. La madre no pudo con el dolor y la culpa que eso le causó y le dijo al padre que tomara la decisión. Pareciera que ella siempre ha tenido dificultad para tomar decisiones que involucren aspectos afectivos.

Epifanía

La madre del caso C considera que el momento en el que tuvo mayor conciencia de que su hija tenía un problema grave fue cuando se quiso aventar por la ventana, empezó a decir que se quería morir, pero no se había percatado del peso tan bajo que ya tenía.

“ya estaba muy delgadita, ella ya había bajado mucho de peso.”

Inicio del padecimiento: *“...no me percaté de lo que empezó a suceder...”*

Refiere que su hija empezó estar mal a partir de varios eventos uno de ellos fue que ella empezó a trabajar en la tarde y ya no estuvo tan pendiente de ella, ya que disminuyó el tiempo que le dedicaba a su hija, reconoce que la tenía sobreprotegida por ser su hija más pequeña.

“...tiene cuatro años que inicie eh; yo pensé que el hecho a lo mejor de haber regresado pues no iba a fallar algo en la familia o sea íbamos a hacer el cambio y fue en ese lapso cuando sucedió lo de mi hija, la chica.”

Cuando entró a la preparatoria empezó a fallar en la escuela y las cosas no le salieron como ella las había planeado, la madre refiere que su hija tan llamativa de siempre, se había apagado, empezó a salirle acné en la cara y empezó a compararse con sus compañeras y ya no pudo controlarse más.

“...ella decidió, desde un principio, cuando estaba en segundo de secundaria ella nos dijo mamá quiero ser sobrecargo... cursa el primer año bien, no hay ningún problema... pasa al siguiente ciclo... se empieza a sentir ella diferente, como que no le dan ganas ya de socializar con los demás...”

La tercera razón que la madre menciona es que aparentemente había sufrido acoso sexual por un maestro de la escuela, pero ella no se dio cuenta de que su hija estaba bajando de peso, ni de que algo le estuviera pasando.

“...no, no lo note, o sea como yo creo que fue un proceso como que lento, o sea como que no, no me percaté de lo que empezó a suceder hasta cuando ya vi, que se volvió más introvertida, se enojaba con facilidad, los fines de semana no quería comer, ya cuando me decía es que no quiero comer y le preguntaba yo qué pasaba de lo único que nos enteramos fue de que, de que había sufrido acoso sexual pero que no nos había dicho en el momento.”

Paliativos para dejar de comer

La madre del caso C no se percató de que su hija tuviera actitudes que le servían para no comer, como cortarse la cara, rasguñarse, provocar a sus hermanos en la mesa para poder levantarse cuando ella lo deseara, incluso la hermana mayor del caso C también tiene un trastorno de alimentación y jamás la han traído a tratamiento o forzado a que siga alguno.

“...no había problemas, yo los esperaba a comer y no había ningún problema, pero después mis hijos ya no querían llegar temprano a la casa porque no la querían ver, pero fue así como poco a poco hasta que ¡pum!, explotó. ...es que tenemos que volver a unir fuerzas para sacarla adelante y de hecho mi hija, de todo ese proceso, mi otra hija, cayó en problemas similares, ella tiene atracones y vomita, ya se le está quitando y lo hemos platicado, pero no quiere tratamiento...”

Buscar ayuda: “...fue un descontrol...”

Refiere que buscaron tratamiento para su hija hasta que las cosas en casa fueron cambiando dramáticamente, el ambiente familiar se había envenenado totalmente, las horas de las comidas eran un tormento y hasta los hijos empezaron a reclamar que se

llevara a su hija y el padre le decía que la calmara, pero no había modo, todo estaba totalmente alterado y ella totalmente aterrada y no atinaba a hacer lo que debía.

“...fue un descontrol para toda la familia porque no sabíamos cómo reaccionar o como actuar, yo tenía miedo.”

El tratamiento: *“... ella ya se hacía daño...”*

Las cosas en casa habían perdido totalmente el control, ninguno de los padres se podía hacer cargo de lo que estaba pasando, las comidas en casa eran una batalla, todos peleaban porque la situación del caso C era insostenible, lloraba en la mesa, gritaba que la dejaran morir, que ella solo quería morir. La psicóloga que la atendía cerca de casa se dio por vencida, el caso se había salido de sus manos y ya no sabía qué hacer con ella, y finalmente, la enviaron a la institución.

“... ella ya se hacía daño, se hacía un daño arañándose, la cara, las rodillas, los brazos, donde pudiera, porque decía que no quería vivir, y yo no sabía por qué lo hacía, mi esposo también me decía, pues este, contrólala, pues qué le pasa, o qué hacemos, y le decía pues no se qué hacer, y fue cuando la doctora nos dijo que viniéramos acá y ya llegamos acá y creo que poco a poco creo que hemos entendido la situación de ella.”

Había tenido varios intentos de suicidio, su actitud era totalmente retadora, su estilo de comportarse afectaba a todos los miembros de la familia y a ella pareciera no importarle, como si lo único que le provocara bienestar era estar delgada, la madre estaba muy angustiada y había ya perdido el control, llegaron a pensar que lo más sano para su hija era que ellos se separaran.

"Tuvo como cinco intentos de quererse aventar al metro, de un puente, y de la ventana de la casa, cuatro, se quedaba en la mera orillita y le pedía yo, le suplicaba que no lo hiciera"

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“...yo estaba fundida con ella...”*

Empezó a comprender que su hija no era la única culpable de lo que estaba pasando, que ellos también tenían algo de culpa, que la hicieron voluntariosa, la sobreprotegeron durante toda su infancia. La diferenciaron demasiado de sus hermanos y le cumplieron sus caprichos, aunque a veces les pareciera que eran absurdos como dejarla que estudiara para aeromoza o permitirle que hiciera lo que quisiera sin importar si eso afectaba a los demás hermanos, pero con tal de que aquello no se volviera una guerra los padres aceptaban sin conceder.

“...a lo mejor parte de ella no nada más es la culpa, que como padres tenemos la culpa, no, no culpa, a la mejor... que será, el que... es... se rompieron muchos límites en su proceso, de cuando estaba en la escuela y de decirle, sabes qué tienes que llegar a esta hora, te tocan tus obligaciones aquí en la casa...”

Cuando la madre se involucró en el tratamiento de su hija se sintió acompañada, empezó a ver que había ciertos cambios, pero tuvo muchas dificultades para entender lo que estaba pasando y lo que tenía que hacer, el padre era quien más seguido acudía y le explicaba a ella, pero la madre continuaba con dificultades para llevar a cabo las indicaciones.

“...ahora sí que cuando empezamos a venir aquí a las terapias, fue cuando si me costaba, me costó, me sigue costando trabajo, pero ya la actitud de ella es diferente, o sea llegar hasta quererse matar, después se empezó a dañar no nada más los brazos, sino la cara...otra ocasión llegué y se arañó, se arrancó toda la piel de aquí de la cara... por según no ponerle atención, y todavía no quería comer, las cosas eran a la fuerza y mi esposo decía... si ella quiere comer allí esta, pero tú no eres culpable, su decisión es de ella” pero eso es lo que no podía yo entender hasta que la tuvimos que llevar a que se quedara internada, que eso era lo mejor, que se quedara internada.”

Comenta que las cosas fueron empeorando conforme fueron avanzando en el tratamiento, su hija estaba desesperada porque no soportaba los cambios que su padre había hecho, el padre la presionaba para que hiciera cambios y la hija estaba muy enojada con el padre porque estaba convenciendo a la madre de que tenía que hacer modificaciones.

“...empezó a odiar a su papá, lo primero fue un odio terrible a su papá, porque él decidió cambiar a lo que venimos haciendo... pero como que él ya había entendido poco a poco, mientras que yo todavía no,...yo estaba fundida con ella, y el problema fue que llegamos hasta el límite de que ya discutíamos y nos gritábamos.”

Sobre la recaída: *“...ya se le pasan las actitudes de quererse... suicidar”*

Cuando C regresó otra vez a las conductas, fue un dolor muy fuerte para la madre ya que esta vez ya había cumplido la mayoría de edad y tuvo que ser hospitalizada en un hospital para adultos y la experiencia fue muy desagradable. La madre estaba impactada con la experiencia y no quería que se quedara allí, el padre la confrontó con la idea de que su hija ahora debía asumir las consecuencias de sus conductas y que definitivamente no era nada fácil vivirlo, pero así tenía que ser.

“Si tuvo recaída, regreso otra vez a la conducta y precozmente porque regresó volvió a ser internada, pero ahora como ya había cumplido los 18 años, se fue al otro hospital.”

La madre recuerda que su hija la llamó y le dijo que se sentía muy mal, que estaba fuera de control y que se quería volver a internar, que temía hacerse más daño. Sin embargo la madre se muestra poco cooperadora y hasta cierto punto negligente.

“ya se le pasan las actitudes de quererse éste... suicidar y eso, y empieza a subir bien de peso y a comer sola, y regresa a que ya no quiere volver a comer, y por ella misma me dice “mamá es que me quiero internar”, dice “por favor llévame” y yo le dije “Hija estoy en la escuela” y ella habla aquí al hospital y dice que tiene una ansiedad muy fuerte de quererse lastimar”

Remisión sintomatológica: *“...fue un descontrol...”*

Comenta que han dejado que su hija asuma la responsabilidad de su enfermedad, que se haga cargo de ella misma, quien se necesita atender y aparentemente seguir las indicaciones es ella misma, de tal forma que ella misma debe buscar la mejor estrategia para asumir su responsabilidad de cuidarse y alimentarse bien, o mejor de lo que ha hecho hasta el momento.

“...necesitamos trabajar mucho, mucho en nuestros cambios precisamente de actitudes, mediante estas terapias. Ella se volvió muy dependiente de mí, demasiado, hasta llegar al punto de manejanos totalmente y en la recaída yo pude cambiar, el trato en cuanto a sus conductas que ella tenía. Dejé de estar aliada a ella, empecé a hacer y dije yo aquí le corto y tu sola lo que te está pasando, yo voy a estar aquí contigo, pero no en tus berrinches, eso si no, tú sabes que a partir de ahora no quiero berrinches en la casa”

Epílogo: *“...algo ahí fallo en nosotros como papás...”*

La madre del caso C comenta que le ha costado mucho entender lo que ha estado pasando con su hija, reconoce que ella la ha consentido más que a sus otros hijos, porque la consideraba como la chiquita de la casa, pero se ha dado cuenta de que su hija se ha aprovechado de todas las ventajas que ha tenido, como la preocupación excesiva de los padres, el cuidado y la atención depositada en sus tres hijos, la madre la reconoce a su hija como una mujer manipuladora con muchas dificultades para manejar su medio ambiente y se ha cubierto de la necesidad de afecto para lograr que sus padres estuvieran demasiado pendiente de ella, más la madre, quien se ha sentido culpable de la enfermedad de su hija a lo largo de todo el tratamiento. Reconoce ahora que el haber salido a trabajar y dejar su casa le causó gran conflicto y

se ha podido dar cuenta de que utilizó a su hija C para tenerla como aliada en casa y las cosas estuvieran bajo su control.

“...algo ahí falló en nosotros como papás que hicimos que mi hija cayera en eso, fallamos en que no éramos parejas en cuanto al trato de los hijos, le dimos más a ella que a mis otros dos hijos, y cuando ella vio que le faltaba algo dijo, no yo de aquí me agarró, y fue cuando me empezó a manipular sin que me diera cuenta, y hasta llegar hasta donde llegue, a sentirme culpable.”

Reconoce que estaba tan preocupada y tan inmersa en el padecimiento de su hija que en verdad pensaba que sufría mucho y eso le ha causado una gran culpa y un gran malestar.

“Yo no lo veía como berrinche era como desesperación, era como salvarle la vida. Bueno así lo pensaba yo, yo veía a mi hija desesperada, para mí era una angustia terrible que sentía yo, como culpabilidad hacia algo que yo había hecho para que mi hija se comportara así.”

6.3.4. PADRE DEL CASO C (PA09F03)

Estructura diacrónica del relato.

El padre del caso C refiere que se pusieron de acuerdo para el trabajo, ya que ambos son profesores y trabajaban el día completo, cuando nacieron los hijos la madre dejó de trabajar durante las tardes y se dedicó a cuidar de sus hijos, comenta que llevaban una vida muy tranquila hasta que su hija menor entró a la preparatoria, el ambiente se empezó a hacer difícil en casa.

“...como estábamos viviendo, nos llevaba a vivir pues situaciones bonitas, vivíamos como una familia normal, yo me sentía contento y todo esto, el cambio vino a raíz de que mi hija entró a la escuela, a la preparatoria de sobrecargos, eee, bueno, nos contaba que se sentía agredida por sus compañeras, se empezaba a sentir inferior”

Epifanía; *“yo creo que uno de los errores que tuvimos como padres, fue darle todo a nuestros hijos”*

El padre piensa que el proporcionarles a los hijos todo lo que quieren es un error, pero no lo había observado, hasta que su hija se aprovechó de ello y empezó a tener conductas para manipularlos y obtener beneficios sobre sus hermanos.

Inicio del padecimiento: *“empezaban a llegar situaciones como de inferioridad”*

El padre del caso C comenta que su hija empezó a tener problemas con su autoestima, cuando inició la preparatoria, su hija les contaba que se sentía agredida por sus demás compañeras y que empezaba a sentirse inferior, pensaba que estaba muy fea, y refiere

que por más consejos que trataba de darle para que no viera las cosas de esa manera, ella insistía en que él era su padre y que obviamente no la podía ver fea pero que en realidad sí lo estaba, él considera que a partir de ese momento dejó de comer.

“...por más consejos que yo trataba de darle de que no eran así las cosas, ella insistía de que yo, como era su papá y que un papá no podría decirle cosas feas a su hija,... pero fue muy fuerte esta situación, que ella empezó a dejar de comer.” “Yo no vi absolutamente nada”

Explica que él no se había percatado de nada, que algunas veces llegó a comentar con su esposa que su hija estaba adelgazando, pero no le dieron la mínima importancia, recuerda que la familia extensa comentaba sobre el peso de su hija, pero ellos no imaginaban que pudiera tener una enfermedad, se dieron cuenta de que su hija no quería comer y recuerda que trataban de convencerla de que comiera y también comenta que estaban muy temerosos, ya que las cosas que hacía y decía su hija los asustaba en demasía.

“No, yo no veía absolutamente nada, no vi nada, no notaba yo nada, de hecho, comentábamos mi esposa y yo que estaba adelgazando mucho, los comentarios de los familiares cuando nos veían, “oye, tu hija qué... qué tiene, o sea esta muy delgada...La veíamos muy delgada”

El padre del caso C menciona que estaban angustiados y demasiado atemorizados como para pensar claramente, notaban que su hija no quería comer, pero que además los amenazaba con aventarse por la ventana, cortarse, lastimarse y eso a ellos los mantenía preocupados y demasiado pendiente de su hija menor, al grado que descuidaron totalmente a sus otros hijos. Reconoce que durante mucho tiempo estuvieron muy complacientes con su hija, que le ofrecían comprarle cosas con tal de que comiera y le hacían caso todo el tiempo, situaciones que se tornaron en rebeldía y manipulación.

“No, sí me di cuenta... nos tenía espantados, ya, pues la veíamos muy delgada, ya se volvió rebelde, o sea empezó a manejarnos... entonces cuando llegaba, oye mira, es que pasó esto, que C, se iba a aventar de la ventana, o que se iba a ir de la casa, o sea cuando nos espantaba de que se iba a ir de la casa, pues yo le decía a mi esposa pues, déjala, pero yo siempre iba atrás de ella escondido, para ver qué hacía, dónde se iba, nunca se fue, pero siempre nos tenía con el temor, vivíamos con el espanto, y lógicamente con las atenciones hacia ella, hacia ella eran más atenciones.”

Paliativos para dejar de comer

El padre atribuye la rebeldía de la hija y su enojo como estrategias para poder levantarse de la mesa y no comer lo que debía, o para obtener las cosas que ella quería, como si a través de preocuparlos y negarse a alimentarse continuara exigiendo un lugar especial en casa, que se le hiciera más caso que a sus hermanos y que se le compraran cosas.

“...me di cuenta, empezamos a notar que mi hija no quería comer, entonces cuando no quería comer casi, nosotros, come y mira te compramos esto, o sea, prácticamente lo que hacíamos era, tú come y tienes derecho a esto, o sea la premiábamos, porque comiera y como que ella empezó a ver ese tipo de situaciones de que, pues dejaba de comer y la premiábamos, en lugar de hacerle ver las situaciones de otra manera”

Buscar ayuda: “Todos estábamos súper espantados”

Comenta que la familia, antes del trastorno funcionaba bien, que estaban de acuerdo en la forma de trabajar y en el cuidado de los hijos, reconoce que con su trabajo de fin de semana tenía poco tiempo para estar con su familia, pero que no descuidaba las labores que él consideraba debía hacer un padre, como estar en las juntas escolares, platicar con los hijos, estar siempre al pendiente; sin embargo. piensa que fue un error darles a sus hijos todo lo que pedían o llegaban a necesitar.

“...yo creo que uno de los errores que tuvimos nosotros como padres fue el haber dado todo a nuestros hijos, el tratar de darles todo lo indispensable, ¡más de lo indispensable!...”

El padre no reconoce ningún conflicto anterior a la enfermedad de su hija, minimiza sus problemas con el alcohol o algún problema que pudiera dar fundamento a las escenas de celos de su esposa.

“...tuve problemas con mi esposa, en base, estoy hablando de hace 15 o 16 años, de que me gustaba tomar a mí, me gustaba y eso no le agradaba a mi esposa, ella tomaba las situaciones como de alcohólico, pues, o sea siempre me lo ha manejado que soy un alcohólico, ahora a la fecha tomaré una vez cada cuatro o cinco meses, solo un día, ya no hasta perderme...yo le estoy hablando de hace 15 años o 14 años y lo de C es reciente, y siempre cuidé de que cuando tomaba mis hijos no me vieran tomado, siempre procuré cuidarlo, y le decía a mi esposa, ¿sabes qué? ahorita todavía no llego...”

El tratamiento: “empezamos a tomar pláticas”

El padre refiere que debido a los comportamientos extraños de su hija, les recomendaron llevarla con una psicóloga que estaba por su casa, quien a su vez les

recomendó un hospital infantil y la internaron por un intento suicida pero todavía no había un diagnóstico definido.

“Pues porque estábamos súper espantados, desconocíamos esto, desconocíamos pues la enfermedad, e... la psicóloga con la que la llevamos nos recomendó un hospital, el infantil, la llevamos allá y de alguna u otra forma empezaron a hacerle estudios y si, la internaron ahí, y empezamos a tomar pláticas ahí...”

Sobre el diagnóstico: *“Se quiso suicidar, se quiso aventar por la ventana”*

El padre del caso C hace un recuento de todas las conductas que mostraba su hija, como en sumatoria, es decir, a cada conducta inadecuada se le agregaba otra y después otra, lo que hacía muy complejo comprender qué estaba pasando y qué diagnóstico tenía en realidad. Comenta que en el hospital infantil, les explicaron un poco sobre el trastorno de alimentación, pero no fue hasta que llegaron a esta Institución, que se enteraron completamente del diagnóstico con el que cursa su hija y se logró iniciar un tratamiento dirigido a la sintomatología alimentaria.

“...se quiso suicidar, se quiso aventar de la ventana, entonces todas las situaciones se fueron acumulando, o sea, el no comer, el quererse aventar, entonces ahí empezamos a tener nuestras primeras pláticas, después de ahí, la doctora, la primer psicóloga que tuvo, nos dijo de este lugar, nosotros lo desconocíamos, entonces, después de otro arranque posterior en la noche, llegué del trabajo y mira que C, que ya pues otra vez, todavía seguíamos, y la trajimos acá.”

Experiencias en los diversos tratamientos: *“se sienten ahorcadas y empiezan a buscarle”*

El padre menciona que su hija ha estado en cuatro tratamientos, primero con una psicóloga cerca de su casa, y en el momento que tuvo un intento suicida, les recomendó el hospital infantil privado, donde es hospitalizada por primera vez, y donde se va perfilando un tratamiento hacia el trastorno de alimentación, porque su hija se encontraba en bajo peso y se rehusaba a comer. En ésta institución, recibieron pláticas de orientación para saber cómo manejar a su hija. En cuanto salió de la hospitalización, C regresó a tratamiento con la psicóloga, quien recomendó un hospital de tercer nivel de atención con una clínica especializada en trastornos de la conducta alimentaria, a pesar de que el diagnóstico de alimentación no estaba definido, la pérdida de peso de su hija era muy notoria y parecía ser el tratamiento de elección. En esta institución, se confirmó el diagnóstico de anorexia nervosa restrictiva y se

observaron los componentes de impulsividad, razón por la cual fue hospitalizada por segunda vez.

“los comportamientos de las niñas, son los mismos y cuando nosotros como padres actuamos de una manera ya, en donde la chica se siente con el límite ya, sabes que lo haces o lo haces, se siente ahorcada y empieza a buscarle y ya de eso vienen otras estrategias, como el dañarse ella en la cara, daños pero feos, se dejó la cara súper marcada, se tuvo que ir con el dermatólogo, bueno, en fin y situaciones en donde yo ya no compartía con mis esposa.”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“empecé a ver que se pueden manejar este tipo de situaciones”*

El padre comenta que a partir de que él empezó a involucrarse en el tratamiento, la familia ha estado mejor, tienen muchas cosas que les faltan, pero han estado más tranquilos, han podido contener mejor con el miedo y con las conductas extrañas de su hija. Sin embargo, reconoce que su hija los maneja con su forma de actuar, empieza con no comer y cuando eso ya no es tan preocupante y han logrado disminuir su miedo, se le ocurren otras conductas como rasguñarse la cara o cortarse los brazos, o robar, como si solo desplazara su impulsividad hacia otra actividad que también la dañe.

“...ahora mi situación empezó a cambiar a raíz de las pláticas que tuvimos y yo empecé a ver que verdaderamente, se pueden manejar ese tipo de situaciones pero siempre tenemos que llevar un mismo camino, pero como no coincidimos yo creo que esa es la situación por la cual no podemos con la enfermedad, no podemos combatirla, yo no logro convencer a mi esposa... ella es quien debe manejar la situación, nosotros debemos de apoyar, apoyar poniendo límites, no haciendo lo que ella quiere que hagamos...”

La recaída: *“Mi hija me odia”*

El padre comenta que su hija utiliza la enfermedad para mandar, ordenar y opinar sobre todo lo que se hace en la casa, las decisiones que se toman en general, el que no vaya a estudiar, el significado que le da a la enfermedad, es como una herramienta de la que la hija se vale para conseguir todo lo que se propone, incluso se cree con el derecho de opinar sobre la relación de pareja de sus padres, cosa que los otros hijos no hacen porque no tienen nada que les otorgue ese derecho, como en el caso de C que tiene la enfermedad.

“...mi hija me odia, mi hija me odia, tanto es así que luego yo he visto que le cuenta a mi esposa... que yo no le convengo, de qué tipo de esposo, que siempre la hago yo, que mi esposa hace siempre lo que yo le digo... empieza a crear fantasías, empieza a crear situaciones que no hay en la casa, situaciones en

donde mi hija empieza a manejar cosas que le quiere hacer ver a mi esposa, que yo no soy el hombre con el que debe de estar... que ella se dé cuenta de que yo, o sea... empiezo a engañar a mi esposa para que ella actúe de otra manera con C como si la enredara... dice es que yo no le voy a creer a una niña enferma, no le vas a creer a una niña enferma, pero bien que le haces caso.”

“la enfrenté a situaciones... sola”

El padre piensa que su hija regresa al síntoma cuando se tiene que enfrentar con situaciones nuevas, que ella considera que no puede manejar o que la atemorizan, también considera que el haberla consentido tanto le ha hecho daño, donde él reconoce que siempre le han proporcionado lo que su hija ha querido.

“...tantos consentimientos, porque de alguna u otra forma consigue lo que está queriendo,... esos momentos yo lo atribuyo a dos cosas; una, de que la doctora le cambió de doctor, y a ese doctor mi hija le tiene pánico, otra yo siento de que la dejé ir solita al hospital, la enfrenté a situaciones a donde yo siempre la había acostumbrado a ir conmigo, y todas estas situaciones vienen porque ella no puede resolver sus problemas ella sola, como que siento que se siente incapaz, y por eso regresa a la conducta, bueno antes era la comida y ahora es lastimarse la cara”

“Es seguir echando culpas”

El padre piensa que ella necesita que la estén cuidando, así tal cual, como una necesidad, como si ella sola no pudiera contender con las experiencias del medio ambiente y necesitara de los padres para continuar viviendo, como tener que agarrar a los padres de nuevo, sin importar que conducta nueva adopte con tal de tener a los padres al pendiente de ella.

“...o sea yo siento que le empieza a buscar, le empieza a buscar, si no es la comida, es el daño, le empieza a buscar de tal manera, de tal manera que trata de ver en dónde está la situación para agarrarnos de nuevo y chin estar ahí con ella... es seguir echando culpas, pero a mi esposa sí me la agarra...”

Medidas ante la recaída: *“La enfrentamos a situaciones”*

El padre refiere que ante la recaída toman medidas inadecuadas, considera que hacen todo lo posible para evitar que su hija vuelva a estar mal, pero que eso no les ha funcionado y solo sirve para que ella les vuelva a provocar miedo y es una puerta que abren a la manipulación.

“El miedo, no recuerdo bien, pero fue, el que la enfrentamos a situaciones que ella tenía que resolver por sí misma, como ahorita, y cuando tiene algún temor o algo así empieza a sacar miles de situaciones...nosotros no vamos a ser eternos y lo que nosotros queremos es que tú solita ya te vayas saliendo, que saques las cosas adelante, pero pues, no hay nada de eso, cuando se le enfrenta”

“Le tengo mucha desconfianza”

Habla también sobre la desconfianza que le tiene a su hija, y que considera que debe asumir más responsabilidades en su vida, estas situaciones le hacen pensar que tendría que estar cuidando de su hija todo el tiempo.

“...pero yo no confío, le tengo mucha desconfianza a mi hija, como que me hace ver que esa desconfianza que yo siento, si me hace darme cuenta de que estoy bien, porque conozco demasiado a mi hija... quiere que siempre la estemos cuidando.”

Remisión sintomatológica: *“Hay días en la que se la lleva uno tranquilo”*

A partir del tratamiento, las cosas empezaron a mejorar, el padre refiere que ahora tienen mejores días, antes todos eran muy conflictivos, pero ahora la pueden pasar mejor, observa que le puede otorgar un permiso y logra quedarse menos preocupado, antes ni pensar en esa posibilidad, el ambiente familiar ha mejorado notablemente, tienen menos conflictos, viven más tranquilos.

“...hay días en los que se la lleva uno tranquilito, o sea no hay problemas, nos sentamos en la tele a veces, nos ponemos a platicar, a veces platica ella conmigo, ehh... comemos juntos, de repente, cuando coincidimos... Pero mi relación con ella mejora en partes, un día sí, cinco días no, un día sí, otros tres días no, no mejora cuando yo aprieto, cuando no hago caso a las cosas que quiere, a los caprichos que ella quiere que sean... por ejemplo, hoy es martes y me pide permiso para el viernes, pero en miércoles o jueves, chin ya estalló la bomba, o no hizo su quehacercito, o no vino a pláticas, y ya no va.”

Epílogo

El padre del caso C, comenta que los problemas en su casa y en su familia, empezaron cuando su hija menor enfermó del trastorno de alimentación y a partir de ese momento las cosas empezaron a empeorar, de tal forma que pasa por alto, sus dificultades con el alcohol o los celos enfermizos de la esposa, o que también su otra hija presenta un trastorno de alimentación o los consentimientos que ha tenido el hijo mayor, quien no respeta los límites puestos por los padres o las necesidades emocionales que coexisten en su casa. Pareciera que el padecimiento de la hija menor, cuando se convierte en un conflicto familiar y afecta a toda la familia, marca el momento de poner cartas sobre la mesa y buscar la manera de resolver los conflictos que se han ido agregando a lo largo del proceso de la enfermedad de la hija, como las dificultades en la forma de educar, la falta de límites, los conflictos específicos de cada

uno de los hijos, el trastorno de alimentación que la otra hija presenta, las dificultades en la relación de pareja, los celos de la madre, el alcoholismo del padre.

Pareciera ser que nadie en la familia se da cuenta de los conflictos existentes en la misma, hasta que aparece el problema grave de la hija menor que afecta todo el ambiente familiar.

6.3.5. Trayectoria del relato del caso C

En las narrativas de tipo progresivo que ya hemos analizado, como en los dos casos anteriores, lo que se enfatiza es la recuperación física o emocional de la paciente tras haber iniciado el tratamiento y finalizaba en periodos de estabilidad donde se esperaba que el tratamiento se hubiera naturalizado y no se detendría hasta el alta médica. Incluso, la experiencia del padecimiento podía representar un gran cambio en la forma de vivir y hasta en la forma de ser de la persona. Sin embargo, en las narrativas de estabilidad, este fenómeno de “naturalizar” la enfermedad no se observa en el relato de C. Tampoco en el siguiente relato del caso D, donde si bien ambas pacientes se mantienen en el proceso de tratamiento, el interés principal no es la recuperación, sino el mantenimiento de la mejoría para que no altere el ambiente emocional de casa y a los demás miembros de la familia que han logrado normalizar su vida con el mismo. En estos relatos no se exalta ni la transformación personal de la paciente, ni el cambio en el estilo de funcionamiento de la pareja parental ni de la familia en general, o de las redes sociales, son relatos con menor carga afectiva.

La historia narrada por C no demuestra ni conciencia de enfermedad, ni reconocimiento de lo grave del trastorno, ni las dificultades que ha tenido para mantenerse en el tratamiento, ni siquiera menciona las recaídas y lo complejo de sus conductas inadecuadas. Lo único importante es que antes era insufrible vivir con ella y que a partir de que inicia el tratamiento mejora, puede regresar a sus actividades, ya no altera el ambiente familiar, los cuidadores primarios no tienen que hacer grandes cambios, ni modificaciones. Entonces se despreocupan del tratamiento y no importa si C lo abandona, o si sucede otra recaída, mientras no afecte de nuevo el ambiente en casa, solo están esperanzados de que no suceda. No se logran hacer cambios de largo plazo.

Al igual que en la siguiente narrativa, el caso D donde también se observa la estabilidad del padecimiento a partir del tratamiento, pero no se logran hacer cambios, que naturalicen el tratamiento, ni interesa la recuperación física o emocional de la paciente, mientras que no se afecte el ambiente en casa; todos pueden regresar a realizar sus actividades sin hacerse cargo de modificar para una mejoría.

6.3.6. ANALISIS DE LA NARRATIVA POR EJES TEMÁTICOS DEL CASO C

En este análisis retomaré los temas centrales, de la misma forma que se llevó a cabo en los dos casos anteriores, tomando en cuenta los mismos temas emergentes que surgieron en el análisis del caso A.

EL PADECIMIENTO

Razones por la que inicia el trastorno de alimentación: en el caso C, el problema aparece al mismo tiempo que la crisis de adolescencia, donde los rasgos de personalidad de C tiene un peso muy importante, además de tener el deseo de pertenecer a un grupo de riesgo, donde la belleza física tiene una importancia básica, y la relación con la madre es muy importante. Sin embargo, sufre un cambio en el mismo momento, ya que la madre se aleja porque empieza a trabajar y queda al cuidado del padre, situación que C no tolera ya que lo vive como un abandono por parte de la madre, mostrando una gran dificultad para separarse de ella. Aparentemente su necesidad afectiva rivaliza con la de los demás hermanos y tiene la necesidad de mostrar que ella necesita más a la madre que sus hermanos; se encarga entonces de lograr que la madre cuide al extremo de ella, sobre los demás miembros de la familia, además de la notoria dificultad para relacionarse con su grupo de pares y sentirse agredida por ellos, mostrando una gran vulnerabilidad a la crítica y dificultades para contender con ello, y es el momento en el que empieza a sentir que la madre deja de estar pendiente de ella y se siente desprotegida. La madre coincide con su hija en que el trastorno alimentario inició cuando ella dejó de estar en casa porque empezó a trabajar durante más tiempo y ya no podía estar tan pendiente, no se percató de la dependencia que había fomentado en su hija, como para llenar sus propias necesidades ni tampoco se da cuenta de la gravedad de la enfermedad de su hija, hasta que el ambiente en casa empieza a sufrir cambios y empiezan las mayores

dificultades. En cambio, el padre sostiene que inicia el trastorno de alimentación cuando su hija no puede contender con las situaciones de rivalidad propias de su edad y es demasiado vulnerable a la crítica de su grupo de pares. Pero tampoco ubica cuándo empezó el trastorno y su preocupación también aumenta cuando el ambiente en casa empezó a cambiar.

Reconocimiento de las emociones: el caso C reconoce que se sentía deprimida, ansiosa y muy insegura. Su sentimiento de inadecuación es muy elevado, al igual que su baja autoestima, también apareció el miedo que la fue paralizando, refiere que se fue alejando, tanto en la escuela como en su casa y que eso la hacía sentir muy sola. Sin embargo, observó que estando enferma la madre la cuidaba mucho y estaba muy pendiente de ella entonces se empezó a sentir más dependiente de su madre. La madre aparentemente, actuó de esa manera porque tenía miedo y estaba muy desesperada, comenta que llegó hasta suplicarle a su hija que no se hiciera daño; reconoce que se sentía muy culpable y que en realidad no sabía por qué, pero se volvió muy permisiva con sus hijos, con el caso C más que con los demás. Refiere que tenía mucha angustia y que eso la forzaba a aliarse con ella en contra del padre y de los otros dos hermanos. El padre, en cambio, se muestra menos vulnerable emocionalmente, menciona que antes de la enfermedad de su hija, se sentía muy contento con su familia, pero cuando empezó a ver que su hija adelgazaba cada vez más se empezó a sentir temeroso, pero no toca mucho el sentimiento, pareciera que no tiene la capacidad para reconocer lo que siente. Refiere sentir que su hija lo odia porque le ha puesto límites y porque ha volteado a la madre en su contra.

Conductas que actúan como mantenedoras del síntoma: el caso C menciona que le gustaba tener a sus padres asustados porque de esa manera obtenía lo que quería, y que no comer la mantiene en control de todas las situaciones. Pero las emociones son las que se le salen de control y por eso se rasguña o se lastima. La madre observa que sobreproteger a su hija ha salido contraproducente porque cada vez empeora más en lugar de ir mejorando, y el padre se da cuenta de que darles todo a sus hijos no ha sido la mejor forma de educarlos.

Conductas que no permiten hacerse cargo de su situación de vida: pareciera que el trastorno de alimentación les funciona muy bien a los tres para no hacerse cargo de lo

que les corresponde. Por ejemplo, al caso C le sirve para no continuar con sus estudios y hacer lo que ella quiere, y por fin ganarles la batalla a los hermanos de la rivalidad afectiva. Al padre le sirve para echarle la culpa a la esposa de que su hija esté mal y que no asume su responsabilidad para controlar a su hija y a la madre, a su vez, le sirve para controlar al padre, que no tome y que esté al tanto de su hija y no se vaya a tomar o con los amigos, como una necesidad que tiene la madre de que la hija le sirva de control. Lamentablemente el caso C hace muy bien su trabajo, porque hasta acusa al padre cuando lo considera necesario.

Conductas para tolerar el hambre: el caso C comenta que lastimarse le ha servido para aguantar el hambre, reconoce que piensa en que cosas no ha comido y cortarse o rasguñarse le entretiene el hambre, incluso lo llama “flagelación”. La madre notó que se enojaba a la hora de las comidas y era un buen pretexto para no comer, también se dio cuenta de que su hija mentía, decía que había comido en la escuela o con sus amigas y por ello no comía en casa, la realidad es que no comía en ningún lado. El padre no notó nada, dejó como siempre, la responsabilidad a la madre, solo le pedía que la controlara.

EL TRATAMIENTO

Razones para iniciar el tratamiento: aunque el caso C nunca pidió ayuda claramente lo hacía a través de sus conductas, como los intentos suicidas, que los hacía en cuanto la madre llegaba, con la finalidad de que los padres se dieran cuenta de que no estaba bien. De alguna forma, tenía que mostrar que se sentía muy mal, que dependía de su madre y que le hacía falta, que se encontraba en un momento crítico de su vida y que no sabía cómo sobrellevarlo, pero parecieran ser gritos silenciosos porque jamás fueron escuchados. Como si la madre tuviera una gran incapacidad para interpretar las necesidades de su hija y el padre no pudiera traducir las situaciones. Los padres buscan el tratamiento debido a que la conducta de su hija empezó a afectar a todos los miembros de la familia, buscar una psicóloga cercana quizás con la fantasía de que el problema no fuera demasiado grave.

Emociones que se mencionan: C reconoce que iniciar el tratamiento le provoca mucha ansiedad, porque no sabe en realidad diferenciar sus emociones ni manejarlas, y el trastorno de alimentación le ayuda a contender con el miedo que le provoca la

incertidumbre y su incapacidad para adaptarse a su grupo de pares, sociabilizar y tolerar la competencia (o su propia envidia). La madre del caso C habla del dolor y la tristeza que le provoca ver todo el daño que su hija se hace cuando se lastima y eso hace que se haga una alianza con ella, que las excluye de toda la familia.

Pensamientos ambivalentes hacia el tratamiento: C entiende su ambivalencia ante curarse y dejar la protección y beneficio que le brinda el trastorno de alimentación. Sin embargo, se muestra temerosa de no salir adelante del trastorno, por lo que tiene dificultades para llevar a cabo el tratamiento. La madre también encuentra beneficios en que su hija esté enferma, es una manera de controlar el espacio, al padre, a los hijos, ya que en su ausencia todos deben de cuidar de C y cuando ella regresa, entonces se hace todo como ella desea, como si su hija fuera su aliada, como si la madre necesitara que alguien ocupara su lugar de control durante su ausencia. No obstante, esta conducta le provoca culpa y de ahí, la ambivalencia. El padre está totalmente de acuerdo con el tratamiento porque si su hija se cura, él puede obtener de nuevo su libertad.

Reconocer la función del síntoma: C observa que había cambios en ella, como la inseguridad, como la baja autoestima, dificultades en aceptarse con las consecuencias de la adolescencia o lidiar con un sentimiento de inadecuación, considera que por ello cayó en la anorexia nervosa, a través de ella logró sentirse más aceptada. Por un momento se volvió la solución a sus problemas, pero no pudo mantenerse así por mucho tiempo, la anorexia nervosa la sacó de la escuela, la llevó al aislamiento social y la sumió en una gran depresión. Ahora comprende que el padecimiento la hace sentir protegida y con una sensación de control, pero no dura por mucho tiempo y se derrumba nuevamente.

Involucrar a los padres en el tratamiento: cuando los padres acuden al apoyo terapéutico, las cosas en su casa comenzaron a cambiar. C empezó a sentirse muy enojada porque no recibía los mismos beneficios que tenía en el momento agudo de la enfermedad, sus hermanos también empezaron a quejarse de que los padres empezaron a poner más límites y a estar más al pendiente de lo que hacían, a cuidarlos más, les asignaron actividades en casa a cada uno y se encargaron de que las cumplieran, inscribieron a C en la universidad y ya no hubo más concesiones, por lo

que no tuvo más alternativa que empezar a estudiar y volverse más responsable con sus actividades.

LA RECAIDA

Lo que está ocultando el trastorno de alimentación: aparentemente, en esta familia se está ocultando la problemática familiar y el malestar generalizado de todos sus miembros. El mal vínculo afectivo en el que se encuentran los padres, el padre con un problema grave de alcoholismo y la gran incapacidad para realizar la labor de padres, como poner límites, dar órdenes y asignar responsabilidades y hacer que se cumplan, así como la forma impredecible y dispareja en la que se ha educado y dado preferencia a algunos de los hijos. La necesidad afectiva de la madre, volcada en la hija menor, refugiándose en cuidarla y tenerla como alidada, sin observar el daño que le provoca.

El trastorno ayuda a subsistir: Para el caso C, el trastorno de alimentación ha contribuido para que se defienda del malestar emocional que siente, debido a su incapacidad para adaptarse al mundo que le rodea; como una forma de controlar ciertas emociones que la dominan, como la rivalidad entre los hermanos, la envidia hacia su grupo de pares, su vulnerabilidad a la crítica y los problemas con su autovalor, basado únicamente en el peso y la figura.

Significado de la recaída: regresar a la sintomatología es una manera de mantenerse segura, estar en un lugar donde puede mandar, decidir y controlar todo su alrededor. Para la madre, ha sido como una forma de mantenerla preocupada por ella, cuidando de ella más de lo que debería, ha pensado que quiere que estén las dos solas, para que ella le sirva a su hija en todo lo que necesita, como una extensión de ella. El padre comenta que utiliza la enfermedad para manipularlo y conseguir todo lo que desea, y que cada vez que se enfrente a situaciones nuevas, va a hacer uso de la misma para evitar hacer lo que debe.

LA REMISIÓN

Reconocer las fortalezas del sí misma: el caso C reconoce que aceptar que tiene un problema es el principio de entender lo que le pasa y cómo cambiarlo, refiere que le ha sido muy difícil darse cuenta de su situación pero ya sabe que puede estar mejor, si asume su responsabilidad de seguir las indicaciones del tratamiento y de aceptar lo que la rodea. La madre ha podido desprenderse paulatinamente del cuidado de su hija,

se ha ajustado más a lo que el padre propone y rivaliza menos con él, eso ha hecho que el vínculo entre ellos se vuelva más sólido y la hija no pueda opinar o interferir entre los dos o rivalizar. El padre ha facilitado que su hija se haga responsable de sus actividades y está pendiente de mostrarle cada vez que tiene una conducta inadecuada, para que se entere que no los puede seguir engañando, ha puesto más límites y la madre se ha solidarizado con él.

SÍNTESIS

El caso C es complejo, ya que una dinámica de relación familiar donde existe un padre alcohólico siempre tiene implicaciones para todos los miembros de la misma. El padre es muy egoísta porque funciona bajo el principio de su propio placer, con una gran dificultad en su personalidad para desarrollar empatía, además de que en el alcohol puede concentrar todos sus problemas para olvidarse de ellos y no resolverlos. El padre comenta que ha podido dejar de beber por mucho tiempo y que por eso no se considera una persona alcohólica, ya que, aunque fue a un grupo de AA, se dio cuenta de que no tenía nada en común con esa gente. Sin embargo, la madre si dice que él es un alcohólico y que necesita un tratamiento.

La madre a su vez, como esposa de un alcohólico, también puede tener ciertos rasgos de dependencia y de querer tener el control, el cual logra a través de devaluar al marido y quizás hasta reforzando el alcoholismo, un poco como en el caso de su hija a quien también considera incapaz desde el principio y tiene una actitud de sobreprotección, dando la idea de tal forma que ella sea la buena madre, que sacrificó su desarrollo profesional para cuidar de sus hijos y de su familia a pesar del alcoholismo de su marido. Con lo que la madre no contaba era con que sus hijas pudieran enfermar. Los rasgos de carácter del caso C juegan un papel muy importante en la aparición del síntoma, sin embargo, me parece que la preocupación por el peso y la figura, viene desde la insatisfacción corporal de la madre, quien constantemente está mencionando su peso y preocupándose por no subir, incluso comparándose con sus hijas, lo cual pudo contribuir con un ambiente facilitador de un trastorno de alimentación, debido a que la otra hija también enferma. Ambos padres están preocupados por realizar ejercicio y muestran excesiva preocupación por el aumento de peso.

6.3.7. CODA

La familia del caso C me parece que es un caso complicado, la historia de ambos padres es muy compleja, se han dedicado a la docencia, el padre da la impresión de dedicarle mucho tiempo al ejercicio y al aspecto físico, incluso es profesor de educación física y se observa que se cuida mucho y la madre a su vez ha estudiado para maestra de primaria y se especializó en profesora de secundaria, de tal forma que ya se van mostrando ciertos rasgos de exigencia y perfeccionismo hacia los demás miembros de la familia. Ambos padres comentan que se pusieron de acuerdo en cómo iban a trabajar y a llevar la economía en casa, y estaban totalmente seguros de que las cosas como las habían planeado, les iban saliendo bien aparentemente; es más, tenían que salirles bien si todo estaba planeado como debía ser.

Considero que la enfermedad del caso C descoloca a toda la familia y sacude la excelente planeación que los padres había llevado a cabo, nada de lo que había pasado con anterioridad había causado tantos estragos en la familia, como el alcoholismo del padre, del cual la paciente ha platicado en sus sesiones terapéuticas, como recordar cuando el padre llevaba horas fuera de casa y la madre salía con sus tres hijos a preguntarle a los amigos si habían visto a su marido, y hasta altas horas de la noche lo encontraban tirado en la calle afuera de una cantina, y entre los cuatro lo cargaban y lo metían a un taxi y lo regresaban a casa. Ninguno de los padres mencionó algún evento de este tipo durante la entrevista. El padre ha dejado ver a lo largo de la entrevista, cómo su mujer en realidad, no le hace caso y siempre lo hace menos frente a los hijos; además de hablar de que se trata de una mujer celosa e irascible, que fácilmente se enoja y pierde el control. Aunque necesita tener todo controlado, es importante acotar cómo el problema alimentario de la hermana no es mencionado, ni tratado, al igual que los problemas con el alcohol que también tiene el hermano mayor, como se minimizan los problemas, y como también se intentó minimizar el problema de alimentación del caso C. Pero no se pudo, porque ella empezó a mostrar actitudes que afectaron al ambiente familiar y que alteraron toda la dinámica; no fue un problema que haya podido ser silenciado, como los otros. Los intentos de suicidio, los problemas a la hora de las comidas, la forma en la que C se tortura dejando de comer hasta que la familia extensa se da cuenta, o cortándose, o rasguñándose la cara, o saltándose las

reglas de casa, como meter a escondidas al novio y que se quede a dormir con ella en su habitación y sin permiso, o dejar de estudiar y no seguir con las reglas puestas en casa, como una queja de que las cosas están mal, pero que no pudo ser acallada, como todos los demás problemas, que no son vistos hasta que son arrastrados a tratamiento por el problema alimentación.

6.4. FAMILIA 04 CASO “D” (HM10F04)

6.4.1. Presentación del caso D

Caso D, paciente femenina de 18 años de edad, con diagnóstico de anorexia nervosa compulsivo purgativa (ANCP), presentando vómito y ejercicio compulsivo como conductas compensatorias, acude al servicio a petición de ella, ya que se sentía muy desesperada, sentía que había perdido el control, llevaba tres años de evolución del padecimiento, tenía la idea de que se trataba de un trastorno de alimentación; sin embargo, no quería reconocerlo.

Durante dos años estuvo aguantando la conducta sin que los padres se dieran cuenta a decir de D, pero recuerda que la comida que no se comía la guardaba en su clóset, pensando que después la tiraría, pero no lo hacía, acumulaba comida y aunque empezara a oler a comida echada a perder y hubiera moscas y larvas, ella no se preocupaba, ni le daba asco, incluso se sorprendía de que su madre no se diera cuenta de que su habitación olía mal y no estuviera buscando, para ver qué estaba pasando.

“...empecé a esconderlas en mi clóset y ya después se me hizo como un hábito de no comer en la escuela y después esconderlo todo y luego tirarlo a la basura del patio, hasta que un día que mi mamá estaba limpiando mi closet o algo así y se dio cuenta de que estaba la comida ahí echada a perder...no me importaba, si tenía moscas y todo y pues me regañaron y me dijeron que pues debía tirarlo a la basura y pasaba un tiempo y comía bien y luego, ya volvía a hacer lo mismo.”

En ese momento, D ya se encontraba mal, se desmayaba en la escuela a cada instante y al principio la mantenían en la enfermería el tiempo necesario para que se recuperara, el médico escolar, su maestra y el director de la secundaria sospechaban que tenía un problema, pero cuando le preguntaban ella negaba todo, jamás aceptó que no comía, que guardaba la comida, tiraba el lunch o lo regalaba, que mentía diciendo en casa que había comido mucho con sus amigas y a sus amigas, que comería en casa.

Sin embargo, los desmayos se hicieron más recurrentes y el director ya no la dejaba salir sola hasta que llegara su madre, quien todavía parecía no darse cuenta de lo que estaba pasando.

Llegó el momento que el caso D pidió ayuda, le dijo a su madre que estaba muy mal, que ya no podía, que los demás le decían que la veían muy delgada, refiere que nunca se vio delgada, pero reconoce que se sentía demasiado cansada.

Cuando llegó al servicio pesaba, 34 kilogramos con una talla de 1.72 mts. presentando un IMC de 11.5 mts^2 se encontraba en un tercer grado de desnutrición, en sus manos se veía claramente el signo de Russell, el cabello se le estaba cayendo, su piel estaba seca y completamente cubierta de lanugo, las uñas quebradizas se le caían a cachos, sus dedos se veían huesudos y muy largos, como si solo la piel cubriera los huesos, las crestas iliacales se le notaban debajo de la ropa, todos los huesos se dibujaban en su piel, los pómulos estaban fuertemente marcados, al igual que la cavidad bucal, los dientes mostraban el desgaste típico del esmalte y en los dos frontales se mostraba la dentina, los huesos de la garganta se podían contar uno a uno al igual que los de la columna vertebral, las clavículas y los omóplatos se encajaban en su piel y rozaban el tejido, al igual que el coxis que parecía terminar en una curva en ausencia total de músculo, el cual había sido totalmente consumido por su propio cuerpo y además su cerebro presentaba una disminución de masa encefálica severa, el jefe del servicio lo comparó como si fuera una “nuez seca”. Su discurso era muy lento y con poca ilación, perdía la concentración y cambiaba constantemente de tema, su lenguaje era poco fluido y su pensamiento desorganizado. Hubo que empezar la renutrición a base de líquidos, para evitar que vomitara y se supiera perfectamente el aporte calórico que consumía para evitar un síndrome de realimentación. A las ocho semanas de tratamiento médico y nutricional, no había logrado subir el peso esperado y hubo que hospitalizarla y alimentarla con sonda nasogástrica durante las seis semanas siguientes. Al salir de la hospitalización, ya había llegado a un IMC de 18.5 mts^2 y había empezado a consumir alimentos sólidos, los cuales fueron sustituyendo poco a poco la alimentación por sonda y fue retirada en cuanto volvió a ser paciente ambulatorio.

La madre no daba crédito a la gravedad de su hija y a lo mal que la veía y tampoco a no haberse percatado del desgaste físico que era notorio para cualquiera; el padre no

apareció hasta que su hija tuvo la recaída, pero estuvo dispuesto a cubrir el costo del tratamiento.

6.4.2. Entrevista realizada al caso D

Estructura diacrónica del relato

D, al igual que los otros casos, habla muy poco de su infancia. Explica que ha vivido desde siempre en el pueblo de su padre en casa de sus abuelos y que la mayoría de los vecinos son tíos y primos, desde su infancia hasta la fecha ha convivido con sus primos como si fueran sus hermanos, incluso tiene una prima más o menos de la misma edad con la que se ha comparado siempre, su prima es la delgadita, bonita y ella la gorda y fea, reconoce que siempre ha tenido rivalidad con ella, a pesar de que la quiere mucho. Comenta que la relación con su hermano es muy mala, porque constantemente la está molestando, además de tenerle muchos celos porque aparentemente es el consentido de ambos padres, también los están comparando la mayor parte del tiempo. Reseña que su madre constantemente la crítica, en lo que hace, en su forma de vestir, en sus gustos, en su forma de ser, menciona que fue en sus abuelos en quienes se refugió de tanto maltrato, a decir de la paciente contaba más con su abuelo que con su madre o su padre, ella se sentía la consentida de él. Hace tres años el abuelo falleció y ha tenido dificultades para sobrellevar el duelo de su muerte. Toma este evento como “la gota que derrama el vaso”, y es el momento en el que empieza a sentir que pierde totalmente el control de su alimentación y la anorexia nervosa hace presa de ella. Al poco tiempo de la muerte del abuelo, es cuando la restricción se hace más severa y empiezan los desmayos en la escuela y es el antecedente a iniciar el tratamiento.

Epifanía: *“me sentía el arroz negro en el arroz...”*

El caso D comenta que se sentía muy acomplejada, se comparaba con su prima y veía que a ella no le hacían caso, empezó a sentirse fea, pero la muerte de su abuelo fue lo que cambió totalmente el rumbo de su vida, ya que perdió el control y no pudo ocultar más sus conductas de restricción.

“No sé es que estaba como muy acomplejada no sé, no me sentía la niña bonita me sentía el arroz negro en el arroz... primero era lo de la competencia que yo tenía y después fue cuando murió mi abuelito, yo estaba muy triste y entonces

eso lo tomaba de pretexto para no querer comer y no hacer nada y hasta que empeoré, o sea si fue peor que se murió mi abuelito y estuve en el hospital mucho tiempo y eso pero ese era mi pretexto para decir no es que no quiero comer, una razón más para no comer o para desnutrirme...”

Inicio del padecimiento: *“me empezó a preocupar cómo me veía”*

D refiere que todo empezó cuando estaba en la secundaria, sus compañeras la molestaban y le decían que estaba muy fea. Pareciera que el trastorno de alimentación inicia por problemas en su autoestima, pero también habla de una gran dificultad para manejar sus emociones, al sentir el dolor intenso de una pérdida y no poder contender con ello.

“...me decía que yo era la fea, que yo me veía mal, no sé como que alborotaba a mis compañeros para que me molestaran también y ya un día yo me sentía tan mal que no me quise levantar a la escuela y yo le dije a mi mamá que me estaban molestando y que no me gustaba estar ahí...pues yo he pensado y creo que empezó casi desde que iba a entrar en la secundaria, cuando tenía entre 12 o 13 años, porque ahí me empezó a preocupar cómo me veía y todo eso, pero aparte, estaba como muy triste o algo así, porque mi abuelito se murió por esas fechas ”

Da la impresión de que su abuelo ocupaba un lugar muy importante en su vida afectiva, ya que con su madre peleaba mucho y su padre la ignoraba la mayor parte del tiempo y prefería a su hermano, ella sentía que para su abuelo era la consentida, además de que toda su familia se lo decía, de tal forma que la muerte del abuelo exacerba el padecimiento.

“...muchos dicen que yo era la consentida, pero yo en realidad no sé. Y ver a alguien que yo quería mucho así, eso me ponía muy triste. Y a veces yo decía bueno estoy triste y no quiero comer y no quiero hacer esto otro, no quiero hacer nada...”

Paliativos para dejar de comer: *“no comía o hacía mucho ejercicio”*

D refiere que el ejercicio le ayudaba a dejar de comer, porque le entretenía el hambre y tampoco comía a sus horas, recuerda que todo el tiempo se sentía mareada y no tenía energía para hacer nada.

“...más bien no comía o hacía mucho ejercicio, escondía la comida, pues yo no me comía el lunch y primero lo escondía porque me daba miedo de que mi mamá viera que me compraba las cosas y yo no me las comía...no comía a mis horas y hacía ejercicio y cosas así, y aparte, como ya me había desmayado algunas otras veces...”

Buscar ayuda: *“me sentía todo el tiempo mareada...”*

Se dió cuenta de que todo el tiempo se sentía mal, cansada, sin energía ni ganas de hacer nada; se estaba desmayando más seguido, pero no quería aceptar que se encontraba mal, o que podía tener alguna enfermedad, hasta que le pidió ayuda a su madre. El caso D comenta que al principio vino por su propio deseo de mejorar, pero cuando se dio cuenta de todo lo que tenía que hacer y que lo primero era empezar a comer, se enojó mucho y se negó a aceptar el tratamiento.

“...no lo quería aceptar, porque yo decía que yo no tenía nada, hasta que un día en la prepa ya no aguanté como me sentía, pues no tenía energías de nada, me sentía todo el tiempo mareada... yo le dije a mi mamá que necesitaba la ayuda porque ya no... pues ya me sentía muy mal, y ya mi mamá me trajo aquí y ya cuando entre aquí no fue porque me trajeran sino porque yo pedí la ayuda.”

El tratamiento: *“...lo que para mí era poquito, en realidad era mucho”*

Al principio se negó a seguir el tratamiento, a pesar de que ella lo había solicitado, refería que todo lo que le decían la confundía, las preguntas eran muy puntuales y ella no reconocía claramente los síntomas de la anorexia nervosa y descubrió que muchas de las cosas que le pasaban estaban relacionadas con la falta de alimento y con las conductas de vómito y purgas, recuerda que al inicialmente no quería acudir al tratamiento y empezó a luchar cada vez más con su madre, reconoce que todo lo que le decían le molestaba y acabó por comprender que esa no era la finalidad, sino que ella se diera cuenta de que vomitar no le servía para obtener lo que pensaba que quería.

“Al principio no me gustaba, porque por ejemplo, me decían haces ejercicio y yo sí, ¿cuánto? Mucho, pero cuánto es mucho, una hora, dos horas, tres horas y yo no entendía que lo que tal vez lo que para mí era poquito en realidad era mucho, y ya al principio no quería venir y eran unos pleitos con mi mamá y yo decía ya no voy a ir a las terapias, ya no quiero ir a ningún lado y ya después, bueno, ahí sí me traían casi a la fuerza y ya después poco a poco fui entendiendo, que no sé si me decían todas esas cosas eran para hacerme entender que lo que dije...”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento: *“...no nos llevábamos bien”*

El caso D refiere que nunca ha tenido una buena relación con su madre, que ha peleado mucho con ella, no les es fácil ponerse de acuerdo y su padre siempre ha sido muy distante tiene una marcada predilección por su hermano menor, a ella no le ha hecho mucho caso.

“Sí siento que ya me llevo mejor por ejemplo con mi mamá, porque antes no sé, se enojaba mucho conmigo, no nos llevábamos bien, y ya ahorita, ya pues así como que ha mejorado nuestra relación... siento, que porque convivo más con ella, por ejemplo ella es la que viene a las terapias y todo eso, entonces el día que venimos pues aprovechamos para estar juntas y platicamos y todas esas cosas.”

Sobre la recaída: *“mi respuesta es tal vez lo del modelaje”*

Ubica la recaída en un momento en que tuvo la oportunidad de trabajar de modelo, es decir, aparentemente estaba evolucionando bien, pero la necesidad de compararse con los demás regresó, así como pertenecer a un grupo de riesgo, hicieron que volviera el deseo de adelgazar.

“...no sé, lo pienso y no sé, o sea mi respuesta es tal vez lo del modelaje, que estaba empezando a hacer eso y por esas fechas me fui a la playa y quería verme pues delgada como son todas las modelos”

Remisión sintomatológica: *“Yo siento que si me estoy curando...”*

El caso D se ha dado cuenta de que si ha ido evolucionando, que la anorexia nervosa ha dejado de ser lo más importante en su vida, sus intereses han cambiado y logra diferenciar las situaciones que la hacen pensar en la posibilidad de regresar a la conducta de alimentación alterada.

“Yo siento que si me estoy curando, o sea si me falta mejorar algunas cosas, como la parte psicológica por así decirlo porque estoy comiendo bien y no me salto las comidas pero nunca falta que me hagan algún comentario que me digan, hay pues ya estas embarneciendo, o ya estas subiendo de peso o cosas así, y yo me sienta mal... lo que me hace falta es entender...”

Epílogo

De acuerdo con el discurso del caso D, aparentemente el inicio del padecimiento está relacionado con determinadas características de personalidad, como el sentimiento de inadecuación, la baja autoestima, la valoración de la autoimagen a través del cuerpo y la figura, la incapacidad para contener con sus emociones, así como la vulnerabilidad a la crítica. Su interpretación distorsionada de las relaciones afectivas dió pie a la necesidad de modificar su físico, de tal forma que inició con la dieta estricta y la restricción de grupos de alimentos, hasta que llegó a tener conductas compulsivas acumulando el alimento que no consumía y el ejercicio extremo.

Llegó el momento en el que perdió totalmente el control de su conducta alimentaria y pidió ayuda. Los padres aparentemente, no se habían percatado de la existencia de la

enfermedad. La escuela funciona como una vía de enlace entre observar sus conductas alteradas y proponer un lugar adecuado para llevar a cabo el tratamiento. Sin embargo, cuando éste inicia, D se da cuenta del miedo que tiene de recuperarse y estar bien, por lo que se niega a seguir las indicaciones, dificultando la evolución del tratamiento.

A la madre se le pide que se involucre en el que su hija siga indicaciones y es de gran ayuda para que su hija se mantenga en el proceso, la convence de la necesidad de continuar en el, lo que le permite al caso D darse cuenta de la preocupación real de la madre y empieza a reflexionar acerca de sus ideas con respecto a la relación con ella y logran mejorar el vínculo apoyándose para mantener el tratamiento. Habla sobre la rivalidad que tiene con su hermano por el afecto del padre y como ella pensaba que él es el preferido de ambos, logra reconocer que esas ideas la hacen hundirse más en el trastorno, lo que le permite reconocer que su abuelo había sido la persona que se encontraba más cercana afectivamente de ella, así que su muerte la afecta profundamente.

Reconoce que la recaída sucede cuando empieza a pertenecer a un grupo de riesgo como el modelaje, su deseo de ser como las demás vuelve a determinar su conducta alimentaria y regresar a la anorexia nervosa. En la actualidad está estudiando la preparatoria, ha logrado mantener un IMC normal bajo y está trabajando en el restaurant de su padre los fines de semana, especializándose en hacer cafés y bebidas, acude al servicio a sus citas de seguimiento de psiquiatría y cada vez que puede y la escuela se lo permite acude al grupo de psicoterapia de pacientes con anorexia nervosa recuperadas.

6.4.3. Madre del Caso D (MM11F04)

Estructura diacrónica del relato

La madre del caso D habla poco de la infancia de sus hijos, comenta que ella y su esposo se conocieron desde la adolescencia (hace 33 años) y que llevan 22 años de casados, acepta que si han tenido problemas pero los minimiza refiriéndose a peleas simples como la casa tirada o que no se ponen las cosas en su lugar, pero comenta que cuando nace su segundo hijo, llegó a quitarle el lugar a D, menciona que el padre

siempre ha tenido preferencia por su hijo varón, ella piensa que como ambos son hombres se llevan bien, trabajan juntos y comparten actividades recreativas. La madre observa que el padre siempre ha sido muy desigual con sus hijos y ella explica que su hija no cumplió con las expectativas que ella tenía, así que la relación entre sus dos hijos siempre ha sido muy desigual y conflictiva. El hijo es como más vivo, más activo y D es totalmente pasiva. Examina que ha pasado mucho tiempo criticando a su hija y corrigiéndola y en el momento en el que nació su hermano, D quedó anulada.

Epifanía

La madre piensa que fueron varias cosas las que contribuyeron a que D enfermara: la educación machista del padre, quien siempre prefirió al hermano, la conducta de la madre con un rechazo velado pero actuado, porque reconoce que nunca estuvo a gusto con su hija, aparentemente había algo que hacía que la rechazara también, la vida junto con los abuelos, el abuelo paterno prefería por sobre todas las cosas a D y ella se sentía querida y aceptada por el abuelo. La madre en su necesidad de control, rivaliza afectivamente con él por el afecto de su hija, pero actúa como si D fuera de su propiedad, no intenta compensar el afecto que a su vez le quitaba del abuelo, exigiendo que la obedecieran solo porque ella es la madre.

“Yo siento que atacamos a D por todos lados y luego llega el hermano y entonces... remata el cuadro.”

Inicio del padecimiento: “La criticaba mucho...”

La madre del caso D narra que su hija nunca llenó sus expectativas, que constantemente la agredía, la criticaba, la regañaba, el nacimiento del hermano la desplazó, parecía no ocupar un espacio.

“La criticaba mucho, como que le decía D péinate, arréglate, no hagas eso, como que decía no yo cuando... pienso que cuando yo tenga una hija pues va a ser una princesita y bien comportadita, como que siempre la tuve muy reprimida, siéntate bien, no abras las piernas, come con la boca cerrada, no te ensucies, y yo creo que eso fue lo que... y a parte como llegó su hermano, como que la empecé a aislar un poco.”

Cuenta que cuidaba de los dos hijos, pero con D, la madre parecía ser muy irritable y molestarse fácilmente hasta que le causaba miedo a su hija. Reconoce que no platicaban para nada y que no se mostraba interesada en las necesidades de D.

“...estaba conmigo, pero era como si no estuviera, ella sentadita, calladita, bien portadita, no decía nada, porque, ahora me dice, que le daba miedo hablar porque pensaba que yo la iba a regañar si me decía algo que no era correcto.”

Refiere que tanto ella como su marido trataban a sus hijos de manera desigual, tenían preferencia por el hijo menor y le daban prioridad. Fue una forma de fomentar la rivalidad entre sus hijos.

“...ya como que la está integrando más y ya veo que la relación es como más pareja, de ambos de él y de mi parte, ya somos más parejos con los dos hijos.”

Parecía no querer darse cuenta, la madre misma lo reconoce así, ya que la persona que ayudaba en la limpieza de la casa le hacía comentarios de haber encontrado comida echada a perder en la habitación de su hija y la madre lo justificaba con cualquier excusa, hasta que ya no pudo seguir ignorando lo que desde hacía mucho tiempo era evidente.

“Señora, le encontré a D un yogurt echado a perder, señora le encontré una manzana y yo lo asumía, a que llegan los fines de semana y van las primas con ella y empiezan a comer... hasta que mi hija nos llamó y todo eso, y yo le dije oye hija y todo eso que estuvimos encontrando antes de qué era, y ya me dijo, es que yo lo escondía mamá, y si le decía oye D porque tu cuarto huele horrible y si que dejaba que el panqué, que la leche, el yogurt, y yo decía es que es la leche y la muchacha otra vez, señora volví a encontrar y yo “ay que estas primitas de D”, yo nunca creí que a mi hija le pasara por la cabeza no comer.”

La madre refiere que recuerda que sí..., tanto en los regaños, como en las críticas hacía su hija... sí mencionaba la gordura o el peso, aunque piensa que nunca lo dijo de mala intención o que era malo decírselo, o que eso pudiera condicionar a que su hija enfermara de un trastorno de alimentación. De la misma forma, piensa que en su hija influyó su propia preocupación por su peso y su figura, el someterse a dietas y el tipo de alimento que se acostumbraba consumir en su casa.

“...yo recuerdo también que era chiquita cuando le enseñé a dejar el pañal, alguna vez me acuerdo que le dije, hija párate derecha y sume la panza, te vas a hacer panzona, y me acuerdo que se me quedó viendo como espantada... o sume la panza, te vas a jorobar, no te pares así, yo siento que todo eso contribuyó a que mi hija dejara de comer y luego bueno, yo también compraba cosas light, y me decían “qué va a cenar señora”, pues un té porque estoy a dieta...”

Reconoce que fue negligente con su hija, que no estaba al tanto de las necesidades que ella tenía ya que la nana era quien cuidaba de ella, y eso le daba la oportunidad de desentenderse de su hija.

“...hasta que ya deje de tener nana y muchacha de planta y entonces yo ya empecé a ver qué era lo que hacía y yo le decía hija no estás comiendo bien. Yo asumo que no comía realmente bien, pero yo no la cuidaba, porque pues mi suegro decía que tenía que tener nana, que porque qué iba a decir la gente del pueblo...”

También menciona que la relación entre ella y su esposo pudo haber afectado a su hija ya que discutían enfrente de sus hijos y se enojaban, piensa que esas actitudes llenaban de preocupación a su hija y no la dejaban estar tranquila. Además de reconocer ciertos rasgos de la personalidad en su hija que pudieran ser factores predisponentes para la anorexia nervosa.

“...sí y mucho porque D es muy aprensiva y yo creo que si alguna vez que si llegó a suceder, discutimos enfrente de mis hijos, o ella nos vio enojados, yo siento que todo eso a ella le preocupaba, o le preocupa todavía, y yo creo que sí, eso... eso también contribuyó mucho a que mi hija no quisiera comer.”

Buscar ayuda

No fue sino hasta una vez que escuchó a su hija decir que se quería morir, el momento en que pensó qué algo podía andar mal con ella. Ahora observa que dejó pasar lo que debió ser evidente de entender, que debía haber comprendido que su hija podía estar empezando por algún problema. Refiere que, hasta que se fueron de vacaciones y pudo compararla con su prima, la observó demasiado delgada, recordó que ya en la escuela le habían comentado que no comía.

“...yo la escuché una vez, en su recámara, yo estaba en el pasillo y oí que dijo “me quiero morir, mejor me debería de morir”... fuimos a unas vacaciones y yo la vi al lado de su prima y se le asomaban las costillas, flaca, flaca, como los de Somalia... A mí en la escuela ya me habían dicho que la niña no comía... yo no me había percatado, de que cuando yo me paraba, mi hija le daba la comida al perrito, o la echaba a la basura y se tardaba mucho en comer, desde chiquita fue flojita para comer...”

Pensó que no tenía que alarmarse, que no estaba pasando nada, que la maestra estaba haciendo demasiado escándalo porque su hija no comía en el recreo, pensó que no era para tanto.

Reconoce que dejó pasar señales muy importantes que determinaban que su hija si estaba pasando por un problema, pero ella, ahora se da cuenta de que evitó a toda costa aceptar que algo estaba pasando con su hija, hasta que ya no lo pudo ignorar más.

“...la psicóloga de secundaria que es la misma de la primaria ya que la misma escuela me dijo “D tiene problemas de alimentación”, y a mí me dió mucho coraje, y dije esta vieja está loca no es cierto, y ahí sufrió ella del famoso bullying, había dos niños, un niño y una niña que la agredían... la psicóloga de la escuela me dijo a esta niña aparte de que la están agrediendo no está comiendo, viene desganada a la escuela. Y tampoco hice caso...”

Comenta que los problemas de su hija empezaron cuando estaba en quinto de primaria, y que no fue hasta la preparatoria que hizo conciencia de lo mal que se encontraba su hija, y fue la presión del doctor escolar lo que la hizo reaccionar.

“llegó a la prepa y el doctor de la prepa me mandó llamar y me dijo, ya hablé con la niña, dice que no está comiendo, no quiere comer y tiene un problema de anorexia y si no viene por ella, no se va. Y ahí fue cuando volví a hablar con la psicóloga de secundaria y me dijo que la trajera a este hospital. Hablé con el médico familiar y ya me dijo que la trajera aquí porque realmente tenía problemas, ella todavía ahí decía que no...”

A pesar del suceso con el médico escolar la madre todavía no había hecho conciencia, continuaba con una actitud de incredulidad hacía lo que estaba pasando, como una especie de negación del problema. Alguna vez, en la televisión vieron un documental sobre trastornos de la alimentación, anorexia nervosa específicamente, y la madre la llamó para que lo viera. Ella todavía estaba incrédula ante la posibilidad de que su hija pudiera tener un padecimiento tan superficial. Pensaba más en la posibilidad de que consumiera drogas porque sí había observado el cambio de conducta, como dormir mal, aislarse y no comer. Pero no acudieron al servicio hasta que su hija pidió ayuda.

“...nos llamó a su papá y a mí y nos dijo; “tengo problemas”, ¿qué te pasa D? “Tengo anorexia tengo todos esos síntomas, nada más no he dejado de reglar pero yo tengo todos esos síntomas, y sí quiero que me ayuden” y ella fue la que nos pidió la ayuda. Yo ya le había comentado a mi hija, te drogas...”

Después de ese comentario, empezaron a buscar en su habitación y encontraron el alimento que su hija no consumía y guardaba, como una forma de atesorarlo, con la intención de tirarlo después, pero lo olvidaba, a pesar de que su cuarto ya despedía olores extraños, tenía moscas y había gusanos.

“...empezamos a buscar en su cuarto la comida y encontramos bolsas del súper llenas con yogurt, con sándwiches, con manzanas, con todo lo que yo le mandaba, y debajo de la cama, de muchos días.”

El tratamiento

La madre comenta que la llevó primero con su pediatra ya que en la escuela le habían dicho que no comía y el médico le hizo estudios y decidió que como los valores

salieron compensados, no tenía ningún problema, ya que no presentaba ningún dato de anemia.

“...la llevé al doctor, el gastroenterólogo su pediatra y me dijo esta niña siempre ha sido delgada y alta, está bien, no tiene anemia no tiene nada, le hicieron estudios...”

Hasta que volvió a sufrir otro desmayo en la preparatoria, llegaron a pensar que había una postura exagerada por parte de la escuela, buscaron tratamiento hasta que D pidió ayuda. Y así fue como inició el tratamiento.

Cuando los padres se involucran en el tratamiento

La madre refiere que las relaciones en casa han ido cambiando, que están más al pendiente de su forma de actuar, que cuidan mucho sus discusiones y que ambos han hecho todo lo posible por ser lo más equitativo posible con sus dos hijos. Permitirles a los dos que trabajen en el restaurante con el padre o que intenten tener actividades juntos, sin favorecer a ninguno. Que se les ofrezcan las mismas oportunidades a cada uno y que el pago sea equitativo.

“Con D ahora mi relación con ella es mucho mejor que antes, antes yo era como que puro regañarla, como que en un momento llegué a pensar como... sentí que no era... no había yo pensado que quería tener una hija que fuera como ella.”

También observa que el padre ha estado más al pendiente de las necesidades de su hija.

“...D no pues no hace nada, está en la casa siempre y D no te ayuda, y D no sé qué, y yo le decía “bueno y por qué no la integramos, por qué no le dices que te ayude a trabajar ella”, y ya ahora pues ya tiene como de un año para acá que la integra más al negocio, se la lleva, está con él. D se encarga del bar...”

Se muestra de acuerdo con que hay una gran dificultad para reconocer, enfrentar y solucionar los problemas entre los miembros de la familia, que ella siempre piensa que no pasa nada, pero todo el tiempo la relación con el hijo menor opaca todo lo que D hace para el padre, y a partir de que éste se involucra en el tratamiento de su hija, las cosas mejoran para todos, aunque sigue siendo muy difícil resolver problemas en la familia. La madre observa que a partir del tratamiento su hija, ha sido otra, dejó de estar malhumorada, desganada, iba atrasada en algunas materias, lo cual parecía no importarle nada, todo estaba mal.

“...D empezó a cambiar su actitud muchísimo, ella iba desganada a la escuela, iba muy mal en la escuela y como que no quería, y decía bueno, si D tiene la

capacidad porque no quiere, siempre se levantaba cansada, ella empezó a meterse al equipo de fútbol, jugó volibol, se metió a todos los eventos que había en la escuela, empezó a mejorar en eso, a exentar muchas materias, su energía fue otra...”

Sobre la recaída

La madre parece reconocer el momento de la recaída junto con la función que tiene el síntoma, refiere que su hija regresó a las conductas cuando reprobó dos materias de la preparatoria, considera que no lo merecía pero no lo pudo manejar y empezó todo desde el principio.

“...D yo veo que estas bajando de peso, no mamá, si D estás bajando de peso. Yo creo que ella tuvo recaída, puede ser... no estoy segura... porque creyó que iba muy bien en la escuela, y reprobó dos materias y su papá la regañó...”

Con la salvedad de que esta vez salió mucho mejor, ya había aprendido la mejor forma de superar al trastorno, y pudo reconocer más fácilmente que había vuelto a la anorexia nervosa a pesar de que le había costado tanto trabajo superarla.

“...tuvo otra recaída cuando murió su abuelito, en un año se le muere su abuelo y eso la acabó de matar. Cuando su abuelito ya estaba muerto, ella hizo una carta en la que decía que se fue alguien muy grande para ella, y que ella mejor se quería ir con él, porque ella se iba a sentir sola y no iba a tener quién la cuidara, porque cuando nosotros la regañábamos, ella corría con su abuelo, y se muere su abuelo...”

La madre considera que cada vez que su hija se tiene que enfrentar a alguna situación emocional, tiende a regresar al trastorno de la alimentación. Reconoce que las cosas han cambiado en casa, pero todavía D muestra algunas dificultades para lidiar con sus emociones.

“...no porque van en parejas, mamá y yo no voy, yo siento que ese día ella se sintió mal porque todos sus primos andaban fuera, y ella estaba con nosotros, con sus tíos y con su abuela y hubo un momento en el que se desintegró del grupo.”

Remisión sintomatológica

La madre puede diferenciar la actitud de su hija, está más atenta a lo que tiene que hacer, está pendiente de resolver sus problemas con ella y de observarla más cuidadosamente, platicar con ella y comentarle las cosas que ve. La comida ha pasado a segundo plano y el padre también la ha podido integrar a las actividades que hacen juntos.

“...he visto muchas diferencias, ahora veo cuando a D no le agrada algo que yo digo, o alguna actitud que tengo, ahora me doy cuenta más rápido cuando la riego con ella, cuando le llamo la atención y no debería de ser, al momento me doy cuenta, y digo es que no debí de haber dicho o haber echo esto con ella, antes no lo hacía, antes yo decía es esto y te aguantas...”

Ha mejorado en cuanto a ser más empática con ella, tenerle más paciencia y aceptarla más como es, y no querer hacerla como ella hubiera querido que fuera.

“...pienso esto se tiene que hacer de tal modo, pero no imponer, y ahora no, ahora dejo que mi hija se vista como quiera, antes yo le decía no te pongas eso te ves mal, esto que se te ve horrible, eso no lo hagas y no te ves bien.”

La madre reconoce que quería que su hija fuera la más bonita de todos, que llamara todo el tiempo la atención, como una necesidad de algo que ella misma como ser humano, no pudo lograr.

“...yo quería que siempre fuera la más bonita de todos, y que llegara a un lado y sobresaliera, y dijeran ya llegó D. No sé,... a lo mejor, yo creo que yo también de chiquita fui muy desplazada, hubo mucha gente que me hacía menos...yo creo que lo que necesita es sentirse más segura de sí misma, y yo creo que si no la hubiéramos traído aquí no estaría como está ahorita, ella ha cambiado mucho su manera de ser, ha cambiado la idea de lo que quiere estudiar, ha cambiado en la escuela, si es una niña más segura de sí misma; sin embargo, todavía tiene algo así como que no...”

Epílogo

La madre del caso D parece muy identificada con su hija, es más como fundida con ella, ya que muchas de las vivencias que tuvo durante su infancia, parece revivirlas a través de la historia de vida de su hija. Desde la falta de afecto de sus padres hasta el sentimiento de rechazo de sus hermanos, la madre al ser la menor de 11 hijos, pareciera haber padecido un cuidado negligente de parte de sus padres y ella repite la historia con su hija. La desea corregir desde la infancia, intentando negar toda posibilidad de igualdad con la vida de ella; sin embargo, parece esforzarse tanto en hacerla reaccionar que acaba repitiendo lo que le hicieron a ella, descalificarla, llegar a tener un mal vínculo, desprotegerla, incrementar un gran sentimiento de inadecuación. La madre es ciega al trastorno de alimentación porque éste le representa una gran herida narcisista, ya de por sí es demasiado duro no tener la hija que ella había deseado y además, reconocerla incapacitada a través de una enfermedad.

Es importante la forma en que esta madre se conforma a sí misma a partir de soltar a su hija y hacerse independiente de ella, a través de dejarla de criticar, y aceptarla tal cual es, lo que facilita que la hija se separe y aprenda a tomar sus propias decisiones. Sin embargo, la parte más importante de la distorsión de la madre es que este último año se sometió a una operación de implantes de senos y lipoescultura. Como una necesidad propia de cambiarse a sí misma una vez que se ve diferencia de su hija. Da la impresión de quererle quitar su propio apéndice criticable.

6.4.4. PADRE DEL CASO D (PM12FO4)

El padre del caso D, al igual que en todas las narrativas obtenidas, habla muy poco de la infancia de su hija, menciona que D tuvo problemas en su desarrollo psicomotor, y caminó hasta los dos años de edad, con ayuda de una terapeuta física. Él piensa que la madre la sobreprotegió mucho durante toda su infancia, no parecía tener una hija sino una muñeca, expresa que la traía como si fuera un bebé, la cuidaba demasiado y la sobreprotegida, define que los problemas de su hija se incrementaron cuando nació su segundo hijo ya que desplazó a D en el afecto de ambos padres, debido a que, aparentemente el niño sí llenaba totalmente sus expectativas y su hija quedó hecha a un lado, al cuidado de la nana. El padre comenta que podría ser por eso que su hija se refugiaba en el afecto que le tenía el abuelo paterno, quien la quería mucho y estaba muy pendiente de ella. El mismo abuelo decía que se parecía a su propia madre, con este antecedente reconoce que a su hija no le proporcionaron las herramientas necesarias para que pudiera ser segura e independiente, siempre estaba pegada a la madre. Insiste en que la sobreprotección de la madre la llevó a la incapacidad y a un mayor deterioro cognitivo, no hablaba, se aislaba, no se relacionaba con su grupo de pares, siempre tuvo dificultades para adaptarse a la gente y a situaciones nuevas. Refiere que sufrió *bullying* en la escuela y que no sabía cómo defenderse. También comenta que el abuelo la acogió y le daba tequila desde que tenía 14 años y eso hizo que durante un tiempo relativamente largo estuviera consumiendo alcohol hasta que se le prohibió el consumo en el hospital por el uso del medicamento y por ser menor de edad. El padre aparece como un padre permisivo y negligente al igual que la madre,

quienes se encontraban satisfechos con el afecto del hijo menor y parecen incapaces de compartir su afecto con D.

“...la sobreprotegimos mucho, la sobreprotegió mucho su mamá. Muchísimo le hizo daño su mamá, de bebé, pues si era como una muñequita y hasta tenía un... como tenía problemas motrices por la altura, este habló a temprana edad pero caminó hasta casi los dos años, entonces le metimos una institutriz, como una doctora motriz, que iba y le hacía ejercicios y la veía y mi esposa la tenía como bebé y entonces yo sí creo que fue como sobreprotección, y luego llega el niño, y ya no hubo tanta sobreprotección y el celo natural del hermanito. Como que ahí empezó a venir la debacle...”

Epifanía

El punto de quiebre del padre sobre el padecimiento de su hija, fue cuando observó la conducta de guardar los alimentos que no consumía y el vómito en su habitación, en el closet, debajo de la cama o en algún otro extraño lugar.

“Ay, a mí lo que me asustó mucho, porque yo no la veía tan grave, la veía debilucha, como que... dije bueno pues es mujercita, pero lo que me espantó, lo que ya me empezó a preocupar mucho es cuando encontramos su closet lleno de comida, cuando abrimos su clóset y había yogurts, y había... ahí si ya... ahí me preocupó mucho, bueno nos preocupó mucho, entonces empezamos a indagar, empezamos a buscarle y entonces ahí ya sí ya nos cayó el veinte de que tenía el padecimiento...”

Inicio del padecimiento

El padre menciona que si la veía delgada y que estaba todo el tiempo de mal humor, que no hablaba con nadie, que se juntaba con sus primas, pero como ellas tienen otro tipo de problemas como fumar y beber mucho, la cuidaban mucho de ellas y D se saltaba las reglas, quizá como una manera de llamar la atención de sus padres, era rebelde, agresiva, no se cuidaba como debía, se la pasaba pegada a ellos, todo el tiempo de mal humor, contestando de mala manera, no se divertía en las fiestas. Los padres veían que se hacía poco responsable de sus cosas, sus intereses eran mínimos, el padre refiere que sabía que se desmayaba continuamente, pero él al igual que la madre, nunca pensó que se tratara de algún problema mayor y mucho menos que fuera un trastorno de alimentación, ni siquiera lo imaginaba. Refiere que su hija si tuvo un tiempo problemas con el alcohol de forma velada, comenta que si llegó a emborracharse varias veces antes de los 15 años y que el abuelo le ofreciera tequila no había sido la mejor idea, pero él lo veía totalmente normal, lo había naturalizado ya que así se acostumbra en el pueblo, ahora es capaz de reconocer que sus sobrinos y los

hijos de sus primos hermanos se encuentran en graves problemas por el consumo de sustancias por la educación que han recibido y recuerda que su esposa nunca ha estado de acuerdo con ello.

“...este, con lo del alcohol también fue un problema anteriormente, porque cuando mi papá vivía pues desde antes de tener el trastorno le daba sus copitas de tequila para que se las tomara con él, mi hija tenía, yo creo, que unos 14 años, y mi papá.. “no, no, no, que ningún tarugo te vaya a emborrachar, tómate tu tequilita con tu abuelo”

El padre también menciona que la relación entre él y su esposa no ha sido la mejor, que han tenido problemas de pareja en cuanto a las relaciones sexuales. Este es el único problema que identifica y que eso hace que peleen la mayor parte del tiempo y que se griten, refiere que desde que están en el tratamiento han intentado no pelear enfrente de sus hijos, pero que antes lo hacían todo el tiempo y no habían pensado, ni él ni su esposa, que eso pudiera afectarlos, o ser determinante en la aparición de algún problema en alguno de sus hijos.

“ahí, con muchos altibajos, sí, sí tenemos rencillas seguidas, rencilla tarugas, de pareja pero no, no pasan a mayores, rencillas así de dos tres días, nos dejamos de hablar cada, que será dos o tres días... si como de aislarnos, como cada 15 días cada 20 días sucede esta situación, pero, no nada que afecte... no ya con los niños no los hacemos participes, anteriormente hace ya años, si, nos gritoneábamos y hacíamos los pleitos muy fuertes en familia... yo pienso que a ella se le acabó el líbido, y dice que yo soy el maniático sexual, entonces el ritmo que traíamos sexualmente desde casados se ha ido mermando ¿no?...”

Paliativos para dejar de comer

El padre comenta que nunca vio que D no comiera, sí se daba cuenta de que solo pedía sopa y cosas con tortilla, pero él está acostumbrado a pedir solo el guisado y no se le hacía raro que su hija solo comiera sopa o un solo tiempo, se da cuenta después que su hija guardaba el lunch y no desayunaba completo.

“...ella siempre su comida era una sopa, en el restaurant, era una sopa, y yo no me espantaba, yo la veo bien, delgada, pero la veo bien, y siempre ella con tortillas y con pastas, es feliz, pedía sopa de tortilla, y yo soy de guisado...”

Buscar ayuda

El padre recuerda que fue su hija quien pidió ayuda, sabía que se desmayaba cotidianamente en la escuela y que sus maestros estaban preocupados por ella, refiere

que la notaba delgada y que no vio la magnitud del problema hasta que se enfrentó a la cantidad de comida que su hija tenía guardada.

“...empezamos a encontrar las manzanas podridas, los yogurts caducados, los sándwiches enlamados, en el clóset, ahí fue donde si nos alarmamos, y ahí empezamos... de ella salió y dijo, no es que saben que, que si tengo ese problema, la verdad es que sí, estoy mal, y no quiero comer y estoy como débil y me siento mal”

El tratamiento

Al inicio del tratamiento, se enteró de que en la escuela estuvieron varios años convenciendo a la madre de que su hija seguramente tenía un problema con su alimentación, se dio cuenta de que estaba totalmente desentendido de lo que estaba pasando y que su esposa nunca le comentó nada al respecto, como si en la idea de no mencionarlo se pudiera evitar que estuviera pasando. Reconoce que no había percatado de nada que pudiera convertirse en un problema grave, hasta que vio la comida acumulada y empezó a interesarse en el tratamiento de su hija, que debía seguir un plan de alimentación, que tenía que modificar sus conductas y que él debía estar pendiente de las necesidades de su hija. Observó que seguía guardando comida, pero con menos frecuencia, además de que empezó a estar al tanto de que su hija comiera a sus horas, siguiera su rutina y evitara los pretextos para saltarse las comidas, empezó a poner reglas y hacer que se respetaran así como vigilarla más estrechamente. Reconoce que la madre ha hecho muy bien esa labor y que él ha podido desentenderse un poco del tratamiento.

“...no lo podíamos creer, no lo podíamos cree y... más impactante fue cuando vi la comida, eso fue lo que me impactó mucho, aquí ya en el hospital, cuando nos lo recomendaron y que logró entrar, lejos de sentirme preocupado, me sentí muy tranquilo, y dije ay qué bueno y todo el mundo nos dijo “es el mejor lugar para tu hija... las citas eran muy tempranito y todo, pero mi esposa, en eso sí, mi esposa excelente...,mi hija le empezó echando ganas, aunque llegó un tiempo en que dijo ya, no quiero ir, ya papá esto ya... ya no quiero ir, esto ya tiene como un año, y de repente se calmó y volvió a venir y ahorita que ya dijeron que va muy bien y que ahí la lleva y que ya merito, cumple... bueno, según el tratamiento, esta enfermedad no se cura como una gripa”.

Sobre el diagnóstico

No se ha interesado en saber cuál es el diagnóstico de su hija, se ha ido sorprendiendo de las conductas de ella y de la forma en la que han mejorado, no muestra ninguna idea al respecto. Solo observa con detenimiento los avances de su hija.

“...inmediato en las horas de alimentación, y los cambios en su físico a los dos, tres meses, en lo de ya no desaparecer comida, como a los dos o tres meses, empezó a darse el cambio, y después ya era esporádico que apareciera la comida, o que no comiera, o que dejara la comida o el plato lleno”

Cuando los padres se involucran en el tratamiento

El padre ha estado al pendiente de los cambios que la madre ha hecho y que considera que él también debe hacer, comenta que no ha acudido al servicio como quisiera ya que debe trabajar, pero su mujer toma notas de la información que obtiene en los grupos a los que asiste y él está aprendiendo a ser más equitativo con sus hijos, a darle más tiempo de atención a su hija y convivir más con ella.

“el niño creció, a ese fue otro factor, siempre la trataba de opacar, siempre la opaca, siempre, salió el niño muy chispa, muy listo hijole, es muy bala, y quiere a fuerza, y siempre quiere intervenir, y siempre la quiere hacer menos, y siempre la quiere controlar, siempre la quiere manejar... ahora lo que yo trato de hacer es darle sus tiempos a D es darle su importancia a mi hija y vamos en el carro y mi hija quiere opinar algo y el hermano no, mete la cuchara, y yo a ver, J permite, ya habla D y ya habla y dice siempre le compras a mi hermano...”

La recaída

Menciona que no ha observado que su hija haya tenido una recaída, aunque reconoce que cuando tuvo el accidente del parachute en la playa de Acapulco sí pensó que iba a regresar a dejar de comer o a estar otra vez aislada, pero menciona que eso no pasó, que su hija se ha fortalecido mucho y que no ha regresado a dejar de comer.

“...yo no lo noté pensé que cuando tuvo el accidente se iba a apachurrar mucho, no, no, no, cuando llegamos a verla allá en Acapulco yo esperaba verla mal anímicamente, y no, lo que más le podía era que no podía asolearse, eso es lo que más le molestaba, que no podía entrar al mar y que no podía asolearse, por las tremendas heridas que tenía, pero anímicamente, no... yo esperaba verla peor, es posible que haya dejado de comer un poco, pero no, recaer...”

Comenta que sí tuvo algo de miedo también de que su hija recayera en el trastorno porque ella comentó que ya se había cansado de acudir al tratamiento y que no tenía ganas de continuar. Él teme todo el tiempo que su hija regrese a las conductas y pierda de nuevo el control. No obstante, le proporcionaron las herramientas necesarias para que pueda lidiar sola con el mundo. Así que la recaída la observa como una forma de revelarse al cuidado excesivo y una forma de pedir libertad.

1. *“Hijole cuando tuvo la recaída ésta... que a lo mejor era un tanto por rebeldía y otro tanto ya era un hartazgo, como que ya, estaba cansada y como que también ella creía que ya lo había superado, pero como que fue*

un hartazgo, como que ya, como que yo ya no quiero ir a perder el tiempo, yo ya no, y luego, veo niñas bien malas y pues tengo miedo de que me vuelva a suceder, que vaya a recaer... hace como unos ocho meses, algo así, y ahorita como que ya viene con gusto otra vez, como que ya lo volvió a retomar, como que fue un tiempcito”.

Remisión sintomatológica

El padre ha tenido problemas para observar cómo ha evolucionado su hija, no está lo suficientemente consciente de lo que pasa y de qué cambios han sido necesarios hacer para que su hija mejore. Como comenta con anterioridad, le queda claro que D tiene dificultades para relacionarse y que las actividades sociales no se le dan fácilmente, que había sido sobreprotegida por ambos padres y que eso no le ayudó mucho,

“...hay que seguir teniendo precauciones y cuidado, pero ya va muy bien, ya es muy probable que la den de alta con las visitas aquí con las consultas, pero no quedas curada, o sea le dijeron puedes volver a recaer, pero entonces ella como que está más contentita...”

Epílogo

El padre del caso D aparentemente, ha estado más al pendiente del proceso de la enfermedad de su hija y en saber qué es lo que ha ido pasando con ella. Sin embargo, la madre es quien ha asumido toda la responsabilidad de llevar a cabo la realimentación y llevar la información a casa. El padre se ha mostrado disponible para hacer los cambios que su mujer le comenta que son necesarios para que su hija salga adelante.

Elige acudir al servicio cuando la madre se enoja con él porque siente que ella lleva toda la carga del tratamiento de su hija, se involucra, acude al grupo de apoyo y se empieza a confrontar con su forma de ser padre, se cuestiona la forma en la que él ha sido educado y la forma en la que él ha educado a sus hijos, la manera en la que lleva la relación con su esposa y es capaz de observar cómo le ha dejado toda la responsabilidad a ella. Refiere que él se ha podido dejar de preocupar del tratamiento de su hija, ya que solo le paga las colegiaturas y no se involucra más allá, ha funcionado únicamente de acompañante, sin haberse percatado, solo hasta el final la importancia que tiene que él también se involucre en el tratamiento de su hijo.

6.4.5 ANALISIS DE LA NARRATIVA POR EJES TEMÁTICOS DEL CASO D

En este análisis retomaré los temas centrales, de la misma forma que se llevó a cabo en los tres casos anteriores, tomando en cuenta los mismos temas emergentes que surgieron en el análisis del caso A.

EL PADECIMIENTO

Razones por las que inicia el trastorno de alimentación: el caso D comenta que el trastorno de alimentación inició porque ella tenía un grave problema de autoestima, se comparaba con una prima, que consideraba que era la bonita y ella era la “fea”; pero también piensa que al morir su abuelo, fue cuando en realidad apareció el trastorno de alimentación, ya que consideraba que su abuelo era la persona que más la quería. La madre comenta que hubo varias cosas que pudieron precipitar la aparición del trastorno, entre ellas que su hija no era lo que ella esperaba y no cumplió nunca con sus expectativas. Reconoce que cuando nació su hermano la desplazó, tanto en el afecto de ella como en el del padre y que ella rivalizaba con el abuelo por el afecto de su hija pero como una necesidad de control, del control que debe haber entre madre e hija, pero sin involucrar los afectos. El padre, finalmente, menciona que fue porque la sobreprotegeron, la madre la cuidaba en exceso y no le permitió desarrollarse sanamente. A pesar de ello, también reconoce que cuando el hermano nace, D fue desplazada y quedó bajo el cuidado afectivo del abuelo.

Reconocimiento de las emociones: D habla de que se sentía muy preocupada por cómo se veía y que estaba muy triste por haber perdido a su abuelo, y en la forma que relata lo sucedido, pareciera ser que se sentía muy sola y poco contenida afectivamente por los padres, como si ellos estuvieran muy ocupados y no pudieran cuidarla, como en una estado muy solitario y melancólico. La madre a su vez, habla de enojo, de culpa y de ira cuando piensa en que su hija no hacía lo que ella quería y tampoco físicamente cumplía con las expectativas que ella tenía de cuando tuviera una hija. El padre menciona que se siente frustrado y muy asombrado de las cosas que su hija ha sido capaz de hacer, como acumular comida, guardarla en su recámara, permitir que se eche a perder, comportarse agresivamente, aislarse y tener dificultades con la mayoría de las personas que conoce.

Conductas que actúan como mantenedoras del síntoma: D comenta que se sentía muy bien cuando dejaba de comer, que le empezó a gustar la sensación de tener el estómago adolorido y todo el malestar, los mareos y los desmayos, así que esas sensaciones reforzaban su conducta, además de sentirse totalmente en control, hasta que ya no pudo más, el padre reconoce que su hija no ha tenido un lugar especial en la vida de ellos, ya que se ha mostrado débil y vulnerable al tener que tomar decisiones o defenderse a sí misma. Esto ha dado lugar a que los padres se preocupen por ella y estén pendiente de su tratamiento, proporcionándole más tiempo del que le han otorgado a lo largo de su vida. Refiere que su hija ha aprendido que a través de estar enferma, ser rebelde y agresiva logra que sus padres le hagan caso. La madre difícilmente se encarga de las necesidades afectivas de su hija, busca la manera de entrometerse en su vida de la hija y se aleja, para no tomar decisiones porque no entiende por qué su hija se comporta de esa manera, le parece inconcebible. Ella piensa que su hija intenta llamar la atención todo el tiempo, enojándose y haciendo cosas que alarman a los demás. Pero también piensa que lo hace para llamar la atención de sus papás, con la idea de que por estar enferma los padres ya no la descuidaran. Para el padre, la forma en la que comía su hija no era alarmante, sí reconoce que era muy selectiva en las comidas, pero nunca pensó que se tratara de algún problema; también deja ver que él tiene conductas restrictivas y que come incompletos sus alimentos y puede estar “picando” durante todo el día.

Conductas que no permiten hacerse cargo de su situación de vida: a través del trastorno, D logra no tener que vincularse emocionalmente con nadie, se alejó de sus amigas, se volvió más reservada e iba mal en la escuela logrando que los padres fueran menos rígidos con ella. Y en cuanto a la competencia afectiva con su hermano menor, se vio disminuida, al menos por parte de la madre. Y el padre a su vez también logro ponerse más a la altura de la circunstancias y darse la oportunidad de disminuir sus conductas agresivas e impulsivas hacia su hija.

Conductas para tolerar el hambre: el caso D comenta que empezó comiendo poco y haciendo mucho ejercicio y que con el paso del tiempo empezó, a comer menos y a tirar la comida; regalaba el lunch, iba por comida a la cocina para disimular que la iba a comer y la acumulaba en bolsas adentro del clóset o debajo de su cama y pensaba que

después la tiraría pero lo olvidaba. La madre refiere que siempre buscó la forma de justificar la conducta de su hija, negando todo lo que la persona de limpieza le decía que encontraba, y refiere que nunca se dio cuenta de las conductas que tenía; mientras que el padre totalmente periférico al conflicto, no se enteró de la evolución del padecimiento hasta que se sorprendió de ver todo lo que su hija había guardado.

EL TRATAMIENTO

Razones para iniciar el tratamiento: el caso D fue quien solicitó la ayuda ya que refiere que se encontraba desesperada, no tenía energía, todo el tiempo estaba mareada y ya se había desmayado algunas veces porque todo se le había salido de control. Ya no comía nada o muy poco, tenía la idea de morirse de forma recurrente y empezó a fallar totalmente en la escuela y eso la confrontó con su propia conducta. La madre refiere que cuando su hija le pidió ayuda, ella ya había ido con un médico y ya la iba a internar pero D se negó, estaba cansada de que se desmayaba todo el tiempo y que había que ir a recogerla a la escuela. Su padre no atinaba a hacer nada, acompañaba para las idas al hospital y estuvo con ellas, pero siempre se mantuvo al margen.

Emociones que se mencionan: el caso D comenta que se había sentido muy triste, enojada y preocupada, que aunque sabía que le estaba pasando, llegó un momento en el que ya no pudo seguir mintiéndose y tuvo que reconocer que necesitaba ayuda y eso le causó mucho miedo. Éste fue mayor cuando se enteró cómo era el tratamiento y las severas distorsiones que tenía con respecto a la comida, los alimentos y su propio cuerpo. La madre solo ha hecho la labor de ofrecerle el tratamiento que le indican pero la ha dejado que asuma su responsabilidad. Refiere que se sentía muy preocupada por lo que estaba pasando con su hija, pero no podía creer que su hija estuviera así de mal. Incluso, habla del enojo que le causaba que ella misma se hiciera tanto daño. El padre del caso D reconoce que estaba muy asombrado cuando vio la cantidad de comida que su hija guardaba en su clóset y la cantidad de suciedad que había debajo de su cama, reconoce que se impactó al verlo.

Pensamientos ambivalentes hacia el tratamiento: el caso D solicita la ayuda y reconoce que le costó mucho trabajo empezar el tratamiento, refiere que se dio cuenta de que debía cambiar demasiadas cosas y no estaba preparada para ello. A la madre le ha costado mucho trabajo entender que su hija elija estar tan mal, cuando

habla su enojo, piensa que ella sola puede salir de esto, ya que sola se metió y cuando se muestra preocupada o temerosa de que su hija sea capaz de no llevar a cabo el tratamiento, sufre. También se da cuenta de que si su hija se cura, sus preocupaciones disminuirían y ya no tendría que estar tan pendiente de ella y quizás no sabría qué hacer con su libertad. El padre refiere que su hija no afecta ya tanto el ambiente familiar y que en realidad, con quien él tiene problemas ahora es con su esposa, de tal forma que preferiría que su hija siguiera enferma para que su esposa se mantuviera ocupada con algo.

Reconocer la función del síntoma: el caso D refiere que dejó de comer porque sentía una tristeza muy profunda durante todo el tiempo, se sentía muy sola y así se aminoraba el dolor emocional. Puede reconocer que desde siempre ha sentido que sus padres no la quieren y que prefieren a su hermano; incluso dice que la comparan constantemente con él. Sin embargo, el acabose fue cuando muere su abuelo, se sintió más sola y abandonada que nunca y empezó a dejar de comer, se exacerbó el vómito y la necesidad de guardar la comida y acumular el vómito fue más fuerte, como si con estas conductas el dolor dejara de doler. Para la madre, ha sido una forma de mantenerla preocupada y angustiada, pero a su decir, su hija se puede recuperar. El padre se da cuenta de que a través del trastorno su hija ha logrado hacerse notar. Él ha cambiado la forma en la que se relaciona con ella y en realidad no se había dado cuenta de cuánto la ignoraba.

Involucrar a los padres en el tratamiento: D comenta que a partir de que su madre empezó a acudir a la institución, cambió la comunicación entre ella. Ya pueden estar más tiempo solas y tienen más cosas que platicar y riñen menos. La madre se da cuenta que ya no tiene una actitud tan hostil con su hija, que el enojo que sentía se ha aminorado y que la tolera más y el padre, aunque acude poco, pide a la madre que le platique lo que se ve en el grupo de apoyo y ha logrado hacer cambios en su conducta como darle espacio y lugar a su hija, y no mantenerse totalmente pendiente de las necesidades de su hijo. Puede reconocer que a él le compra todo lo que se le ocurre y constantemente le está haciendo regalos, habla de sentirse comprometido con su hijo porque le ayuda en el negocio, pero sí se dio cuenta de la forma tan exagerada en la

que lo prefería sobre su hija. Refiere que no confiaba en D y la descalificaba constantemente.

LA RECAÍDA

Lo que está ocultando el trastorno de alimentación: aparentemente el no estar conforme con su aspecto físico desde la infancia le ha ocasionado graves conflictos con su autoestima y pertenecer a un grupo de riesgo la hicieron volver a la sintomatología, así como darse cuenta de que a través del trastorno de alimentación piensa que puede manejar su malestar emocional. A decir de la madre, su hija sí tuvo una recaída a partir de que empezó a fallar en la escuela, reprobó dos materias. La madre pensó que no lo merecía, pero así fue, ha llegado a la conclusión de que cada vez que su hija se tenga que enfrentar a alguna situación emocional nueva o difícil va a tender a regresar al trastorno. De una u otra forma, con esta manera de pensar está anticipando la recaída. El padre no recuerda que su hija haya tenido una recaída, reconoce que cuando tuvo el accidente en la playa, sí pensó en posibilidad de que pudiera regresar a las conductas.

El trastorno ayuda a subsistir: refiere que cualquier comentario acerca de su peso o su figura le provoca angustia y piensa de nuevo en restringir, o acumular la comida, como si pudiera, a través de la conducta no escuchar los comentarios y lograra no sentirse mal. El padre piensa que la sobreprotegeron demasiado y que su hija no ha aprendido a lidiar con el mundo, porque no tiene las herramientas suficientes.

Significado de la recaída: un espacio de tranquilidad y control, donde se siente segura y puede saber qué es lo que va a pasar. La madre piensa que cada vez que recae, tiene la intención de sacarla de quicio porque piensa que va a ser como ella fue de pequeña y eso la enoja mucho, es como si le recordara su propia frustración. El padre toma un poco la batuta del tratamiento y puede observar que la madre está un tanto desesperada porque D no ha avanzado como ella quisiera, de tal forma que se enoja fácilmente con su hija y todavía está muy irritable, continúa observándola y siendo muy quisquillosa con todo lo que pasa alrededor de su hija que pudiera parecer algo de la anorexia nervosa. El padre nunca ha observado que su hija recaiga o que tenga la intención de continuar guardando la comida que es lo que más le preocupa, así que continúa estando periférico, pero coopera un poco más con su mujer. Para el padre, la

recaída podría ser una forma de revelarse contra el cuidado excesivo, como una forma de pedir su libertad.

LA REMISIÓN

Reconocer las fortalezas del sí mismo: D ahora es capaz de observar sus propias distorsiones cognoscitivas y sus fallas en la ejecución y la parte más importante es que ha aprendido a pensar antes de actuar de manera impulsiva o sin pensar, la madre comenta que al mejorar las relaciones familiares y ella aceptar que su hija no va a ser como ella esperaba ni la niña que ella había deseado, ha logrado sentirse más tranquila y con una mejor aceptación hacía su hija, de tal forma que los conflictos se han disminuido. El padre a su vez, también ha reconocido que se ha esforzado mucho en apoyar a su hijo varón y que ha dejado de lado a D, de tal forma que ha hecho lo posible por mejorar su relación con su hija y tenerle paciencia, estando menos enojado con ella. Y aceptarla tal cual es. El padre a su vez, reconoce que sobreproteger a su hija no ha sido buena idea porque no ha crecido, y compararla con su hermano le ha hecho mucho daño.

SÍNTESIS

La familia del caso D consta de cuatro miembros; el padre, la madre, D y su hermano menor, los padres han tenido dificultades para educar a sus hijos, ya que tienen ideas diferentes acerca de los métodos para hacerlo, son incongruentes, impredecibles y se desdican uno al otro. El padre y la madre no han podido ponerse de acuerdo, aparentemente tanto el padre como la madre, tienen una marcada preferencia por el hijo menor, D no llenó las expectativas que tenía la madre sobre tener una hija, así que durante su infancia, la sobreprotegió y la cuidó en extremo temiendo su propia agresión. En apariencia, los problemas de desarrollo de D fueron un estímulo detonante para la madre y no pudo contender con la herida narcisista que representó para ella tener una hija con un desarrollo psicomotor inadecuado, no había cabida para ello en su mundo perfecto. El caso D fue descuidada afectivamente por los padres y acogida por los abuelos paternos, quienes en realidad no han tenido la responsabilidad de ponerle límites a D y la han educado de una forma libre, hasta cierto punto voluntariosa, en un ambiente que le proporciona todo lo que desea por lo que su tolerancia a la frustración es nula. La madre, en su necesidad de cuidar a su hija

de su agresión, también ha hecho la labor de frustrarla lo menos posible y darle todo lo que sea necesario para no tener problemas ni reclamos. El enojo que muestra la madre constantemente por evitar que su hija sea igual a ella, la hace que actué irascible con todos los miembros de la familia, permaneciendo en un estado de agresión constante. El padre toma como pretexto el enojo constante de la madre para desaparecer de casa la mayor parte del tiempo o permaneciendo por más tiempo en el trabajo, procura llevarse a su hijo y dejar a D en casa en compañía de la madre, situación que solo ha estimulado la separación de la familia en dos bandos y alimentado el conflicto entre los dos hijos.

6.4.6. CODA

Se trata de una familia de dinámica compleja, donde la cultura ha jugado un importante papel. El padre, hijo de gente del pueblo con usos y costumbres específicas que generan un padre de familia “macho” agresivo e irascible con las mujeres; un abuelo paterno que manda en las casas de todos los hijos en donde se hace lo que él decida, sin permitir que se separen y cada quien tome su propio ritmo o se formule sus propias expectativas. Una madre que también viene de una cultura diferente del interior de la república pero que no está de acuerdo con los métodos del abuelo y de la familia de su esposo, razón por la cual pasa la mayor parte del tiempo rivalizando con las dos figuras paterna que sus hijos tienen, donde las mujeres no tienen el derecho de desarrollarse, ni de externar su opinión, lo que ha hecho que la relación de pareja tenga dificultades para consolidarse primero antes de tener hijos, siendo D la primera de ellos y la que ha sido más afectada por este extraño clima emocional.

A continuación, se llevará a cabo el análisis estructural el cual, como ya se dijo anteriormente, nos mostrará semejanzas y diferencias entre los casos de la muestra, por subsistema.

6.5. ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LAS NARRATIVAS

(Semejanzas y diferencias entre los casos)

6.5.1. Sobre el inicio del padecimiento (TABLA 1)

Sujetos	Inicio	Conductas	Epifanía	Hablar sobre el peso	Paliativos	Emociones
Caso A	Cambios en la alimentación +	Problemas de autoestima +	Pérdida de control +	Agresión +	Fumar, beber, agua, chicle +	Tristeza, enojo, miedo +
Caso B	Cambios en la alimentación +	Problemas de autoestima +	Pérdida de control +	Costumbre -	Fumar, drogas, consumo alcohol +	Abandono, tristeza, enojo +
Caso C	Cambios en la alimentación +	Problemas de autoestima +	Competencia con grupo de pares -	Costumbre -	Rasguñarse cara y manos -	Ansiedad, enojo, soledad, tristeza +
Caso D	Cambios en la alimentación +	Problemas de autoestima +	Fuerte dolor emocional -	Agresión +	Ejercicio excesivo, esconder comida +	Enojo, miedo +
Madre A	Era su confidente emocional -	No se dio cuenta +	Ya no pudo ir a la universidad -	Se mantuvo al margen -	Alimentos Light, fumar, chicle -	Culpa, miedo, preocupación +
Madre B	No le dio el afecto ni el cuidado necesario -	No le dio importancia, al encontrarle laxantes +	Una vez que estuvo hospitalizada -	Costumbre, solo cuidarse -	La madre no observó nada raro +	Culpa, negación, rabia, tristeza +
Madre C	Sobreprotección -	Observaba a su hija enojada -	Amenazaba con matarse -	No era un tema, pero sus hijas están con TCA -	No se dio cuenta +	Preocupación, culpa y miedo +
Madre D	Sufrió de bullying en la escuela -	No se dio cuenta +	No se dio cuenta -	Preocupación constante -	No se dio cuenta +	Culpa y presión +
Padre A	La llevó con un médico para bajar de peso -	Observó que comía poco -	Su hija se encontraba muy insatisfecha +	Único tema en común -	Cigarro, desvelarse +	Preocupación, miedo y angustia +
Padre B	Ha sido muy impulsivo -	No se dio cuenta +	Cuando salió del hospital -	Costumbre -	No se dio cuenta -	Se salió de control -
Padre C	Ambiente alterado en casa -	No se dio cuenta +	Observó sentimientos de inferioridad +	No lo menciona pero se cuida en exceso -	Rebeldía y enojo +	Preocupación, miedo +
Padre D	No se dio cuenta -	No se dio cuenta +	Cuando vio el alimento guardado -	Agresión -	Comía poco, pero fuera de control +	Culpa, preocupación, frustración +

ANALISIS ESTRUCTURAL

El análisis estructural se llevó a cabo por medio de analizar cada uno de los miembros de las triadas por separado, es decir, se investigó lo que cada una de las pacientes decía con respecto a cada uno de los temas y se llevaron a cabo los cuadros comparativos que muestran las diferencias y las semejanzas, las cuales fueron marcadas con el signo (+) cuando se trataba de semejanzas y con signo (-), cuando se trataba de diferencias, a partir de tres semejanzas se tomaba la información como similar o viceversa cuando había más tres diferencias se tomaba como información no representativa. Cada uno de los análisis será vinculado con su respectiva tabla.

Sobre el inicio del padecimiento (TABLA 1)

De las cuatro pacientes entrevistadas, coinciden en el inicio del padecimiento ya que todas mencionan la manipulación en la dieta. Ninguna de las madres concuerdan con sus hijas en el inicio, ni tampoco hay semejanzas entre ellas, cada una da una atribución diferente, dos de ellas hablan sobre la vida afectiva, una lo atribuye a que su hija era su confidente y la otra a que no le proporcionó el afecto necesario, la madre del caso D comenta que su hija sufrió *bulling* en la escuela y la cuarta madre habla de la forma en la que sobreprotegió a su hija y el daño que causó. En cuanto a los padres dos se atribuyen la culpa del inicio del padecimiento, ya que uno llevó a su hija a un tratamiento para bajar de peso, porque la veía con sobrepeso y el otro reconoce que era muy agresivo y había violencia dentro de la familia, el cuarto no se percató de la conducta alterada en su hija, hasta que ésta pidió ayuda y la madre era la responsable de hacerle caso. El tercer padre también habla de que en su casa existía un ambiente alterado, pero no habla de violencia intrafamiliar, sino de una madre muy controladora y de que no se entendían de manera adecuada.

En cuanto a las conductas observadas por cada uno de los miembros de las triadas, las hijas hablan de forma semejante al respecto, falta de aceptación, problemas de autoestima, observar su imagen distorsionada, excesiva preocupación por su aspecto físico y necesidad de controlar las emociones y lo impredecible.

En cuanto a las madres se observan semejanzas y diferencia. Dos madre hablan de que nunca se dieron cuenta de ninguna conducta alterada en sus hijas, aunque una encontró una caja de laxantes, no le dio la mayor importancia; y la tercera madre

observaba que su hija estaba muy enojada, pero no se percató de ninguna otra conducta. Y los padres, tres de ellos no se dieron cuenta de ninguna conducta y uno si observó que su hija estaba demasiado delgada, pero pensó que eso le tocaba a la madre comentarlo con la hija. Y no le dio mayor importancia.

En cuanto a la experiencia que cambia en extremo el *modus vivendi* de la familia (epifanía), dos de las hijas se refieren a la pérdida de control y una habla sobre su forma de ser y la competencia que siente con respecto a su grupo de pares y la última llega a reconocer que no puede contender con el dolor que le provoca la muerte de su abuelo y recurre al trastorno para minimizar su dolor emocional. En cuanto a lo que las madres observaron, ninguna muestra semejanza, una madre atribuye el punto de quiebre a que no pudo asistir más a la escuela porque el padre decidió dejar de pagar la universidad; otras dos minimizaron cualquier conducta que les mostrara la posibilidad de la existencia de un problema hasta que fue inevitable darse cuenta porque el ambiente ya estaba demasiado alterado, una amenazaba con matarse llegando hasta cinco intentos de suicidio y la otra tuvo que cortarse las muñecas con unas tijeras frente a la madre para que ésta se percatara de que algo no andaba bien con su hija y la última no se dio cuenta de nada a pesar de todas las señales, como saber que su hija no comía, tiraba la comida, la escondía en el clóset, estaba malhumorada todo el tiempo. Y en la escuela desde años atrás le había comentado la posibilidad de que su hija tuviera un trastorno de alimentación y ella negó toda posibilidad hasta que su hija pidió ayuda.

Los padres son semejantes en cuanto a su negligencia e indiferencia; sin embargo, uno si se dio cuenta de que su hija se encontraba insatisfecha consigo misma y el otro también observó sus sentimientos de inferioridad. Y en cuanto a las diferencias, un padre se empezó a preocupar solo hasta que vio que su hija acumulaba la comida y eso lo sorprendió verdaderamente y el otro padre -del caso B- tuvo que hacer cambios a partir del momento en que supo que su hija regresaba a casa después de haber estado hospitalizada por más de un mes y probar las mieles de no tener ningún problema en casa y vivir en forma pacífica sin estar sobresaltado y preocupado por lo que pasaba en su casa durante sus ausencias, logró descansar de la pesadilla que representa su hija para él.

El tema del peso en casa, pareciera haber semejanzas en los cuatro casos, ya que se tiene naturalizado; sin embargo, dos de las hijas lo han vivido como una agresión por parte del padre o de la madre. En cuanto a las madres todas muestran diferencias en cuanto al tema: una comenta que siempre se mantuvo al margen de hablar sobre el peso de su hija, pero acepta haber estado de acuerdo con el padre cuando propuso la visita al médico; otra madre comenta que era una costumbre hablar con la gente sobre el cuidado del peso; la tercera madre refiere que no era un tema importante, pero extrañamente ambas hijas han presentado conductas de alimentación alteradas, como si se enviaran mensajes sobre el peso de forma inadvertida; y la madre del caso D reconoce que ha sido una preocupación constante, que ella se ha sometido a todo tipo de dietas y que lo ha comentado en casa todo el tiempo, como cenar solamente un té porque se encuentra cuidando su alimentación. Al momento de la entrevista, se estaba sometiendo a una dieta rigurosa y muy estricta y se había colocado implantes en los senos y hecho una lipoescultura, aprovechando que debían quitarle unos quistes en los senos.

En cuanto a los padres, también se observan diferencias al respecto, para uno es un tema común hablar del peso y de la figura; para otro es costumbre la preocupación por mantenerse en un peso sano y se ha encargado de hablar todo el tiempo sobre el sobrepeso, la gordura, la diabetes y el síndrome metabólico que ha existido en su familia desde siempre; para el siguiente, aunque pareciera no ser tema, constantemente se preocupa por su aspecto físico, no deja de ir al gimnasio ni de comprar alimentos que considera “sanos”, aunque no estén recomendados para el consumo familiar. Y para el último padre, es una ofensa que haya mujeres con sobrepeso, todas las mujeres deberían cuidar su aspecto físico y buscar ser más atractivas cada día. Se trata del esposo de la madre que se realizó la cirugía plástica.

Con respecto a los paliativos para aguantar el hambre o al menos cambiar de conducta de restricción o del atracón los temas son coincidentes en tres de los casos, como fumar, mascar chicle o beber mucha agua para quitarse el hambre. Sin embargo, dos han consumido alcohol con la misma finalidad, y una incluso, a llegado hasta consumir drogas para contener el hambre, una de ellas ha llegado a rasguñarse el rostro y las manos por la “ansiedad” (que en realidad es hambre) que le provoca no comer, y por

último una purga, hace ejercicio en exceso y esconde la comida. Las madres observan poco a sus hijas y en eso son muy semejantes, las dejan que se hundan en el trastorno de la alimentación con tal de que llenen las expectativas que ellas mismas han impuesto para sus hijas. Y todas las emociones que son mencionadas son excesivamente semejantes, como: tristeza, miedo, enojo, soledad, abandono, en los padres y las madres es semejante el sentimiento de culpa, preocupación y frustración, así como el miedo y la angustia. Y solo un padre habla de que se ha salido de control y no menciona las emociones.

6.5.2. Sobre el tratamiento (TABLA 2)

Sujetos	Inicio	Conductas	Función del síntoma	Incluir a los padres
Caso A	Pidió ayuda a sus padres +	Durante tres años solo tomó los medicamentos +	No pensar, no sentir, protección y control +	Tratamiento en impasse, se empiezan a ocupar de ella +
Caso B	La madre la lleva a tratamiento -	Nunca le dio la importancia real que tenía la AN +	No pensar, no sentir, protección y control +	Se interesan en lo que le está pasando +
Caso C	Los padres la llevan a tratamiento -	Nunca le dio la importancia real que tenía la AN +	No pensar, no sentir, protección y control +	Se interesan en lo que le está pasando +
Caso D	Pidió ayuda a sus padres +	Hasta que empezó a perder cosas +	No pensar, no sentir, protección y control +	Se interesan en lo que le está pasando +
Madre A	La madre sigue desentendida de lo que pasa +	No ayudó a su hija a iniciar el tratamiento +	Para controlar al padre y que no las abandone -	Hacerse cargo de su hija y cuidar de ella +
Madre B	La madre consigue una psicóloga y no se ocupa -	No ayudó a su hija a iniciar el tratamiento +	Estar al pendiente de la enfermedad de la hija -	Estar más al pendiente de su hija y ayudarla, límites +
Madre C	No se dio cuenta de lo que pasaba +	No ayudó a su hija a iniciar el tratamiento +	Tener a una aliada en su hija y hacer que el padre la cuide -	La madre se dio cuenta de lo mal que estaba su matrimonio -
Madre D	Solo se ocupó de ello hasta que su hija pidió ayuda +	No ayudó a su hija a iniciar el tratamiento +	Su hija enferma ocupa un lugar mejor que cuando está sana -	La madre se dio cuenta de que su matrimonio estaba mal -
Padre A	Solo observó que mejoró de peso, se desentendió, que se ocupe la madre +	No estuvo al pendiente de que se siguiera el tratamiento, la madre estaba ocupada en ello +	Mantener la conducta le sirve al padre para quedar bien, proporcionar cuidado y afecto -	Se da cuenta de lo negligente que ha sido en su relación de pareja y con su hija +
Padre B	Observó que mejoraron conductas, se desentendió, que se ocupe la madre +	No estuvo al pendiente de que se siguiera el tratamiento, la madre estaba ocupada en ello +	La AN se volvió el bote de basura de los conflictos en su casa -	El padre se empieza a angustiar y hace cambios, está más al pendiente de su hija, mejora su pareja +
Padre C	No se ocupó del tratamiento de la hija, apoyó al principio +	No estuvo al pendiente de que se siguiera el tratamiento, la madre estaba ocupada en ello +	Su hija mantiene las conductas solo para llamar la atención y manipular -	Logran una alianza entre padre y madre y rompe la alianza de la madre con la hija +
Padre D	No se ocupó del tratamiento de la hija, apoyó al principio +	No estuvo al pendiente de que se siguiera el tratamiento, la madre se ocupó de ello +	No se dio cuenta de nada, ha permanecido ausente -	El padre ha podido apoyar mejor a su esposa, se ponen de acuerdo más fácilmente +

Sobre el tratamiento (TABLA 2)

Sobre el tratamiento, encontré cuatro subtemas que marcan cada momento en la evolución hacía la cura, como son; en qué momento se decide empezar el tratamiento, en las hijas hay semejanzas en que dos de los casos ya se encontraban desesperadas por la falta de control de la sintomatología en uno ella misma busca el lugar al que pide que la lleven y en el último, la paciente observa la cantidad de cosas que se está perdiendo por estar inmersa en la anorexia nervosa y también es ella quien pide ayuda. En los otros dos casos, se encuentran bien viviendo dentro del trastorno, por la cantidad de beneficios que les trae, sin importar el precio que estuvieran pagando. En el caso de las madres parece haber una ambivalencia hacia la cura de sus hijas, en los cuatro casos las madres se esfuerzan por llevarlas al tratamiento y estar al pendiente de cumplir con todo lo que se les pide, pero en el momento de llevar a cabo el tratamiento y apoyar a sus hijas para que lo sigan las madres se desentienden de ello, como si no fuera una parte importante de su labor, así que en nuestros casos parecen actuar de manera similar ambivalentes hacía desear que su hija se cure y que esté curada y quizás no saber que pase después, como si hubiera una necesidad intrínseca en tener a la hija enferma y deber cuidar de ella.

En cuando a los padres en dos de ellos se observó un compromiso inicial, pero después se desentendieron del cuidado y evolución del tratamiento de la hija, incluso hubo un padre que dejó de pagar el tratamiento; y los otros dos padres, en ningún momento se comprometieron con el tratamiento de la hija, la apoyaron económicamente e incluso la acompañaron a las citas iniciales, pero le dejaron toda la responsabilidad del seguimiento del tratamiento a la madre.

Las conductas observadas con respecto al apego al tratamiento, una de las pacientes avanzó hasta obtener un peso cercano al sano y se mantuvo sin cambios por más de tres años y no hubo ningún cambio considerable hasta que se invitó a sus padres a tratamiento, en dos de los casos estudiados no entendieron la gravedad del padecimiento y no siguieron con ninguna indicación del médico y no evolucionaron, continuaron con su peso bajo e inmersas en el padecimiento, y el último caso, a partir de la renutrición empezó a observar las cosas que se estaba perdiendo, como ir de vacaciones, salir a fiestas, continuar estudiando, en este caso su capacidad de auto

observación mejoró notablemente con la renutrición y tuvo avances notorios. En el caso de las madres, todos los casos analizados coinciden en la misma conducta, no ayudan a que el tratamiento se lleve a cabo, solo están al pendiente de las consultas pero no facilitaron el seguimiento del tratamiento como fue mencionado con anterioridad, los padres hacen la misma labor, delegan la responsabilidad en la madre y no se hacen cargo de la evolución del padecimiento.

En lo que se refiere a la función del síntoma, las cuatro pacientes entrevistadas hablan de su necesidad de aminorar el dolor emocional y protegerse de él a través del trastorno de alimentación, como si el ocupar todo su tiempo en la AN, les restara tiempo para pensar y sentir lo que pasa en su vida emocional y a su alrededor. Lo viven como una forma de controlar el mundo que se vuelve impredecible. Y en el caso de las madres todas encuentran una función diferente del síntoma, no hay similitudes, para una la enfermedad de la hija le sirve para tener control sobre el padre y que no deje de visitarlas ni de darles dinero; para la segunda, se convierte en un entretenimiento, estar al pendiente de la gravedad de la hija para no ver su vida solitaria y difícil, como si llenara un espacio en sus afectos; para el tercer caso, la hija enferma es una aliada en casa, quien debe cuidar del padre y vigilarlo mientras la madre sale a trabajar, alguien que la acompañe por todo el tiempo y haga lo que ella desea y le muestre la inconformidad en la que está viviendo con el padre y con sus demás hijos; y en el último caso, la enfermedad de la hija ocupa un lugar preponderante ante la familia y la convierte en la razón justificada, de su malestar y enojo.

Para los padres, sucede igual: para cada uno el síntoma representa una situación diferente de ventaja, en el primer caso es la oportunidad de quedar bien con su hija, llevándole todos los alimentos que consume y sus cigarrillos para recuperar el afecto perdido, funcionando como mantenedor del síntoma; en el segundo caso, la AN es el reservorio de los conflictos familiares, es a quien se le atribuye el malestar de toda la familia, la única culpable de todo lo malo que pasa en casa, de tal forma que también el padre actúa como mantenedor del síntoma; en el tercer caso, la hija enferma solo quiere evadir responsabilidades y manipular al padre para conseguir lo que quiere al igual que a la madre, quien a decir del padre solo está aliada con el trastorno de la hija. Y en el último caso, el padre no se da cuenta de nada, la madre está al pendiente de la

hija y el tiene toda la libertad que necesita porque la madre debe cuidar de su hija enferma.

En cuanto al motivo por el cual los padres son incluidos en el tratamiento, también son más variadas que semejantes: en tres de los casos, el incluir a sus padres al grupo de apoyo terapéutico contribuyó a que éstos estuvieran más al pendiente de ellas y de sus necesidades, y aprendieran una mejor manera de comunicarse con ellas. En uno solo de los casos reconsideraron su relación de pareja y dejaron de presionar a la paciente. A las madres les permitió hacerse cargo de su hija y aprender a cuidar de ella, sin establecer solo un vínculo simbiótico utilitario, sino hacer su labor de madres poniendo límites de una manera congruente y constante y aprender a mejorar su relación de pareja, con la consigna de que la hija ocupe más su lugar y la pareja parental logre tener el suyo. En los cuatro casos se ha logrado una mejoría notable en la relación de pareja y en la disminución de la conducta alimentaria alterada.

6.5.3. Sobre la recaída (TABLA 3)

Sujetos	Inicio	Significado	Aprendizaje
Caso A	Huir de la realidad +	Contener las emociones, volver al silencio, callar -	Utilizar la anorexia nervosa como un disfraz -
Caso B	Huir de la realidad +	Estar de nuevo en el mundo sin sentir emociones -	Evitar responsabilidades y hacerse la víctima -
Caso C	Huir de la realidad +	Sentirse protegida y vencer de nuevo a sus hermanos -	No puede tener el control de todo lo que le pasa, madurar -
Caso D	Huir de la realidad +	Lograr que su madre se ocupe de ella de nuevo, vencer al hermano -	No necesita hacer nada, debe recuperarse y madurar -
Madre A	Volver a tener el control y preocuparlos de nuevo -	Foco de alarma para hacer cambios, en casa, seguir el tratamiento -	Ambas pueden vivir solas, no necesitan que las cuiden -
Madre B	Se dio cuenta de nunca siguió indicaciones -	El trastorno se vuelve un estilo de vida -	Como ha ignorado a su hija a lo largo de la vida -
Madre C	No le da importancia a la recaída, ausente, negligencia -	Empezó a comprender el dolor emocional de su hija -	La falta de cuidado hacía su hija, no la ha mirado -
Madre D	No soportó reprobar materias en la escuela -	Vuelve a no lidiar con sus emociones -	Aprendió la dificultad que tiene su hija para lidiar con las emociones -
Padre A	No ha observado recaída +	Asumir la responsabilidad, hacerse cargo de cuidar de ella -	Involucrarse más en el tratamiento de su hija y apoyar a su mujer -
Padre B	Observa que ha recargado toda la responsabilidad en su mujer -	Ya no puede permanecer desentendido de su familia -	Ha estado más pendiente del trastorno, hizo una página WEB -
Padre C	Aumenta la mala relación entre el padre y la hija -	Valerse de lo que sea por volver a conseguir todo -	La volvió prepotente y despreciativa -
Padre D	No ha observado recaída +	No lo sabe, no se dio cuenta -	Observa que su esposa le ha exigido más ayuda -

Sobre la recaída (TABLA 3)

Con respecto a la recaída, se observaron tres subtemas, en cuanto a la razón por la que inicia la recaída, las cuatro pacientes coinciden en la necesidad de huir de la realidad, porque regresar a vivir sus vidas sin la anorexia nervosa es muy difícil, en cuanto a como la observan las madres, todas tienen un punto de vista diferente, como volver a tener el control, darse cuenta de que nunca se ha seguido el tratamiento como debe, incluso una madre continúa desinteresada sin importar la recaída y una madre comenta que no soportó fallar en la escuela.

Los padres muestran poca capacidad de observación: dos no han observado ninguna recaída en la sintomatología y en cuanto a los otros dos padres, uno lo atribuye a que su hija quiere seguir teniendo una mala relación con él y seguir rivalizando; y el otro padre es capaz de observar que no ha asumido ninguna responsabilidad en el

tratamiento de su hija, que se lo ha dejado todo a su esposa, incluso da la impresión de que la descalifica.

En cuanto a lo que la recaída, el significado que le dan las hijas: dos coinciden en que ayuda a contener sus emociones, mantenerlas en silencio, sin queja y las otras dos hablan de que contiene los celos hacía los hermanos y lograr de nuevo que su madre se ocupe de ellas. Para una de las madres significa un foco de alarma que muestra que deben hacer cambios en casa, para otra de ellas ve el trastorno como un estilo de vida al que va a regresar su hija cuantas veces lo necesite, al igual que la cuarta madre que observa que su hija no puede contener con sus emociones de nuevo. Y por último, la tercera madre puede desarrollar mayor empatía hacía su hija comprendiendo su dolor emocional.

Y en cuanto a los padres, dos coinciden en que deben estar más atentos a las necesidades de su familia, que ya no pueden permanecer periféricos a los conflictos familiares, uno no alcanza a darse cuenta de lo que está pasando y el otro padre vive la recaída como una revancha de la hija, regresa al síntoma porque quiere valerse de cualquier cosa para seguir consiguiendo lo que desea. Y por último, la enseñanza que deja la recaída, en el caso de las hijas, es una manera de disfrazarse, ser quien no se es para lidiar con el mundo emocional, para el caso B ha servido para no asumir responsabilidades y victimizarse, y a los dos últimos casos, les muestra la importancia de madurar y seguir con sus vidas a pesar del trastorno de alimentación y de sus necesidades afectivas. Una madre se dio cuenta también de sus propias necesidades afectivas y de cómo ha utilizado la enfermedad de su hija para no quedarse sola; la madre del caso D logró darse cuenta de las dificultades que tiene su hija para contener con su vida emocional y las últimas dos madres coinciden en el descuido que han tenido hacía sus hijas, logran reconocer que no les han dado las herramientas necesarias emocionalmente para salir adelante.

En cuanto a los padres, dos lo han convertido en su *modus vivendi* uno ha creado una página WEB con la finalidad de ayudar a otros padres en desgracia, y el otro acude al grupo de apoyo terapéutico hablando de casos similares en su familia como si fuera “profeta”; en cuanto al padre del caso C, está muy enojado con su hija y habla de que la anorexia nervosa la volvió prepotente y despreciativa; y el del caso D observa que

tiene que ayudar más en casa en la responsabilidad y cuidado de los hijos, volverse más participativo.

6.5.4. En cuanto a la remisión (TABLA 4)

Sujetos	Inicio	Fortalezas
Caso A	Hacerse cargo de uno mismo +	Cuando está mejor alimentada, tolera más la frustración y puede separarse de su madre -
Caso B	Necesitas los límites de los padres -	Depende de ella curarse, darse cuenta del cuidado y afecto que le tienen sus padres -
Caso C	Aceptar que estás mal y que tienes que cambiar -	Considera necesario que debe asumir responsabilidad en todo lo que hace -
Caso D	Cuidarse a sí mismo +	Pensar en lo que piensas, antes de actuar impulsivamente, solo te haces daño a ti -
Madre A	Dejarle su responsabilidad, yo hacerme cargo de mis cosas -	Fijarse más en ella y depender menos de su hija y de su pareja, ser independiente -
Madre B	Dejarle sus responsabilidades y darle más atención -	El estar pendiente de su hija y observar cuando tenga algún problema con más respeto -
Madre C	Dejar de estar presionando a su hija y no necesitar de un aliado -	Elegir al padre como su pareja y ponerse de acuerdo con él para educar a los hijos -
Madre D	Mejorar la relación con la hija y darle su lugar -	Aceptar a su hija tal cual es, no querer cambiarla, dejar de criticarla -
Padre A	Hacerla responsable, no criticarla ni descalificarla -	Ha podido observar su incapacidad para estar solo y quizá por eso ha mantenido el síntoma -
Padre B	Reconocer que era muy agresivo con sus hijas, hacer más su función de padre -	Contener afectivamente a sus hijas, comprender sus necesidades -
Padre C	Aceptar que deben tener límites y asumir responsabilidades -	Trabajar de padre en conjunto con la madre y de acuerdo con ella, tomarla en cuenta para decidir -
Padre D	Lograr mejorar la relación con su hija, tomarla más en cuenta .	Ser equitativo con ambos hijos y no mostrar la preferencia hacia ninguno, igualarlos -

Sobre la remisión (TABLA 4)

La remisión ha hecho la función de consolidar lo aprendido para disminuir la sintomatología y continuar hacia adelante con el menor número de recaídas y se ha ido logrando, ya que empiezan a tener un pensamiento más reflexivo y no actúan tan fácilmente por impulso. Es de llamar la atención cómo esta opinión está dividida; dos aceptan que tienen que cambiar algo en ellas mismas, porque les parece que actuar sin pensar solo les ha traído mayores problemas, una refiere que si se necesitan los límites de los padres y que no tiene porque interpretar que sea por falta de afecto, que es la forma de educar y, el otro caso acepta que ha estado actuando mal y que por ello tiene que cambiar. Tres madres coinciden en que sus hijas deben asumir sus responsabilidades y que eso no es una manera de decirles que no las quieren, sino de

ayudarles a crecer y madurar, una de ellas habla sobre quitarse de la necesidad de tener un aliado en contra del mismo padre. Y en cuanto a los padres dos coinciden en que son muy agresivos y que lastimaban a su esposa y a sus hijos y los otros dos coinciden en hacer responsable a su hija y respetarla dándole su lugar.

Y en cuanto a las fortalezas que se quedan después de pasar por un trastorno de la alimentación, los cuatro casos coinciden en asumir sus responsabilidades y las consecuencias de sus actos, que solo van en detrimento de sí mismos. Las madres coinciden en que también tienen cierta dependencia hacia su hija enferma y que deben dejarla en libertad, una de ellas reconoce que su hija no es de su propiedad y que no puede hacerla a su imagen o moldearla como ella guste, así como tolerar la frustración de que las cosas sean de esa manera.

Los padres opinan de manera distinta, no habiendo semejanzas en la forma de pensar, uno habla de contención afectiva hacia su hija: otro de las marcadas diferencias que ha hecho a lo largo de su vida entre ella y su hijo menor, así como la preferencia hacia él. Otro padre menciona la importancia de aliarse con la madre y no permitir que la conducta irregular de su hija los separe y obtenga algún beneficio como una mayor libertad o desentenderse de sus responsabilidades como padre y por último reconocerse como una persona pasiva y dependiente que necesita que lo cuiden de tal forma que fomentar el trastorno de alimentación en la hija, lo convertía en un ser indispensable.

En resumen, para llevar a cabo este análisis estructural tomaré en cuenta únicamente como temas relevantes los que fueron coincidentes en tres o más sujetos, como lo mencioné en la introducción. Considero que delimitar los tópicos nos ayuda a constituir una nueva idea del padecimiento que nos permita formular intervenciones más atinadas, además de abrir la posibilidad de crear una nueva propuesta de tratamiento para pacientes con anorexia nervosa para población mexicana. En general, se observaron más semejanzas en la forma en la que conciben el padecimiento las hijas, que en los padres y las madres.

En lo que se refiere al inicio de la anorexia nervosa, todas las pacientes coinciden con prácticas de cambio en la alimentación, las madres tienen ideas totalmente diferentes al respecto al igual que los padres. Quizás una recomendación terapéutica inicial sería

unificar la información entre padre, madre e hija en cuanto al inicio del padecimiento para poder idear un objetivo de tratamiento común. Para ello sería de vital importancia dar a conocer a los cuidadores primarios las razones que sus hijas proporcionan como inicio del padecimiento. De la misma manera sucede con la observación de la conducta, todas las hijas entrevistadas concluyen en que tienen problemas de autoestima y socialización, los cuales pueden tener su origen en las relaciones iniciales con los padres (relaciones objetales) y falta de fortaleza del sí mismo (*self*). Las madres y los padres coinciden en que no se dieron cuenta de lo que estaba pasando con sus hijas o lo pasaron por alto, como una negativa de que sus hijas pudieran ser capaces de enfermar de algo tan extraño, eso le pasa solo a las modelos o a las mujeres muy bonitas.

En cuanto a las conductas paliativas para entretener el hambre, la información de las hijas coincide en fumar, tomar mucha agua, masticar chicle, hacer ejercicio y esconder o tirar la comida. Las madres coinciden en que no se dieron cuenta de que tuvieran alguna práctica extraña en lugar de comer, pero los padres, si muestran la capacidad de observar que sus hijas tenían cambios en su forma de alimentarse. De las emociones que se mencionan, las hijas coinciden en el miedo, el enojo hacía las figuras parentales, la tristeza, la sensación de soledad y abandono, las madres también coinciden en una emoción, la culpa y la negación de que algo estuviera pasando. En cuanto a los padres, éstos coinciden en sentimientos de culpa y preocupación.

Con respecto a las experiencias en el tratamiento, no hay coincidencia en las hijas en el porqué van al tratamiento, pero las madres concuerdan en no darse cuenta de lo que está pasando con sus hijas y los padres en desentenderse del tratamiento, dejar la responsabilidad a la madre de lo que si observan pero insisten en la posición periférica de no emitir ningún juicio ni opinión. Como si no quisieran asumir ninguna postura ni responsabilidad al respecto.

En cuanto a las conductas observadas una vez iniciado el tratamiento, todas las hijas coinciden en que no le dieron la importancia real a la anorexia nervosa. Da la impresión de que tienen la idea de que ellas se enfermaron a voluntad y que se pueden curar de la misma manera; en las madres también es coincidente la forma en la que dejan la responsabilidad del tratamiento a la hija sin involucrarse mayormente

en que los cumplan, es decir les proporcionan los alimentos y les dan la facilidad de pagar el tratamiento pero no se ocupan de que lo lleven a cabo. Con los padres sucede lo mismo, se desentienden del tratamiento y opinan que la madre es la que debe hacerse cargo de cuidar de la hija.

En cuanto a la función del síntoma es decir, para qué sirve estar inmersa en el trastorno todas las pacientes coinciden tarde o temprano que ayuda a no pensar en lo que les duele, no sentir las emociones, ni negativas ni positivas porque no las saben reconocer ni manejar, una de ellas comenta que *“es como traer un disfraz”*, además de tener un espacio de protección que sienten que pueden controlar. En las madres no hay semejanzas al igual que en el discurso de los padres.

En cuanto a las razones para incluir a los padres todas las pacientes piensan semejante; hablan de que tanto la madre como el padre se empiezan a interesar en lo que está pasando y empiezan a esforzarse por ayudarlas y facilitarles seguir el tratamiento. Las madres no muestran semejanzas en este discurso pero los padres sí.

Conclusiones

Sobre la recaída, todas las hijas coinciden que la recaída es parecido a la necesidad de huir de la realidad, volver a un espacio conocido que pueden controlar. Las madres no muestran ninguna semejanza en el proceso de la recaída al igual que los padres.

En cuanto al significado de la recaída, no se encontró ninguna semejanza y de la misma forma en la remisión de la sintomatología, los puntos de vista eran diferentes entre los miembros estudiados de las triadas. En resumen, hasta el momento en cuanto a las semejanzas se encuentra el inicio del padecimiento, donde podemos presuponer que el cambio en la forma de la alimentación podría condicionar que apareciera el trastorno de alimentación como primera señal. En cuanto a los rasgos de personalidad las pacientes son coincidentes en sus problemas de autoestima y dificultades para sentirse aceptadas socialmente, o quizás tienen dificultades para adaptarse al medio ambiente que pueden considerar hostil. Lo anterior podría hacernos pensar en dificultades desde el origen con sus relaciones de objeto. Otra idea en la que los padres y madres parecen coincidir es que sienten tener una mínima capacidad de observación hacia sus hijas, se podría hablar de un cuidado ambivalente; por un lado, la sobreprotección, el sobre cuidado; y por el otro una conducta agresiva de

incomprensión y negligencia en el cuidado de la vida emocional de las hijas. Otra semejanza es la necesidad de buscar paliativos para contender con el hambre que ellas aparentemente interpretan como ansiedad, y constantemente están buscando llevar a cabo conductas como mascar chicle, olvidando los conflictos bebiendo alcohol o utilizando drogas en por lo menos un caso y aumentar el consumo de tabaco, o iniciar a consumirlo.

En cuanto a las semejanzas en el conocimiento y manejo de las emociones, las cuatro pacientes coinciden en el enojo hacia los padres y las madres, el miedo y la tristeza que puede llevarlas hasta una depresión mayor, así como el afecto ambivalente de las madres ante la soledad, el abandono, la negligencia en el cuidado y la sobreprotección, mostrando conductas agresivas hacia sus hijas.

El sentimiento de culpa que aparece tanto en los padres como en las madres así como la negación que parece ser semejante en las madres, como si el hacer que no se dan cuentan o hacer que no miran es como si evitarán que esté pasando algo: no lo miro, entonces no existe.

En lo que se refiere al tratamiento las razones por las cuales acuden a la institución, son diferentes, pero en las madres hay semejanzas en que ninguna se hizo cargo de ayudar a sus hijas a que se apegasen al tratamiento, como un temor a que ya no existiere la enfermedad y ellas tuvieran que renunciar a los beneficios que también les otorga el trastorno, como ocupar su tiempo en mantenerse al pendiente de la hija, consiguiendo así una situación fácil en donde se puede perder el control y fomentar el aislamiento social de la hija con anorexia nervosa, para lo cual puede mantenerse con una actitud rígida y sin cambios. Aparentemente, los padres delegan la responsabilidad del cuidado de la hija en la madre, quizás para que se mantenga ocupada y no afecte su libertad y así poder desentenderse de su labor de padre y mantenerse en un estado periférico; la dificultad estriba en que de esta forma, el padre no facilita la vida social de la hija y no hace la labor de separación de la diada madre e hija, creando una alianza más fuerte entre la hija enferma y la madre, de tal forma que la hija se vuelca en un ataque en contra de la madre y la convierte en el objeto de su agresión.

6.6. Viñetas clínicas

Los siguientes casos se presentan a manera de viñeta, ya que los considero importantes por la singularidad del caso, una hija que se presenta sola a la entrevista y que los padres ya no vienen a completar la entrevista (aparentemente por vergüenza) y queda solo el discurso de la hija. Un segundo caso del único hombre que aceptó ser entrevistado y que además fallece por las complicaciones de la desnutrición y por último una mujer de 21 años de edad quien se suicida por ahorcamiento, el cual es un modo de alta letalidad que se atribuye más a los hombres que a las mujeres y por eso se torna especial, ya que considero que puede esclarecer la repercusión emocional que puede tener un trastorno de alimentación.

6.6.1 FAMILIA CASO “E” (HL13F05)

Entrevisté únicamente a la hija, ya que los padres no acudieron a sus entrevistas, los datos demográficos descritos en la tabla fueron obtenidos de la misma entrevista.

“Con cada kilo que perdía me sentía... como más contenta”

E es una mujer de 21 años, residente de un estado de la República Mexicana: es soltera, estudia su licenciatura en la universidad del estado, padece anorexia nervosa compulsivo purgativa, según el diagnóstico médico, ha llegado a presentar índices de masa corporal (IMC) dentro del estado de desnutrición, más de tres veces durante el estado agudo del padecimiento y en las diferentes recaídas. Ha padecido graves enfermedades como consecuencia de la desnutrición: pancreatitis, infecciones renales, problemas en el hígado, así como recurrentes infecciones en las vías urinarias.

Su IMC más bajo ha llegado hasta 15.1, es decir que llegó a pesar hasta 34 kg, cuando ingresó al servicio, reconoce que *“comía muy poquito, porque ponía excusas y pretextos para comer o decía que ya había comido en la escuela”*, comenta que sus padres no se dieron cuenta de cuánto peso había perdido, hasta que un día su madre le llevó una toalla para que se secará y la observó muy delgada, incluso comenta que lloró y salió corriendo para decirle al padre.

Recuerda que también hacía mucho ejercicio y que empezó a dejar de menstruar, cuando le comentó esto a su padre, él le dijo que era normal que la regla se retirara por el ejercicio, y no se preocupó de más; sin embargo, después del evento de

la toalla, llevó a casa una hojas en las que se hablaba de la anorexia nervosa y se pusieron a leerlas y fue ahí donde descubrió que su cansancio, mal humor y falta de sueño se debía a que comía mal.

El caso E logra reconocer que empezó a preocuparse por su estado, pero le dijo a su padre que no sabía *“qué hacer para comer normal”*. Pero tampoco sus padres hicieron nada. Menciona que estando en la escuela la orientadora le preguntó qué era lo que le pasaba y E le comentó que comía muy poco y que sus papás también estaban muy preocupados por ella, pero que no sabían qué hacer. La maestra le recomendó un médico y sus padres la llevaron con él.

Para ese entonces ya había pasado un año desde que sus padres observaron y leyeron que podía tener anorexia nervosa. E recuerda que empezó dejando de comer *“solo algunos alimentos”* y que después supo que se trataba de *“anorexia restrictiva, ya que en ese tiempo no vomitaba”*.

El problema fue que el tratamiento era demasiado caro, ya que se trataba de una clínica privada y sus padres decidieron que no fuera a ese lugar, ya que se encontraban en la disyuntiva de pagar las escuelas, el bienestar de la familia, la estabilidad de todos o solo pagar el tratamiento. Entonces dejó de acudir a la escuela y se dedicaron a buscar tratamientos menos caros.

Refiere que acabó en una clínica en el Distrito Federal que estaba empezando, y entonces comenta que *“me agarraron de conejillo de indias”* y no mejoró en nada, dice que para enero, ya estaba con conductas de *“comer mucho y volver el estómago”* ya presentaba atracones y vómitos y fue el periodo en el que más bajó de peso, y empezó también *“tomando pastillas”* para seguir bajando su peso.

Continuó así hasta que la internaron una semana en el hospital porque ya estaba muy grave, con un peso demasiado bajo, y como tomaba más de 20 laxantes al día, su intestino empezó a fallar, comenta que sus padres acabaron con todos sus ahorros y que solo pudieron cubrir una semana de tratamiento y la llevaron de vuelta a casa.

Recuerda que le daban crisis de ansiedad y que sus padres no sabían ya que hacer. E seguía bajando de peso porque otra vez dejó de comer, entonces la terapeuta de la madre les comentó sobre un Hospital de servicio público en el Distrito Federal,

que tenía una Clínica especializada en Trastornos de la conducta alimentaria y que sabía que era menos caro que el hospital en donde la estaban atendiendo y fue cuando llegó al servicio.

E cuenta que para esa época, ya habían pasado dos años y medio de que había empezado con el trastorno y que para ese entonces ya vomitaba, se laxaba y llegaba a pasar hasta tres días en ayuno, y después recuerda que comía muchísimo, *“yo creo que como 7 personas”*.

Refiere que se le inflamaba horrible el estómago y volvía a vomitar y así se la pasaba, hasta que inicio el tratamiento con medicamento, la mandaron a reposo absoluto en su casa como 6 meses, pero de todas maneras *“no comía bien y se peleaba todo el tiempo con su madre”*, y estaba muy agresiva, se acuerda de haberse aislado de todo y de todos, que *“pasaba días enteros vomitando y atracando o días enteros sin comer y llorando peleándose con todo el mundo”*.

Su madre llegó hasta ponerle candados a las alacenas, porque ella era capaz de comerse toda la quincena en solo tres días, pero los candados no evitaron que atracara, ya que metía la mano por debajo de las puertas y comía lo que alcanzaba a sacar, vomitaba en un bote en su cuarto poniendo el radio a todo volumen para que no la escucharan.

Uno de sus amigos le dijo que hacía de su enfermedad un negocio, y ella lo tomó como *“yo soy la víctima”*. Y pues tal vez tenía razón *“me manejaba como a través de la enfermedad”*, hasta que ingresó a la escuela de nuevo, pudo volver a controlar un poco su conducta, tanto la del vómito como el uso de los laxantes.

Continuó la mala racha económica de casa, el padre perdió el trabajo, la madre parecía comprar de forma compulsiva y comprometió más de 200 mil pesos en una tarjeta de crédito, además de que el padre tiene conductas agresivas para con ella, su hermano y su madre, conductas de las que E no se había percatado hasta que se renutrió, observó todo lo que pasaba a su alrededor y tuvo entonces una recaída.

Lo que E alcanza a reconocer es que *“me sentía muy sola y muy triste”*, lo único que la hacía sentir bien era la escuela, ya que en su casa había demasiados problemas y sus padres una relación demasiado mala.

E ha llegado a pensar que a sus padres no les importa lo suficiente y que toman cualquier pretexto para pelear, comenta que una mañana en cuanto se despertó, escuchó que sus padres se estaban peleando y agarró todas las pastillas que encontró y se las tomó, se puso al lado de un mueble sacó una navaja y empezó a cortarse, después ya no recuerda nada, cree que todo empezó un domingo en la mañana y que despertó hasta el lunes en la noche en su cama y volvió a dormirse, hasta el miércoles, pero continuó haciendo tonterías *“tomé desenfríoles con tequila, entonces mi mamá se espantó y me hospitalizaron”*.

Recuerda que solo estuvo hospitalizada una semana porque sus padres la sacaron antes del tiempo recomendado, pero comenta que *“fue horrible”*, tenía demasiada ansiedad y no se podía controlar. Reconoce que pensó que sus padres la habían internado para deshacerse de ella, por lo que habló con sus papas y prometió que iba a cambiar y *“obviamente les doré la píldora y me creyeron, ellos y los doctores”* y a la semana que sacaron de ahí. Sin embargo, estaba muy enojada con sus padres y nunca entendió que la hospitalizaron para que no siguiera haciéndose daño, no porque estuvieran hartos de ella, ahora piensa que se hacía daño para molestar a sus padres y no se había dado cuenta de que al hacerse daño, solo se dañaba ella misma.

E acepta que su cuerpo lo usa *“como un estandarte”*, es decir cuando no puede expresar las cosas las manifiesta a través de hacer mucho ejercicio o comer mal o de más para terminar vomitando, o cortándose. Y piensa que tiene esas conductas porque tenía muchas ganas de *“joder”* a sus padres, lograba que su madre llorara y se preocupara por ella y estuviera al pendiente y también que su padre no le riñera, ni la maltratara, de la misma forma lograba que sus padres no pelearan y estuvieran al pendiente de lo que ella necesitaba.

Además el estar enojada le permitía agredir a sus padres, recuerda que en una ocasión le gritó a su padre que era un *“Pendejo, que lo odiaba, que era un maldito que le había arruinado la vida con sus estúpidas exigencias, que estaba harta, que siempre había hecho lo que él quería y que de cualquier forma él no era feliz”*. Reconoce que esos desplantes eran como un desquite, *“cómo tú también nos maltrataste, pues ahora me toca a mí”*.

Reconoce que su padre siempre le puso estándares muy altos, E recuerda que siempre la presumía con todos sus amigos de que ella era la mejor, que era muy inteligente, que iba a estudiar actuaría, y que iba a trabajar en una gran empresa, como si la hubiera idealizado, *“como si él ya hubiera hecho mi vida”*. Y se da cuenta que ella estaba dispuesta a seguirla con tal de que su padre tuviera atenciones con ella, pero nunca consiguió nada, piensa que *“los padres se acostumbran a que los hijos saquen dieces y entonces pierden todo el valor”*.

Ella solo quería su reconocimiento y nunca lo logró. Toda la vida fue muy tranquila, nunca causó problemas, siempre fue buena estudiante, en la escuela iba perfecto. *“Yo amaba a mi papá, creo que ese fue el problema, creo que lo amé hasta los 14 años, que todo empezó mal”*.

Expone que en el primer tratamiento que tuvo con una psicóloga, ésta le hacía ver que las cosas que contaba no eran reales, que tenía que empezar por ver la realidad. Reconoce entonces que idealizó a su padre, que le decía a la gente que su padre era cariñoso, y que la quería mucho y que la trataba muy bien, pero que, en realidad su padre no era así, que se trataba de una persona grosera, que no era nada cariñoso, que hería a las personas y que siempre hacía comentarios que lastimaban a la gente, que gritaba todo el tiempo y logra reconocer que no le gustaba que gritara.

Ella piensa que estuvo aguantando por mucho tiempo hasta que explotó. Su padre no era el hombre que ella creía y eso no lo observó hasta después de dos años de tratamiento, cree que eso pasó *“porque estaba muy flaca, no me daba cuenta”*.

También recuerda que su madre pasaba gran parte del tiempo intentando bajar de peso y cuando lo lograba se sentía contenta. E piensa que aprendió que solo bajando de peso se puede estar contenta. Se acuerda de la preocupación de su madre, *“toda la vida a intentado bajar de peso, entonces yo veía desde que estaba chiquita, como ella se esforzaba por ser más delgada y cuando lo lograba, se sentía muy contenta”* por eso *“yo pensé que haciendo también eso yo iba a estar más contenta”* ella piensa que todo eso influyó, así como también la preocupación de su padre por las enfermedades, como la diabetes por ejemplo.

E evoca que cuando estaba en quinto de primaria su padre era *“hipocondriaco, creía que tenía todas las enfermedades que existían”*, y por ello fue a tratamiento

psicológico; sin embargo, el abuelo muere de diabetes y ella piensa que su padre *“estaba traumatado y siempre nos decía que no comiéramos pan, ni tantos dulces, que te ibas a morir si comías fresas porque tenían cisticerco, igual que la carne de puerco, entonces en la vida hemos comido fresas ni carne de puerco y le creíamos todo, y no sabíamos que era un mentiroso, nadie le decía nada, mi mamá también vivía como sometida y nunca se revelaba, yo creo que fui la primera que se le reveló”*.

E considera que logró revelarse a través del trastorno, porque a partir de ahí los padres se dieron cuenta de que ellos tenían problemas de mucho tiempo atrás y que no solamente era ella la culpable de todo, *“bueno mi papá me culpaba de todo, de todos los problemas en mi casa yo tenía la culpa, que si no había dinero, tú tienes la culpa porque yo gasto mucho en tu tratamiento, que si mis papás se peleaban era porque... es que... tú niña manipulas a tu mamá para que venga y me reclame a mí”*. Comenta que también era la culpable de la tristeza del hermano, porque *“seguro me prestaban más atención a mí, pero en realidad eran problemas de años que ellos tenían”*.

Cuando empezaron a acudir a terapia familiar, como parte del tratamiento propuesto por la institución, su madre se dio cuenta de lo que hacía mal, que debía decidir si seguía viviendo con eso o no y su padre no iba a cambiar, de tal forma que la madre ha reconocido que no es feliz con su padre, pero que tampoco se puede separar de él porque tiene una gran dependencia, tanto emocional como económica, y por ello no lo deja, y *“bueno eso es como su rollo, pero de alguna manera yo he tenido que ver con esos problemas”*.

Cuando E habla sobre la recaída, lo que piensa al respecto *“la recaída era como, primero como falta de autoestima... yo no me sentía a gusto, yo creo que ni bien, o sea ni como viéndome más llenita o más flaca, o sea la apariencia no era tanto, sino yo como persona no me sentía a gusto, o sea yo tampoco me aceptaba como con mis errores, por lo mismo de que mi papá me ponía muchas exigencias,... yo tenía que ser perfecta, pero obviamente nunca lo iba a lograr, solo que yo no lo sabía, o sea yo creí muchas cosas que mis papás me decían y cuando vine a terapia me desmintieron de ellas, por ejemplo, yo creía que todas las relaciones sociales estaban regidas... porque si tú le contabas a la gente como te sentías, era porque eras débil, porque eso me*

enseñaron, pues en realidad las cosas no funcionan así, muchas personas no funcionan así”.

E recuerda que iba a cumplir 17 años y otra vez se hartó de la vida, porque según ella se esforzaba mucho por hacer los cambios propuestos en el tratamiento y nada pasaba, es decir, ella seguía esperando que los padres modificaran su conducta y que hubiera más armonía en la familia *“y yo trataba de cambiar y de dejar de vomitar, pero tampoco pasaba nada, entonces me desesperé y estaba triste y me harté como del mundo, pero no me quería morir, sólo quería descansar”*, ya no había medicamentos en casa, porque ella abusaba de los medicamentos y los padres los habían escondido, comenta que logró conseguir los medicamentos manipulando a una amiga.

Se tomó como 200 pastillas y durmió pero después que despertó, pasó tres días vomitando, sus padres la llevaron a un hospital general público, por recomendación de su médico tratante, lo que E reconoce como *“una lección, no sentía nada, ni tristeza, ni felicidad, ni indiferencia o sea era como nada”*.

Una vez que la estabilizaron medicamente la hospitalizaron por segunda vez en un hospital psiquiátrico, pero esa vez solo fue con su padre, quien la dejó internada y sola *“y esa vez ya no me sacaron y hasta que estuve esa vez me di cuenta de lo que había hecho la primera vez, que era agradecerle a los doctores para que saliera más rápido”*.

A través del trastorno, E logra revelarse y regresar a los síntomas le permite seguir revelándose y hacer algo para que sus papás observen también sus conductas y cambien, aunque también ahora ha aprendido que sus papás no van a cambiar hasta que ellos lo deseen, que la que tenía que cambiar era ella y salirse de la enfermedad para empezar su vida independiente de los problemas de sus padres.

Reconoce que lo ha logrado hacer, a partir de que en la última recaída la internaron, su padre tomó la decisión de hacerlo y ni su madre, ni su padre se quedaron a cuidarla, entonces ella se dio cuenta de que la única que se hacía daño con esas conductas era ella misma.

Lamentablemente, los padres estuvieron postergando la fecha de las citas para realizar las entrevistas para la investigación y nunca las pude llevar a cabo, E se cansó de pedirselos, y los padres jamás acudieron.

Epílogo

Me mantengo en contacto con E por correo electrónico y actualmente se encuentra en el extranjero haciendo una estancia de seis meses y está totalmente recuperada del peso aunque en ocasiones, cuando no puede contener con las situaciones, vomita de vez en cuando, se relaja y busca resolver el problema evitando continuar con la conducta. Su peso es ideal y reconoce que es muy buena estudiando y que hace lo que le gusta.

Los padres fueron a buscarme al servicio, en agosto del 2013, la madre tuvo que acudir a tratamiento, porque desde que se fue su hija, ella se ha sentido muy mal y no puede resolver los problemas familiares, que ya está observando, ha estado deprimida y el padre comenta que ha tenido tres intentos de suicidio, se encuentra muy delgada y demacrada, tanto que el padre ha decidido traerla a vivir al Distrito, aprovechando que E esta fuera del país y su hermano menor ya está en la universidad y ha demostrado ser responsable con su escuela, además de haber asumido que es homosexual y con ello ha logrado rebelarse contra el padre y la madre, no dejando que interfieran en su vida.

Narrativas progresivas

De acuerdo con la teoría de la narrativa progresiva propuesta por Frank (1995), en este tipo de narrativas, la evaluación de los acontecimientos relacionados con el padecimiento tiende a ser positiva a través del tiempo.

Pueden ser considerados como relatos épicos, donde el paciente logra asimilar el proceso del diagnóstico y salir adelante, manteniendo su tratamiento y tomando la anorexia nervosa como parte de su vida cotidiana, sin dejar de lado que, este mismo autor los considera también como relatos de búsqueda, en los cuales el padecimiento genera una transformación personal en el paciente, que lo vuelven proactivo en la ayuda de otras personas con el mismo padecimiento, como sucede en los grupos de auto – ayuda, o como en este caso, que E decide estudiar psicología, o en contraste, otros relatos progresivos, donde la intención principal es enfatizar el modo en que el

padecimiento se ha normalizado dentro de la vida cotidiana y el paciente logra recuperar su funcionamiento social.

Cabe señalar que en los relatos progresivos pueden coexistir ambas posturas, y considero que este es uno de esos casos. Donde E cada vez que crece o tiene un logro debilita a los padres y entran en conflicto con ella y cuando se da la recaída los fortalece.

FAMILIA 06

6.6.2 CASO F: (PR1406)

La presente entrevista solo se realizó al padre, ya que no se pudo llevar a cabo la entrevista con F y con la madre de F debido al estado de salud en el que se encontraba el paciente.

Considero importante referirme a este caso, debido a que es el único caso en el que el padre y la madre acompañaban a su paciente varón a tratamiento, aunque el desenlace fue desafortunado, se trata del único caso que en mi experiencia clínica ha muerto por las condiciones de desnutrición únicamente.

“Se fue apagando, como una vela”

El padre es un hombre de 51 años, quien presenta vitíligo, y es excesivamente ansioso, teniendo que ser tratado en el hospital, ha estado todo el tiempo comprometido con el tratamiento de su hijo, incluso ha dejado de trabajar para estar pendiente de las necesidades de su hijo y de traerlo y llevarlo a sus consultas.

La madre ocasionalmente deja de trabajar para acompañar a su hijo, a pesar de que tiene un negocio propio. Y aunque busca siempre la forma de estar al lado de su hijo, iba menos veces al hospital con él.

El padre refiere que su hijo quien tenía ahora 22 años, había terminado la preparatoria, pero no pudo continuar con sus estudios porque no entró a la universidad, comenta que había presentado tres veces el examen de admisión pero que nunca obtuvo una calificación favorable, él piensa que su hijo enfermó *“por envidia”*. Recuerda que cuando él nació, su madre esperaba una niña, que fuera güerita y de ojos claros y al enterarse que F era varón no quiso verlo, ella estaba muy decepcionada, pero que pronto después de que salieron del hospital, la mamá empezó

a cuidar de él, y se acostumbró, pero siempre lo cuidó mucho y le dejaba el cabello largo y le hacía tratamientos de belleza.

Recuerda que cuando nació la hermana de F después de cinco años, él se aisló y no quería ver a nadie, ni que nadie fuera a visitar a su hermana, no quería que le dieran regalos ni que la madre le hiciera caso a ella, entonces el padre fue quien cuidó de su hija menor y la llevaba al taller de carpintería en el cual trabajaba, empezó a tener problemas con su jefe por llevar a su hija y decidió entonces poner su propio taller para poder hacerse cargo de su hija, pero F nunca permitió que su madre la cargara o la alimentara.

El padre comenta que con el tiempo, *“como que se fue acostumbrando a compartir con su hermana, sus juguetes y sus regalos, pero nunca permitió compartir a su mamá, ni conmigo, ja.”* De tal forma que se fueron alejando en la relación de pareja, *“F dormía con su madre, yo en la sala y mi hija en su recámara”*. Con el paso del tiempo, las cosas mejoraron y algunas veces el papá podía dormir con la madre o dejaban a F dormido en la cama matrimonial y ellos se quedaban en el sillón, o estaban juntos, *“de esas pocas escapadas, cuando F tenía 17 años, mi mujer se volvió a embarazar y nació una bebé exactamente igual a la que ella quería en sus sueños. Güerita de ojos verdes, entonces no hizo más nada que cuidar de ella y desplazar a F. ya no se dormía con él, sino con la bebé y ha sido a la única hija que ha cuidado desde el hospital”*.

Sin embargo, F todavía le exigía cosas como que le comprara pupilentes verdes, que le pintara el cabello de güero, que le comprara tenis, celulares o cosas demasiado caras y la madre con tal de complacerlo y de que no se enojara, hacía todo lo que él le pedía.

Hasta que F empezó a bajar mucho de peso y a tener atracones, comiéndose la comida de toda la familia y vomitando ensuciando de vómito todo lo que encontraba a su paso, *“o si comía mangos y tenía un atracón de mangos, se embarraba todo y embarraba el control de la televisión y se limpiaba en los sillones y en las cortinas de la sala de tele, y su madre no le decía nada, solo se ponía a limpiar”*. El padre también comenta que vomitaba en bolsas de plástico que dejaba encima del sillón de la sala o en la recamará de ellos.

El padre notó que su hijo se empezó a aislar de nuevo y que ya no quiso ir al curso de preparación del examen de admisión para la universidad y que cuando estaba terminando la prepa, ya no quiso ir a los exámenes finales, pero como siempre había sido muy buen estudiante si le dieron el certificado, *“bueno, mi mujer les fue a suplicar a los maestros que lo pasaran”*.

Un día el padre se dio cuenta de que su hijo había adelgazado mucho, *“ya que le compré un pantalón que no le quedó y lo llevé a cambiar y ninguno le quedó bien”*.

Entonces buscó en internet que podía tener su hijo *“yo hasta pensé que era cáncer”*, lo comentó con la madre y lo llevaron a hacer estudios hasta que vieron que todo estaba bien y les dijeron que parecía que tenía anorexia nervosa.

Les recomendaron llevarlo al Instituto, donde llegó pesando 45 kg, con una talla de 1.75, lo que daba un IMC de 14.07, lo que marcaba desnutrición grado tres, los padres no se habían percatado de tanta baja de peso, hasta que se los comentaron en el hospital, confirmándose que tenía un diagnóstico de anorexia nervosa compulsivo purgativa y que necesita un tratamiento inmediato.

Se le dieron licuados para su renutrición y se le mandó a reposo relativo en casa, la madre abandonó a su hija pequeña para dedicarse al cuidado de F y el padre empezó a cuidar de la hermanita. Incluso recuerda que la madre le comentó que iba a dejar de trabajar unos días para dedicarse a F *“ya que mi mujer sentía que F había enfermado por su culpa, porque ella tenía que trabajar y lo había desatendido”*, así que volvió a dormir con él y a cuidar de F de tiempo completo, hasta que se recuperó y la madre volvió a sus actividades de nuevo y a cuidar de su hija pequeña.

Entonces F volvió a enfermar, dejó de comer de nuevo y empezaron a aparecer de nuevo las bolsitas con vómito, fue ahí cuando el padre acudió al servicio para pedir ayuda para apoyo a los padres y empezó a asistir solo a las reuniones, hasta que logró convencer a su mujer que era necesario que acudiera.

Después de un tiempo de acudir a tratamiento y hacer algunos cambios de ambos padres, F empezó de nuevo a subir de peso, pero nunca llegó a mantener un peso mayor de 55 kg, peso que lo mantenía muy delgado, pero con buena energía, entonces el padre le recomendó que empezara a ver lo de sus estudios, que seguramente era buena idea que volviera al curso de ingreso para la universidad y que

hiciera algo más productivo, F no estuvo de acuerdo, solo pidió que lo dejaran trabajar y que eso lo ayudaría para distraerse y estar más tranquilo ganando dinero.

El padre accedió y lo llevó a pedir trabajo, sin embargo todo el dinero que ganaba era para F y no cooperaba para nada en casa, siendo muy voluntarioso y haciendo lo que él quería, la última vez que se habló con la madre y que ésta acudió al servicio antes de la muerte de su hijo, ella dijo que estaba ya muy delgado y que lo veía muy poco, que solo lo veía cuando lo llegaban a recoger de su trabajo como a las 11 de la noche y que le daba sus veinte pesos, se le preguntó para que se los daba y ella dijo *“para que pueda comprar su queso y sus tortillas para atracar al otro día y no se coma lo de nosotros”*.

El padre comentó que intentaba hacer cambios, pero que las cosas no cambiaban, que seguían igual, que su hijo no quería comer y que tampoco aceptaba ayuda de nadie y que eso lo tenía muy preocupado, que él ya no sabía cómo hacer para que las cosas cambiaran.

Se terminó de hacer la entrevista con el padre y se le comentó que si podía venir la madre o su hijo para continuar con las entrevistas, el padre comentó que si que lo iba a intentar porque su hijo no quería salir a ningún lado, que de la vez que había firmado el consentimiento informado ya estaba peor.

Después de tres semanas recibí una llamada de la madre, comentó que su hijo se había puesto muy grave, que había pedido días de descanso porque estaba muy agotado y que comía muy poco y todo lo vomitaba. Dijo también que su papá le había ofrecido llevarlo al instituto pero que F no había querido porque aquí no le podían extender una incapacidad, que lo llevaran a su seguro médico mejor, ya que lo único que necesitaba era pedir tres días para descansar, porque se sentía muy agotado.

Cuando llegó a su Clínica lo vieron muy mal y le dijeron que tenía que ir a un hospital para que lo internaran, que ellos no podían hacer nada por él ahí, la madre dijo que padecía de anorexia nervosa y en la Clínica le dijeron que entonces lo llevara al Instituto, pero que por lo pronto ellos le podían poner suero para que tuviera más energía, pero F se negó a la intervención.

Entonces la madre llamó al servicio para buscar orientación acerca de qué podía hacer, se le dijo que lo llevara a un hospital general y que le dieran tratamiento

aunque su hijo se negara a recibirlo, ella dijo que ya lo habían llevado con engaños pero que no lo aceptaron porque estaban esperando a que su psiquiatra autorizara el internamiento, y que por eso llamaba.

Hablé con el jefe del servicio y le comenté el suceso, dijo entonces que lo llevaran al Instituto y que íbamos a ver en que podíamos ayudar, cabe aclarar que F llevaba más de cuatro meses de no acudir al servicio por falta de energía pero sí seguía trabajando.

Cuando llegaron el padre y la madre se veían muy consternados, F estaba totalmente en los huesos, demacrado, con la mirada perdida, el padre lo cargaba para moverlo y él ya no reconoció a los médicos y no quiso hablar con nadie, parecía que hablar le representaba un esfuerzo terrible.

Finalmente se le dio un plan de alimentación adecuado, a través de licuados para lograr mejorar su estado nutricional, a través de una sonda nasogástrica, pero no era posible tenerlo en el hospital ya que al no ser un hospital de segundo nivel de atención, no existen los suministros necesarios para atender alguna emergencia médica que pudiera suscitarse.

La intención era que lo hospitalizaran en un hospital general que pudiera cubrir cualquier riesgo, los padres no lograron convencerlo de llevarlo a un hospital y como no deseaba ser hospitalizado no lo hicieron contra su voluntad.

Epílogo

Una semana después, el padre llamó al servicio para decir que F había fallecido, “...se fue apagando como una vela”, comentó que lo llevaron al hospital general en contra de su voluntad. Le practicaron estudios en los cuales los médicos comprobaron que por la desnutrición, se encontraban comprometidos todos los órganos, incluyendo el corazón como los pulmones y que el hígado y los riñones ya no estaban funcionando, ya no había nada que hacer debido al nivel de emaciación en el que se encontraba.

Les dijeron que el corazón podía pararse en cualquier momento, ya que no estaba bombeando suficiente oxígeno al cerebro, entonces decidieron llevarlo a casa y cuidar de él los últimos dos días que le quedaban con vida.

FAMILIA 07

6.6.3. CASO “G” (HN15F07)

Igual que la viñeta anterior, los padres no se presentaron a realizar la entrevista y no se consideró pertinente buscarles posteriormente por lo grave del suceso.

ANTECEDENTES

El caso G era una mujer de 24 años de edad, estuvo dos años en tratamiento en el servicio, ambos padres la acompañaron siempre al tratamiento, con muy buen apego, al paso del tiempo se le empezaron a espaciar las citas debido a que su evolución había sido adecuada, suspendió el tratamiento por aproximadamente seis meses y cuando presentó la recaída, regresó al servicio, fue en ese momento en el que fue invitada a participar en la investigación, firmó el consentimiento informado, al igual que sus padres e inició la entrevista.

A la siguiente cita se presentaron los padres comentando que su hija ya no vendría más al servicio porque había muerto, se había colgado del marco de la puerta de su habitación.

La madre estaba muy consternada y comentó que no entendía lo que había pasado con G, platicó que después de la cita en el servicio, había salido muy contenta y que le dijo que quería regresar a su vida, quería volver a comer bien y a trabajar, que su novio la había invitado a vivir con él y le comentó a la madre que si podía llevarse los muebles de su recámara, la madre sólo le comentó, *“ay mi hija para que te vas, mejor vénganse a vivir aquí conmigo, para que estemos todos juntos y no me dejes sola, ya ves, tu hermano tan lejos que vive y tu papá que decidió volver a trabajar”*.

La madre comenta que no entiende que fue lo que pasó, dice que esa misma noche, encontraron al novio deambulando por la casa y que él les dijo que G lo había llamado y que les había dicho *“Si me quieres tanto como dices, tráeme una cerveza”*, él comentó que sabía que no debía hacerlo, pero ella le reclamó, tomó como pretexto que no podría entrar y ella le dijo que fuera a las dos de la mañana, que ella lo iba a estar esperando, así lo hizo y cuando abrió la puerta la vio muy rara, dice que en eso escuchó que los padres se habían levantado y que G salió corriendo a su habitación y fue cuando los padres lo encontraron.

La madre señala que nunca le vio las cervezas en las manos al muchacho, sin embargo, subió a la recámara de la hija y estaba tumbada en su cama *“como muerta”*, intentó despertarla pero no lo pudo hacer.

La madre le gritó al padre y el novio y él fueron corriendo, el padre llamó a una ambulancia que llegó en seguida y la llevó al Instituto, la madre explica que les dieron una interconsulta para llevarla a un hospital general para que la desintoxicaran y que después de ese tratamiento debía regresar al servicio de psiquiatría.

Estuvo 24 horas en el hospital general hasta que se encontró mejor, le practicaron un lavado gástrico y la enviaron de alta, de regreso al hospital psiquiátrico, la madre decidió hacerse responsable de cuidar de su hija y convenció al padre de tenerla en casa y no internarla en un servicio de psiquiatría.

A la mañana siguiente, después de la hospitalización G se levantó y estuvo deambulando en casa, con su madre cerca de ella la mayor parte del tiempo, incluso comenta que le ayudó en los quehaceres de la casa, pero que se rehusó a contestarle las llamadas a su novio y que nunca quiso aclarar lo que había pasado esa noche. La madre fue muy insistente en ello, pero su hija no quiso hablar, al llegar la tarde G le comentó que necesitaba sus medicamentos, que aquella noche los había tomado todos, la madre le dijo que no podía dejarla sola y G insistió, de tal manera que la madre le pidió a la abuela que cuidara de G mientras ella iba a la farmacia.

La madre narra que cuando regresó de la farmacia, la abuela le dijo que G se acababa de subir y que ella no la pudo detener, a decir de la madre, no tardó más de veinte minutos en la calle y cuando subió, su hija se encontraba colgada del marco de la puerta, con una cuerda de rapel, todavía respirando, la madre intentó agarrarla para sostenerla pero no pudo y la soltó para ir a buscar ayuda. El padre interviene en ese momento y dice que él venía llegando a casa, cuando escuchó los gritos de su mujer, pero que cuando entró, su esposa estaba como en estado de *“shock”*, que subió a buscar a su hija y la vio muerta colgando del marco de la puerta, en ese momento llegaron los paramédicos y dice que todavía la descolgaron respirando pero que no pudieron ya hacer nada por G.

El padre supone que la madre les llamó, *“ya que estaban cerca de casa y no tardaron mucho tiempo en llegar”*, comenta que él intentó deshacer el nudo pero que

no lo logró, *“ya ve, con eso de que G rapeleaba, sabía hacer muy bien los nudos, y además tenía mucho equipo”*. El padre, en ese momento recordó que vio varias veces a su hija trepada en un banco, haciendo un agujero en la parte de arriba del marco de la puerta, pero que no hizo caso, ni siquiera le preguntó a su hija para que hacía eso, él pensó que *“solo estaba de ociosa”*, cuando vio que de ese agujero pendía la cuerda de la que su hija se había colgado se sintió muy culpable. La madre no volvió a mencionar nada, solo se quedó silenciosa ahogando su llanto.

Relato de G

“No sé qué hacer con mi libertad”

G es una mujer de 22 años, originaria del Distrito Federal, soltera, estudiante de medicina, pero como llevaba reprobada una materia, reprobó el año y decidió trabajar de paramédico en una empresa, llega al servicio de psiquiatría por un intento de suicidio de alta letalidad, había intentado colgarse del cortinero de su habitación, pero éste se desprendió y el padre al escuchar el ruido la encontró y la trajo inmediatamente al servicio de urgencias psiquiátricas.

Estuvo hospitalizada tres semanas y al final de la estancia, se diagnosticó el trastorno de alimentación, anorexia nervosa compulsivo purgativa, sólo mostraba un IMC de 17.1 y llevaba cuatro meses sin menstruar, es decir llegó a pesar hasta 45 kg., las conductas alimentarias de restricción se resolvieron rápidamente al igual que el uso de laxantes; sin embargo, los vómitos continuaban al igual que los atracones de alcohol que duraban, hasta perder la conciencia.

Comenta que cuando le tocaba hacer guardia en su trabajo, se juntaba con los policías nocturnos y le daban probadas del licor que ellos consumían, pero que cuando no trabajaba llegaba hasta a tomar doce cervezas y provocarse el vómito varias veces.

En la evolución de los dos años de tratamiento, logró reconocer que no quería ser médico pero que sí quería ser paramédico de profesión, además de que ya había encontrado un lugar adecuado para estudiar, pero que eso la llevaría a vivir fuera del Distrito Federal, pudo enfrentar a los padres y comunicarles su deseo, ellos aparentemente la apoyaban, pero hacían todo lo posible por postergar su salida. La madre, por ejemplo, le hacía comentarios como *“dame los pantalones que ya te quedan chicos ahora que ya estas engordando”* o el padre en cuanto se jubiló gastó la

jubilación completa en comprar un auto caro y una motocicleta que los dejó sin recursos y G tendría que mantenerlos hasta que el padre consiguiera un nuevo trabajo. La madre en una ocasión se tomó todas las pastillas que en su momento le fue recomendado decomisarle a su hija, logró bajar tanto de peso, pero se complicó con un problema de vesícula, por la intoxicación y tuvo que ser intervenida de emergencia y G tuvo que cuidar de su madre por un largo periodo, a pesar de todo ello, los atracones de alcohol habían disminuido notablemente y solo vomitaba cuando se sentía muy angustiada o tenía algún problema, pudo establecer dos relaciones de pareja, conflictivas, pero se permitía esos entrenamientos emocionales, sin negarse nunca a volver a intentarlo. Hasta que logró establecer una adecuada relación de pareja, con la que estaba comprometida para vivir juntos en el momento de su deceso.

Cuando hubo la recaída, ella comentó que su hermano que vivía en otro estado le había hablado al padre para que le prestara su tarjeta de crédito para comprar algunas cosas que necesitaba, el padre se la prestó dejándole una deuda que él no podía pagar y le pidió ayuda a G, quien le daba todo su sueldo para pagar las deudas y las necesidades de la casa.

G reconoce que se encontraba desesperada y que no sabía qué hacer ahora que estaba mejor alimentada, que se sentía como atrapada y dejó de acudir al servicio. Regresó después de seis meses de ausencia con 40 kg. de peso y de nuevo con amenorrea.

Comentó que nunca había hecho el tratamiento como era debido, ya que en realidad no había dejado de tomar alcohol durante las noches con los policías, pero que todo lo demás sí lo había hecho y que estaba arrepentida, *“porque se dio cuenta de que no sabía qué hacer con su libertad porque sus padres la tenían atrapada”*. Fue el momento en el que se le invitó a participar en el estudio y ella aceptó firmando el consentimiento informado al igual que sus padres.

En la entrevista realizada a G empezó comentando que había estado mintiendo todo el tiempo, que no estaba tan bien como decía, *“porque nunca había dejado de beber ni de vomitar totalmente, que sí había dejado de tomar pastillas para bajar de peso”*, comentó que se sentía muy culpable de haber mentido y que nunca fue del todo sincera.

Cuando se le preguntó por qué había abandonado el tratamiento y que era lo que ella pensaba que la había llevado a tener todas las conducta de nuevo, ella dijo que *“la culpa”*, que no se sentía bien, porque no podía dejar de cuidar a sus papás y de mantenerlos, pero que se sentía culpable porque reconocía que estaba muy enojada con ellos, que le parecía injusto tener que pagar todas las cuentas y no poder juntar su dinero para poder empezar sus estudios, que ni siquiera podía pensar en la posibilidad de irse a vivir a otro lado, porque *“cómo voy a dejar solos a mis padres si son tan incapaces para administrarse y cuidar de sí mismos”*.

Que también pagar las cuentas del hermano le pesaba mucho pero que no podía hacer otra cosa. Y que además era muy mala persona porque había quedado embarazada de su novio actual y él estaba muy contento y la apoyaba, pero ella tomó la decisión de abortar sin consultárselo y que él la había perdonado, eso se le hacía muy reprochable y ni con eso había logrado que su novio se alejara de ella. Además regresaba a su tratamiento después de haberlo abandonado y *“nadie me reclamó nada, me recibieron como si el tiempo no hubiera pasado y yo no hubiera fallado”*, comentó que no podía entender por qué pasaba eso, *“si yo soy tan mala persona”*.

Fue la última frase que la escuche decir y la contuve haciéndole entender que regresar al tratamiento era una excelente opción y que era capaz de tomar decisiones, que tenía que darse el tiempo suficiente para hacer lo que ella había planeado. Que no tenía porque precipitarse. Quedamos para continuar la entrevista la siguiente semana y nunca volvió.

Epílogo

Los padres continúan en tratamiento en el servicio de tanatología del hospital y quedaron formalmente de acudir a la entrevista cuando se sintieran preparados, hasta el momento no lo han hecho y yo no considero pertinente buscarlos todavía, por ello cierro el caso únicamente con el relato de G; sin embargo los padres estuvieron de acuerdo en que yo reportara la información obtenida.

Narrativas regresivas

Las narrativas regresivas (Almanza, 2011) están caracterizadas por el tono trágico del relato. Son historias en las cuales la situación familiar y la aparición de la enfermedad afectan la vida del paciente, donde el malestar tras el diagnóstico ha llegado a una

dimensión tan grande que puede obstaculizar la recuperación emocional del paciente y su compromiso con el tratamiento.

También es una historia en la cual el estado de salud mental del paciente se deteriora progresivamente, hasta llegar a un punto de no retorno, en el cual el pronóstico es reservado y las redes de apoyo no contribuyen a la mejoría sino al aumento mayor del deterioro, perdiéndose la esperanza de la recuperación. Como en el caso de G, el cual sucumbe ante las necesidades poco resueltas de los padres, quienes desean que su hija se haga cargo de ellos y no toleran que la hija se desprenda o pueda alejarse del hogar de origen. El padre actúa constantemente su necesidad de ser acogido y cuidado; la madre compite constantemente con la juventud de la hija y su toma de decisiones siempre es cuestionada o al menos doblegada.

De acuerdo con Frank (1995), este tipo de narrativas se asemejan a las narrativas caóticas, las cuales reflejan el dolor y el sufrimiento que está viviendo el paciente, tanto a nivel biológico como emocional y social, y que muchas veces no pueden ser narradas propiamente por el paciente, debido a que el malestar generado por el padecimiento se lo impide.

No obstante, los miembros de su red social, pueden dar cuenta de este sufrimiento, como sucede en el caso de F ya que no logra dominar sus emociones primarias y disminuye totalmente su capacidad de adaptación al medio ambiente, sin tener una madre que lo contenga y lo frustre, con la finalidad de fortalecer su carácter, presentándose también un padre incapaz de hacer su función de rescatador de manera adecuada, al contrario, fomentando la incapacidad de la madre, haciéndose complica estando a cargo de los demás hijos, dificultándose por completo el crecimiento emocional de F quien muere ante sus propios deseos de muerte para castigar a la madre.

CAPITULO VII: ANÁLISIS GENERAL

7.1. Análisis a partir de la información

Con base en la información obtenida, propongo que los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un problema grave de salud pública, ya que es la única enfermedad psiquiátrica que *per se* lleva a la muerte.

Quisiera evitar que se tomara en cuenta la historia que existe entre la relación de la anorexia nervosa y los estereotipos sociales sobre el modelaje y la influencia que dicen tener en la aparición del síntoma. De acuerdo con la presente investigación, las pacientes con anorexia nervosa se ven gordas, mientras más desnutridas se encuentran, más gordas se ven, por lo cual se negarían a subirse a una pasarela y exhibir su “gordura”, además de que sufren de frío la mayor parte del tiempo y necesitan estar abrigadas para no padecerlo. De tal forma y de acuerdo a lo investigado, es una manera muy reduccionista de ver un problema tan grave, únicamente desde la influencia social y los anuncios de ropa con mujeres delgadas, el problema va más allá, habla de un problema grave en el vínculo existente entre la madre, el padre y el hijo enfermo, que puede llevar hasta la muerte del paciente si no se hace una intervención a tiempo que vaya dirigida a cambiar la estructura familiar.

Por otro lado, la anorexia nervosa aparenta ser un padecimiento trigeracional, que es difícil manejar y detectar a tiempo para que no siga afectando a las siguientes generaciones. Además, el rol del padre o el de una figura paterna juega un papel importante en este proceso, lo que nos remite al modelo de familias psicossomáticas de Minuchin (1978), donde menciona que en estas familias el patrón de funcionamiento es infinito, la madre suplica, la hija se rehúsa a comer, el padre entra de manera firme (quizás agresiva, comentario de la autora) apoyando la demanda de la madre; sin embargo, cuando el padre interviene, la madre lo descalifica, suavizando el discurso del padre y vuelve a suplicar, la hija se vuelve a rehusar y así sucesivamente. Cada repetición incrementa la intensidad de la plegaria, de la demanda, de rehusarse y todo continúa sin resolverse. El patrón únicamente continúa.

Además, en la relación trádica, cuando uno de los miembros está cercano a otro de los miembros, el solitario lo hace desistir con lo cual la triada retorna al modelo original. De esta forma, se sugiere que el trabajo psicoterapéutico con pacientes con

anorexia nervosa empieza con la propuesta de nuestro autor del modelo de familias psicossomáticas en niños. El modelo es un sistema que explora las influencias de la familia en la aparición del síntoma (reconocer la función del síntoma para Freud, agregado por la autora), y también explora la influencia de los miembros de la familia en el mantenimiento del síntoma, el problema ha sido haberlo olvidado y dejarlo de lado con la finalidad de minimizar la importancia y la gravedad de los trastornos de la alimentación.

El modelo lineal se enfoca en el paciente, en el aspecto médico, el psicodinámico y el conductual. El modelo sistémico propuesto por Minuchin construye un trabajo a través del modelo lineal pero toma en cuenta el contexto del paciente. Menciona como característica principal de la relación madre-hija (o hijo, desde la perspectiva de la presente investigación, dato agregado por la autora) con anorexia nervosa, la sobreprotección (que encubre el miedo de matar a mi propio hijo, desde Freud, dato agregado por la autora), la crianza excesiva (llegar hasta el total control de las conductas de los hijos, nota agregada por la autora, incluso hasta la falta del respeto), la restricción de la autonomía, resultando en un tipo protector.

El caso de Deborah Kaplan, el primero descrito por Minuchin, presenta el material donde habla que ella tiene la sensación de que está siendo controlada (discurso que se repite en todos los casos investigados), de que es dependiente e incompetente. Donde ella describe el conflicto entre ella y sus padres.

A partir de esta información, se observó que algunos investigadores sobre el tema, ya habían percibido esta dinámica. Naudea escribió en 1789, la atribución de la muerte de una paciente con anorexia nervosa a la influencia de la madre y Laseguè en 1873, describe una paciente anoréxica en la que observó también a la familia de la paciente ya que pensaba que observarla sola era solo una mirada parcial del caso (Minuchin, 1978).

Brusset en 1998, habla del término “doble cara”, refiriéndose a la profunda ambivalencia de estas madres, sobre la dependencia recíproca, quizá orquestada por un conflicto transgeneracional no resuelto, es decir el hijo o la hija se siente aceptado o querido en la medida que corresponde estrechamente a lo que se le es solicitado o cree que se le pide por parte de los padres, los cuales pueden dar lugar a un yo ideal

de perfección y del sentimiento de ser todo poderoso, enfrascándose en una lucha permanente por conseguir diferenciar el sentimiento propio del impuesto por el progenitor, en este caso por la madre. A raíz de ello, aparecen una serie de mecanismos de defensa como la negación y la interpretación violenta y agresiva, siendo lo más determinante la ausencia del padre capaz de proporcionar una estructura, un encuentro con el espacio psíquico propio, así como un sentimiento de identidad del sí mismo, dificultando la identificación normal con la madre como un modelo femenino.

Si observamos detenidamente la información obtenida en el análisis de resultados, se observan mecanismos de funcionamiento similares en todos los casos, de ahí la propuesta de retomar el origen de las investigaciones sobre el desarrollo emocional y la influencia que ejercen las relaciones objetales y así poner en marcha un tratamiento actualizado, dirigido a restablecer el orden jerárquico de la familia para que los padres comprendan cuál es su función y la importancia que tiene llevarla a cabo en la salud mental de sus hijos; que la inmadurez no cabe en la restauración nutricional y emocional de un hijo con anorexia nervosa.

Es decir, como hemos observado con anterioridad, Eisler y sus colaboradores (2000) sugieren que cuando los padres son más participativos en la crianza de sus hijos, esto trae un gran beneficio para él, la madre y el propio hijo. Objetivo que se pretende cumplir en el grupo de apoyo terapéutico para padres. Espina (2005), refiere que el padre históricamente, ha estado en la sombra y debe salir a la luz, ya que de permanecer al margen, con el paso del tiempo, el resultado es que el padre ha permanecido realizando una función periférica dentro de sus propias familias, lo que lo lleva a presentar un rol rígido y estereotipado, negando los sentimientos para así mantener el control y seguir con un sistema inflexible de conducta.

Cuando existe una adecuada relación de pareja, la madre le da un lugar al padre. Cuando el padre es aceptado, se logra la primera perturbación diádica, el límite final muestra la ruptura definitiva de la diada madre-hijo. Y esa es la primera labor función del padre. Cuando no existe una pareja parental y la relación del padre es envidiosa, distante, periférica a la diada, se establece una relación diferente, el padre se asume como ausente. Y no realizará una función adecuada.

Según Kriacou y su equipo (2008b), en la anorexia nervosa, el padre aparece por lo común relativamente ausente, es la persona que no participa del mundo infantil pero, incluso en el caso contrario, cuando se establece una relación intensa con el padre en ausencia de la madre, el padre hace la función de madre, es decir, aparece como sustituto de la madre únicamente, queda la duda de si el padre hace la función de padre o solo sustituye a la madre en sus funciones. Al respecto, Eisler (2000) comenta que el padre es el encargado de poner límites y ser una figura emocional, ya que el amor del padre no es incondicional y se sitúa en el lugar de mayor autoridad en lo que se refiere al cumplimiento de normas, disciplina y control de la conducta; es decir, hace el rol complementario al rol receptivo de la función materna, al padre le corresponde proporcionar a los hijos la contención de los impulsos, los afectos y las necesidades, así como bien dice el autor, el padre adecuado es aquel que ni se asusta, ni se ve seducido por las necesidades de los hijos y quien logra responder de un modo apropiado a la relación padre-hijo, favoreciendo así el control de los impulsos y el desarrollo de una adecuada tolerancia a la frustración. Espina (2005) a su vez, comenta que el padre es quien favorece el desarrollo cognoscitivo de los hijos y es el encargado de presentarle el mundo al niño, facilitando así, el desarrollo de nuevas habilidades perceptivas, así como el desarrollo de actitudes diferentes de vinculación con el mundo y con las cosas que le rodean. En términos generales, la función paterna no puede ser sustituida por la madre ya que el padre es quien proporciona el principio de realidad y es el representante de la ley y de la cultura, es quien proporciona el vínculo con el mundo externo y las herramientas para contender con él. Nuestro autor se refiere al padre como un tercero que debe favorecer la separación de la diada madre-hijo, permitiendo así el desarrollo de este último como sujeto independiente.

A su vez, Selvini y sus colaboradores (1999), describen a la anorexia nervosa como el resultado de un proceso en la historia relacional de la familia y el vínculo de la pareja como un “juego familiar” y según Caparrós (1997), desde un punto de vista psicodinámico, al padre le resulta difícil el desarrollo físico de la hija, alejándose de ella de manera defensiva con la finalidad de dominar sus impulsos y el temor de lidiar con otros competidores afectivos (o con la envidia de la madre, agregado por la autora, basado en la información clínica y del análisis de la información obtenida). A su vez

puede buscar en su mujer y su hija las necesidades afectivas no resueltas de infancia, siendo capaz de pedirle a su hija que haga la labor de esposa y madre, haciéndole perder el derecho a su hija de ser cuidada y atendida por él. Como sucede en todos los casos reportados donde el padre está al pendiente de la aparición del síntoma en su hija, pero no lo menciona por temor a la retaliación de la madre, quién no es capaz de aceptar ningún problema con su hija que pudiera ser debido a una falla en su maternaje.

Brusett (1998), define cuatro patrones evolutivos que explican la aparición de la anorexia nervosa, a partir de sus observaciones, patrones que también fueron observados en el análisis estructural del presente trabajo de investigación.

- Déficit en el aprendizaje de las necesidades corporales, imputable a la madre, dificultad de la madre para aprender a leer las necesidades de su hijo, como se observa en todos los casos aquí presentados, basándose en la información de cuidados inadecuados o negligentes.
- Exigencias sociales y educativas; excesiva represión de la sexualidad y la agresión, así como de la autonomía, exigencias sobre el rendimiento escolar que terminan con la alienación del individuo como sucede también en todos los casos observados.
- Profunda ambivalencia y encrucijada narcisista de la relación madre hija; “doble cara”, negación del conflicto, dependencia regresiva confesada como negada, es decir la paciente se siente aceptada y querida en la medida que corresponde a lo que se le solicita. Ello da lugar a un yo ideal de perfección y a fomentar un sentimiento de ser todopoderoso. Se observa una falla en el sentimiento de identidad de sí misma, lo cual se refiere justamente a la falta de introyección de las funciones tranquilizadoras, protectoras y contenedoras de la madre. Observación que también se verifica en todos los casos aquí presentados.
- Las fallas de la función del padre según su personalidad; en el tratamiento se debe considerar a la pareja parental y a los demás miembros de la familia que conviven con la paciente, es común encontrar un padre ausente, excluido, descalificado y devaluado por la madre, lo cual deja a la hija en una situación de dependencia y de indiferenciación de la madre con actitudes ambivalentes, lo

que lleva a alianzas y colusiones entre la madre y la hija para descalificar al padre y no permitirle la voz de mando.

7.2. DISCUSIÓN

Con base en la revisión histórica llevada a cabo en esta investigación, se observa cómo la familia ha ocupado un lugar preponderante en la aparición y mantenimiento de la conducta de alimentación alterada, en el primer caso histórico descrito, el de Santa Catalina de Siena (Raimbault & Eliacheff, 1991), se habla de que ella deja de comer para cumplir el deseo inconsciente de la madre, así como en las primeras descripciones mencionadas por Lasègue (Toro, 1996), se habla sobre la preocupación por la vida privada de las familias de clase media y cómo se establecían las relaciones entre padres e hijas, mostrando más peso a las presiones por parte de los padres para que hubiera un incremento en la alimentación. Mencionando la importancia en la prolongación de la dependencia y el alargamiento de la adolescencia, fundamentado en un amor paternal intenso, se encuentran padres y madres que tienen la capacidad y la voluntad de invertir todos sus recursos emocionales y económicos en sus hijas, dedicándose en cuerpo y alma a atender el padecimiento, lo cual pareciera ser el escenario perfecto en el que se podría desarrollar y mantener la anorexia nervosa. Más adelante Charcot, introduce un estilo de tratamiento basado en la parentectomía, en el cual se habla de separar a la hija de sus padres como principio del tratamiento y obtuvo muy buenos resultados con esta práctica. A su vez, Morton, propone como tratamiento el abandono de los estudios y viajar lejos de la familia, de tal forma que un detonante del trastorno de alimentación pareciera ser la presión de los padres para que aumenten el consumo de alimentos (Toro, 1996).

No se pueden dejar de lado las hipótesis que sostienen que diversas conductas que tienen que ver con la inanición voluntaria sirven para expresar malestar, disgusto e inconformidad con el medio que las rodea, además de ser un instrumento para lograr atención y concesiones especiales, que en un trastorno de alimentación no es otra cosa más que el mantenimiento del síntoma o las ganancias secundarias del padecimiento. Como bien describen Rava y sus colaboradores (2004), en las primeras descripciones de la anorexia mental, se le consideraba un trastorno de origen

funcional, opuesto a un padecimiento orgánico donde la madre, como cuidadora primaria, tiene mucha influencia en la aparición del síntoma en su hija. Y en el avance, Bruch (1971) hace hincapié en la existencia de relaciones familiares alteradas.

Como hemos podido observar, en los cuatro momentos de la evolución del padecimiento se obtienen diversos puntos de vista de acuerdo con cada uno de los informantes, pero un dato que se observa y se puede corroborar con la literatura, es cuando se reconoce la relación simbiótica de la hija con anorexia nervosa establecida con su madre y la relación periférica instaurada con el padre (Bruch, 1971, 1978, 1982) y de la misma forma, en la información obtenida se ratifica el tipo de alianzas familiares, mostradas por el modelo sistémico de Minuchin y sus colaboradores (Minuchin, et al., 1978), y se confirma la hipótesis inicial de Minuchin quien menciona que la hija “se enferma” para reunir a los padres igual que la propuesta de Mara Selvini (Minuchin, et al., 1978; Selvini, et al., 1988). Tampoco pudo dejarse de lado y de manera notoria que las primeras experiencias con la comida y los alimentos se suceden en casa y que la familia es la mayor influencia en el estilo de alimentarse y que además el ambiente alrededor de ésta y el tipo de alimento consumido afecta esta respuesta (Loth, 2009).

Se observó también que la rigidez y el control por parte de uno de los padres y la pérdida de las jerarquías en la familia son elementos centrales en la aparición y mantenimiento del padecimiento (Loth, 2009; Minuchin, et al., 1978; Treasure, et al., 2008). De igual forma, se pudo observar que el inicio de dietas estrictas puede ser un detonante para el desarrollo de la anorexia nervosa (Rausch & Bay, 2000; Strober, et al., 2000). En apariencia, los padres se encuentran sobreinvolucrados con la hija, pero son incapaces de percatarse de las manifestaciones reales del trastorno y de las necesidades de la misma (Loth, 2009). La información obtenida concuerda con las ideas de Bruch sobre la relación establecida entre la madre y la hija y la preocupación del padre por el peso en sus hijas (Bruch, 1982; Loth, 2009).

La recaída tiene un significado diferente para cada uno de los miembros de la familia pero en el caso de todas las familias, juega un papel fundamental en la remisión sintomática, ya que logra modificar la dinámica familiar y romper los lazos simbióticos que unen a la paciente con su madre y el regreso de las jerarquías (Le Grange & Lock,

2009; Minuchin, et al., 1978; Treasure, et al., 2008). Además, la información obtenida nos permite proponer una estrategia para contender con la recaída que sería explorar con la paciente cuál es la función del síntoma y transmitir esta información a los padres para que ubiquen cómo ellos pueden estar contribuyendo con el mantenimiento del padecimiento y para qué les está sirviendo a ellos el que su hija permanezca con el trastorno.

En la remisión, se logra la independencia y los niveles jerárquicos se vuelven a establecer, de tal forma que se puede observar la evolución del padecimiento y la desaparición del síntoma anoréxico.

Se pudo observar cómo la percepción de la enfermedad por cada uno de los miembros de la familia juega un papel importante en la intervención y en la respuesta al tratamiento, además de que estos hallazgos son un primer paso para conocer las experiencias de cada uno de los integrantes de la familia durante el tratamiento y las expectativas que se tienen en cuanto a la remisión del padecimiento en población mexicana. Aportando información que pudiera ser de utilidad para valorar o proponer futuras intervenciones.

Sin embargo, es necesario examinar más profundamente el rol que juega la familia en los trastornos de alimentación ya que se puede observar que contribuyen en gran parte, tanto en la aparición del trastorno como en el mantenimiento del síntoma, que los comentarios sobre el peso y la figura en un ambiente propicio, detonan el padecimiento.

Finalmente, las expectativas de conocimiento sobre cómo se presenta el fenómeno en familias mexicanas quedan cubiertas y los hallazgos nos proporcionan una pauta para realizar propuestas de tratamiento más adecuadas, enfocadas a necesidades específicas. Muchos padres están deseosos de encontrar la forma de ayudar a sus hijas con anorexia nervosa, por lo que es crucial trabajar con ellos para apoyarlos y proveerles un adecuado soporte en casa.

Una de las limitaciones del presente estudio es quizá los pocos casos que fueron revisados, pero este formato nos da una pauta de conocimiento más profundo para futuras investigaciones y propuestas de tratamiento a partir de la realización de diversas investigaciones con diferentes puntos de encuentro.

7.3. Propuesta del modelo de intervención a partir de la información obtenida

Con base en la información adquirida, se propone el siguiente modelo de tratamiento de forma interdisciplinaria para población mexicana, basada en la evidencia de la clínica y en la información obtenida por todos y cada uno de los participantes, haciendo el investigador la labor de observador participante, que lo lleva a permanecer como parte del fenómeno observado y pertenecer a él, ya que incide en el ambiente de los entrevistados.

Se observa que la anorexia nervosa aparece como un síntoma que tiene componentes biológicos, psicológicos y sociales que tarde o temprano se transformará en un padecimiento debido al aumento del dolor emocional y a la incapacidad para contender con él. Lo que lleva a la búsqueda de algún tipo de tratamiento, algunas veces por parte de los padres que ya no toleran la situación del hijo, y otras veces porque la desesperación de los hijos, ya que no soportan el aislamiento de sus necesidades emocionales, ya no logran pueden “anestesiarse” con la falta de alimento y con las conductas alteradas que dan vida al trastorno de alimentación.

El siguiente cuadro es una propuesta del modelo emocional que nos muestra el origen de las dificultades que se presentan en el manejo de las emociones en los casos reportados. De aquí se podría proponer un modelo de intervención, que permitiera romper el círculo vicioso de la enfermedad. De inicio, como en todos los tratamientos mencionados, el objetivo primordial es quitar el hambre y el malestar físico provocado por la desnutrición o la mala nutrición, a través de técnicas cognitivo conductuales, que ayuden a manejar el síntoma. También es recomendable el manejo grupal para los padres en terapia de apoyo, con base en la experiencia y a lo observado en la investigación, el intercambio de información de padre a padre facilita y fomenta que los padres sigan las indicaciones dadas por el médico tratante, ya que se puede encontrar un patrón de identificación con los otros miembros del grupo, quienes, a través de la empatía, podrían comprender mejor su problemática. Se ha observado la importancia de contar con un terapeuta especializado en trastornos de la alimentación, ya que es de vital importancia debatir las distorsiones cognoscitivas, que dan orden y existencia al trastorno de alimentación. Es importante conocer y describir cuál es la psicodinamia de cada familia, así como la comprensión de la relación trídica,

para llegar a conocer cuál es la función del síntoma. Y así ayudar a disminuir los factores mantenedores del mismo. Lo cual permitiría que el tratamiento fuera llevado de mejor manera, haciéndole ver a la paciente los costos de la enfermedad, una vez que se lleva a cabo el tratamiento, se debe esperar la evolución. Y para manejar la recaída, es importante, así como en el inicio del tratamiento reconocer que función tiene el síntoma ahora y empezar a trabajar con intentar mejorar los vínculos; es decir, restablecer la relación de pareja y colocar a la madre como figura de autoridad junto con el padre y no como amigos o cómplices de su hija con anorexia nervosa.

A manera de recomendación terapéutica:

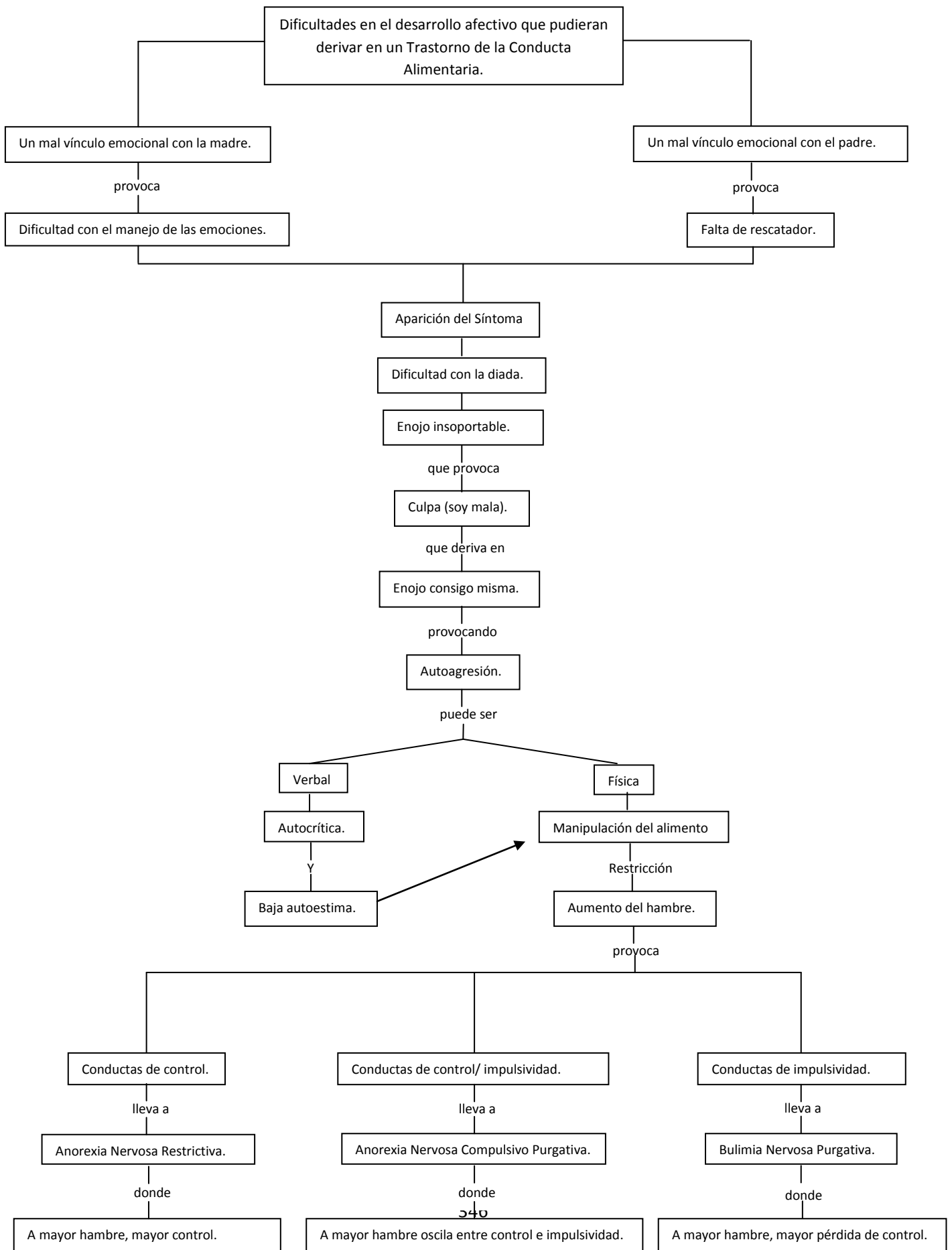
Si se toma en cuenta que la madre y la hija están fusionadas emocionalmente y no ha habido ningún rescatador, el terapeuta tratante debe trabajar con ambas -con la madre y con la hija de manera individual-, esto con el objetivo de conocer ambos discursos. Con estrategias de esclarecimiento, confrontación y contención se llegaría a crear un puente de comunicación con discursos similares y empatía de ambas posiciones. Si existe el padre y está disponible, debe ser incluido en las sesiones de la madre para que haga la labor de rescatador de la hija y se haga cargo del afecto que le fue arrancado a la madre.

En el caso de no haber padre, el terapeuta debe funcionar como un yo complementario de la madre y como un yo auxiliar de la hija, hasta que ésta obtenga la suficiente fuerza yoica para hacerse cargo de ella misma y separarse de la madre, como sucede en el caso A. A la vez, la madre también irá fortaleciendo su yo con el trabajo terapéutico. Se procede de esta forma, hasta que ambas logren desprenderse del terapeuta y elegir trabajar con otro, o ir haciéndolo solas, dentro de una relación más sana, con mayor respeto de la individualidad.

Se propone que el terapeuta este habilitado como psicólogo clínico, con una formación básica de psicoanálisis tanto infantil (Klein, postkleinianos, Winnicott, psicología del yo, mecanismos de defensa) como de técnica psicoanalítica, con análisis propio, capaz de tolerar la transferencia negativa. Asimismo, debe poseer conocimiento en estrategias cognitivo conductual para el manejo de los trastornos de alimentación, así como conocimiento de la teoría de los sistemas, y técnicas más

actuales de intervención psicoanalítica. Un ejemplo podría ser una formación en terapia Focalizada en la Transferencia del Dr. Otto Kernberg, así como la supervisión de casos.

Una propuesta del modelo emocional



7.4. CONCLUSIONES

En conclusión, se confirma que existe una situación familiar que provoca el desarrollo de una dependencia emocional desde la infancia, la cual se logra a través de mecanismos de sobreprotección y cuidado negligente, derivados de una madre con una necesidad de ejercer control. Generando un vacío en el desarrollo emocional de la vida psíquica que no permite alcanzar una verdadera individuación; provocando fallas en el sentido de ser y la autovaloración, dónde surge la necesidad de controlar a los demás y de limitarlos en su individualidad y autonomía. Y de un padre agresivo, con un gran componente impulsivo, incapaz de realizar su labor de cuidador y protector de la diada madre-hijo, derivado de una severa necesidad afectiva desde su origen, es decir desde la relación establecida con su propia madre.

La información trigeneracional facilitaría un conocimiento más profundo de la raíz del funcionamiento de las madres y los padres de este tipo de pacientes y la razón por las cuales se llegan a vincular con hombres o mujeres a los que consideran incapaces y ellos a su vez, aceptan la posición en la que son puestos por sus parejas ante sus hijos. Inicialmente, se observó que las madres entrevistadas sufren de estos vacíos e intentan llenarlos con la hija enferma, dentro de una relación simbiótica, en la cual limitan y controlan a su hija, volviéndola su amiga y confidente, incluso haciendo la función de hija de su propia hija, en una posición de total dependencia, el padre a su vez, se mantiene como una figura periférica y poco cooperadora en las relaciones familiares, debido a sus propias situaciones de vida y características de personalidad, es reconocido como un padre incestuoso, vulgar, perverso e incluso maternizado, como si fuera un doble de la madre (Brusset, 1998). Mal representante de la ley como lo mencionaría Lacan (Pieck, 2007), siendo una falta de referente constitutivo para los hijos. Incluso llegando a ocupar la función de hijo de su propia hija.

Esta ausencia de padre, deja a la hija en una situación de dependencia y de indiferenciación parcial hacia su madre, quien con sus actitudes ambivalentes, impide la elaboración que conlleva al segundo proceso de separación-individuación que representa el periodo de la adolescencia (Estrada, 2012).

De aquí se derivan los mecanismos de negación grupal del conflicto como menciona Selvini (1999) conjuntamente con una complicidad entre la hija y la madre

para descalificar al padre en sus funciones comunicacionales paternas. De acuerdo con lo observado en la mayoría de los casos, paradójicamente es el padre quien primero observa, desde su distancia emocional, las conductas de su hija y quien, durante la recaída, significa la importancia de llevar a cabo el tratamiento y se hace cargo, logra apoyar a la hija en el tratamiento contra el deseo de la madre de continuar enfermándola y debe hacerse cargo de la madre para que a la hija se le facilite desprenderse emocionalmente de ella y logre continuar con su proceso de individuación.

Cuando el padre no logra tener esa actitud contenedora y falla en sus intentos, el hijo se queda sin el recurso, en el sepultamiento y lo único que le queda es la muerte como en los casos presentados en las viñetas. El apartamiento eterno porque no se puede contender con tanta soledad y dolor emocional, sin los recursos yoicos que deben ser proporcionados por ambos progenitores (diada paterna: padre-madre) (Estrada, 2012).

Existe la hipótesis de que la debilidad y la indefensión provienen de la falta de las funciones paternas y maternas; es decir, cuando en la infancia no se cuenta con una figura paterna constante, fuerte y cariñosa y se tiene una madre débil, indefensa, dependiente y abandonadora emocionalmente, figura que en los casos descritos se observa, se marca la idea de que la hija funge como madre de su propia madre y el resultado es un yo débil e incapaz.

Según Estrada (2012) y la teoría psicodinámica, para la formación de una pareja sana, el cónyuge debe representar un nuevo “anclaje emocional” en la vida del sujeto y el nacimiento de un hijo viene a ocupar un espacio emocional nuevo, de tal forma que la relación de pareja debe ser lo suficientemente flexible para lograr que ambos padres logren este nuevo “anclaje emocional” que incluya al hijo, sin perder de vista la relación de pareja, donde ambos deben complementarse, no dividirse y simbiotizarse ya que se crea una relación patológica donde la madre se queda simbiotizada con el hijo y el padre busca nuevos “anclajes emocionales” como el trabajo, los amigos, el alcohol, una amante, etc.

La actitud sobreprotectora y simbiótica por parte de la madre impide que el padre se acerque al hijo lo suficiente como para ofrecerle un buen modelo de

identificación y es durante la adolescencia, etapa en la que comúnmente se instala la anorexia nervosa, la reedición de los vínculos fraternos en la cual el hijo, simbiotizado con la madre, no deja que el padre se acerque a su madre y reacciona inmediatamente con celos y se produce una pelea entre padre e hijo o hija. Entonces, la protesta de la madre aparece y se vuelca criticando fuertemente al esposo quien es calificado como un ser insensible y macho. La consecuencia de esto es un padre que desarrolla resentimiento y enojo contra su esposa y rechazo hacia su hija o hijo.

Cuando existe una patología severa en el funcionamiento emocional de la madre, la adolescencia de los hijos le representa una amenaza de quedar abandonada y a expensas de ese esposo devaluado y descalificado. De aquí que se incremente la sobreprotección hacia los hijos e hijas y aparezca la anorexia nervosa para limar los conflictos entre los padres, pero aparentemente también éstos mantienen el padecimiento para que el hijo o hija no crezca, se vuelva adulto y los abandone.

“Un hijo es un ser que Dios nos prestó para hacer un curso intensivo de cómo amar a alguien más que a nosotros mismos, de cómo cambiar nuestros peores defectos para darles los mejores ejemplos y, de nosotros, aprender a tener coraje. Si. ¡Eso es! Ser padre o madre es el mayor acto de coraje que alguien pueda tener, porque es exponerse a todo tipo de dolor, principalmente de la incertidumbre de estar actuando correctamente y del miedo a perder algo tan amado. ¿Perder? ¿Cómo? ¿No es nuestro? Fue apenas un préstamo... el máspreciado y maravilloso préstamo ya que son nuestros sólo mientras no pueden valerse por sí mismos, luego le pertenecen a la vida, al destino y a sus propias familias. Dios bendiga siempre a nuestros hijos pues a nosotros ya nos bendijo con ellos”.

José Saramago

REFERENCIAS

- A.P.A. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado* Barcelona: Ed. Masson.
- Abbott, H. (2002). *The cambridge introduction to narrative*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Abraham, K. (1994). *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires, República Argentina: Lumen. Hormé.
- Almanza, A. (2011). *Narrativas acerca del VIH: La mirada del paciente y de su red social*. UNAM, México D.F.
- Anderson, H., & Gehart, D. (2007). *Collaborativetherapy:relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge.
- APA. (2000a). *Manual Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado* Barcelona: Ed. Masson.
- APA. (2000b). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-37.
- APA. (2000c). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. (second edition ed.). Estados Unidos de Norteamérica: American Psychiatric Association.
- Arellano, J. R., Torres, M., Rivera, C., Moncada, L., & Jiménez-Capdeville, M. E. (2009). Abnormal eating attitudes in Mexican female students; a study of prevalence and sociodemographic-clinical associates factors. *Eating and Weight Disorders*, Jun-Sep; 14(2-3), 42-49.
- Arkell, J., & Robinson, P. (2008). A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *International Journal of Eating Disorders*., 41, 650-656.
- Balcells, A. (1974). *Patología general* (4a ed.). Barcelona: Toray.
- Beattie, H. J. (1988). Eating disorders and the mother daughter relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 7(4), 453-460.
- Beck, A., & Freeman, A. (1999). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Becker, A. E., Eddy, K. T., & Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 611-619.
- Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.

- Betancourt, M., Rodriguez, G., & Gempeler, R. (1997). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48(3), 261-276.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G., & Franklin, C. (2005). *Perspectivas postmodernas en terapia familiar*. En Limón, G. (comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones constructoras*. México: Pax.
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviours among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549.
- Bissada, H., Tasca, G., Barber, A., & Bradwejn, J. (2008). Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1281-1288.
- Bolívar, A., Domingo, J., & Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación*. Madrid: La Muralla.
- Borzekowski, D., & Bayer, A. (2005). Body image and media use among adolescents. *Adolesc Med Clin*, 16, 289-313.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1968). *Los cuidados maternos y salud mental*. Washington: OMS.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura, aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Brown, J., & Konner, M. (1987). An anthropological perspective on obesity. *Ann N Y Acad Sci*, 499, 29-46.
- Bruch, H. (1971). Family transactions in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 12(3), 238-248.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: the enigma of anorexia*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531 - 1538.
- Brumberg, J. (1988). *Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge Harvard University Press.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Madrid: Alianza.
- Brusset, B. (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: Dunod.

- Bulick, C. M., Sullivan, P., Fear, J., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal Nervous of Mental Disease*, 185, 704-707.
- Bulick, C. M., Sullivan, P., Weltzin, T. E., & Kaye, W. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 251 - 261.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? . *Sociology of Health and Illness*, 23(3), 263-285.
- Bustos-Romero, O. (2011). Los medios y la construcción de género: factor de riesgo para trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. *Derecho a Comunicar*, 2.
- Caballero, A. R., González-Macías, L., Margain, M., & Ocampo, M. (2005). Los trastornos de la conducta alimentaria. In A. Rivero & H. Zarate (Eds.), *Manual de trastornos mentales* (pp. 187 - 226). México D.F.: Asociación Psiquiátrica Mexicana, Lili promeco.
- Caballero, A. R., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (2003). A comparison of cognitive and behavioural symptoms between Mexican and American eating disorders patients. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 136 - 141.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.
- Cantwell, D., Sturzenberg, S., Burroughs, J. (1977). Anorexia nervosa: an affective disorder? *Archives of Gen Psychiatry*, 33, 1039-1044.
- Caparrós, N. S. I. (1997). *La anorexia nervosa, una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34, 1-9.
- Casas, R. J., Hidalgo, V., & Ortega, M. (2004). Trastornos del comportamiento alimentario. In R. J. Casas (Ed.), *Sociedad Española de Medicina del Adolescente*. Madrid: Egar.
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa *Psychosomatic Med*, 52, 156 - 170.
- Cervantes, J. J., Caballero, A. J., Ocampo, M., Unikel, C., & González-Macías, L. (2009). APM Trastornos de la Conducta Alimentaria. *PAC Psiquiatría*, 6.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variant: a proposal. *Archives Gen Psychiatry*, 44, 573 - 588.
- Combs-Orme, T., & Renkert, L. F. (2009). Fathers and their infants: Caregiving and affection in the modern family. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 19, 394-418.

- Crabtree, B., & Miller, W. (1999). *Doing Qualitative Research* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (2a ed.): Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- Crisp, A., Hsu, L., Harding, B., & Hartshornm, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179-191.
- Cullberg, J., & Engström-Lindberg, M. (1988). Prevalence and incidence of eating disorders in suburban area. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 78, 314 - 319.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., & O'Donnell, R. (1998). Mother-infant interaction in infantile anorexia nervosa. *Journal American Academy for Child Adolescent Psychiatry*, 27(5), 535-540.
- Chinchilla, A. (1983). *La anorexia nerviosa*. Barcelona: Servicio de Bibliografía Médica de Ferrer Internacional.
- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Children Psychology Psychiatry*, 13, 305.
- Dare, C., Eisler, I., & Russell, G. e. a. (1990). Family therapy for anorexia nervosa: implications from the results of a controlled trial of family and individual therapy. *Journal Marital Family Therapy*, 16(39 - 57).
- De la Rie, S., Van Furth, E., De Koning, A., Noordenbos, G., & Donker, M. (2005). The quality of life of family caregivers of eating disorders patients. *Eating Disorders*, 13, 345 - 351.
- Delor, F. (1997). *Séropositifs. Trajectoires identitaires et recontres de risque*. Paris: L'Harmattan.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Deter, H. C., & Herzog, D. B. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim study. *Psychosomatic Med*, 56(1), 20-27.
- Deter, H. C., Schelberg, D., Koop, W., Friederich, H. C., & Herzog, W. (2005). Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa. *Euopean Psychiatric*, 20(2), 165-172.

- Diaz, M. M., Carrasco, J. L., Prieto, L. R., & Saiz, R. J. (1999). The roll of the personality in the feeding behaviour disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(1), 43 - 50.
- Dimitropoulos, G., Klopfer, K., Lazar, L., & Schacter, R. (2009). Caring for a sibling with anorexia nervosa: a qualitative study. *Wiley InterScience*, 10, 350-365.
- DSM-IV-TR. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Eckert, E., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-years follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med*, 25(1), 143-156.
- Eco, U., & McEwen, A. (2004). *History of beauty*: International Publications.
- Eddy, K., Dorer, D. J., Franko, D. L., & Tahilani, B. S. (2008). Cruzamiento diagnóstico en la anorexia nervosa y la bulimia nervosa: implicaciones para el DSM-V. *American Journal Psychiatry*, 165, 245-250.
- Edmunds, H., & Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 435-440.
- Eisler, I., Dare, C., & Hodes, M. e. a. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal Children Psychology Psychiatry.*, 41, 727 - 736.
- Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. e. a. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-years follow-up. *Archives Gen Psychiatry*, 54, 1025 -1030.
- Eisler, I., Le Grange, D., & Asen, K. (2003). Handbook of eating disorders In J. Treasure, U. Schmidt & E. Van Furth (Eds.), *Family interventions* pp. 291 - 310).
- Elliot, J. C. (2010). Fathers, daughters and anorexia nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46, 37-47.
- Erickson, F. (1982). *La investigación en la enseñanza*. Barcelona: Paidós.
- Espina, Ortega, M., Ochoa de Alda, I., Martínez, A., & Alemán, A. (2001). Alexitima, familia y trastornos alimentarios *Anales de Psicología*, 17, no. 1, 139-149.
- Espina, A. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48.
- Espina, A., Pumar, B., García, E., Santos, A., Ayerbe, A. (1995). Una revisión sobre los estudios controlados sobre interacción familiar en la anorexia nerviosa. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 27, 5-17.
- Estrada, L. I. (2012). *El ciclo vital de la familia*. México: Debolsillo.
- Farrell, E. (2001). *Lost for words: psychoanalysis of anorexia and bulimia* London: Other Press.

- Favaro, A., Caregari, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia. *Journal Clin Psychiatry*, *Dec;70(12)*, 1715-1721.
- Federici, A., & Kaplan, A. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, *16*, 1-10.
- Fendrick, S. (1997). *Santa Anorexia, viale al país del nunca comert*. Buenos Aires, Argentina: Corregidor.
- Fernández, C. (2003). *Psicologías sociales en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Fundamentos.
- Fingeld, D. L. (2002). Anorexia nervosa: analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, *16*, 176-186.
- Finlayson, G., King, N., & Blundell, J. (2008). The role of implicit wanting in relation to explicit liking and wanting for food: implications for appetite control. *Appetite*, *50*, 120-127.
- Fitzgerald, J. F., & Lane, R. C. (2002). The rol of the father in anorexia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *30(1)*, 71-84.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge*: Tavistock Publications Limited.
- Fox, J. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: a basic emotion and development perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy / John Wiley & Sons* *16*, 276-302.
- Frank, Bailer, U., Henry, S., Drevets, W., & Meltzer, C. (2005). Increased dopamina D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and (11c) raclopride. *Biologic Psychiatry*, *58*, 908-912.
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller. Body, illnes and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frank, G. K., Kaye, W., & Marcus, M. (2001). Sertraline in underweight binge-eating/purging-type eating disorders: five cases report. *international Journal of Eating Disorders*, *29*, 495 - 498.
- Frank, S., & Jacson, S. (1996). Family experiences as moderators of the relationship between eating symptoms and personality disturbance. *Journal of Youth and Adolescence*, *25(1)*, 55-72.
- Freud, S. (1905). *Three essays on the theory of sexuality*: S.E.

- Freud, S. (1959). ¿Pueden los legos jerarquizar el análisis? Dialogos con un juez imparcial. In J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras completas. Tomo XX* (pp. 173-175). Argentina: Amorrortu.
- Galusca, B., Costes, N., Zito, N., Peyron, R., & Bossu, C. (2008). Organic background of restrictive-type anorexia nervosa suggested by increased serotonin 1A receptor binding in right frontotemporal cortex of both lean and recovered patients: (18F) MPPF PET scan study. *Biologic Psychiatry*, *64*, 1009-1013.
- Gárate, I., & Marinas, J. (1996). *Lacan en castellano*. Madrid: Quipú.
- Garfinkel, & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, Moldofsky, H., & Garner. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Archives of Gen Psychiatry*, *37*, 1036-1040.
- Garner, D. M., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behaviour approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *6*, 1 - 27.
- Garner, D. M., Garfinkel, D., & O'Shaughnessy, M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *142* 581 - 587.
- Garro, L. (1992). *Chronic illness and the construction of narratives*. En DeVecchio, M. Brodwin, P. Good, B. Kleinman, A. (Eds.), *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Los Angeles: University of California Press.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gershon, E., Schreiber, J., Hamovil, J., DiBible, E., Kaye, W., Nurnberger, J., Andersen, A., Ebert, M. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 290-296.
- Godart, N., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., & Wallier, J. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affect Disorders*, *97*, 37-49.
- Goetz, J. P., & Compte, L. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, *14*(1), 31 - 40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, *16*, 152 - 165.

- González-Macías, L., Unikel, C., Cruz, C. S., & Caballero, A. R. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3 junio), 1 - 8.
- González, F. (2000). Investigación cualitativa en psicología, rumbos y desafíos México y América Central: International Thompson Editores.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Goode, W., & Hatt, P. (1969). *Métodos de la investigación social*. México: Ed. Trillas.
- Gracia, E., & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Guba, E., & Lincoln, I. (1994). *Competing paradigms in qualitative researchs*. En N. Denzin; Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Newbury Park: Sage.
- Guillemot, A. L., M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Gunderman, H. (2001). El método de los estudios de caso. In M. Tarrés (Ed.), *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 251-288). México D.F.: Porrúa, El Colegio de México.
- Halmi, K. A. (1992). *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* Londres, Inglaterra: American Psychiatric Press, Inc.
- Halmi, K. A., Eckert, E., & Marchi, P. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives Gen Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorders. *British Journal Psychiatry*, 173, 11-53 Review.
- Henderson, J. (1992). The many roles of fatherhood: Psychological and developmental issues. *Canadian Family Physician*, 38, 629-636.
- Hersovici, R. (1987). Anorexia nervosa: un abordaje integral. *Sistemas Familiares*, 3(1), 35-42.
- Herzog, D. B. (1982). Bulimia: The secretive syndrome. *Psychosomatics*, 23, 481-487.
- Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. . *The Psychiatric Clinics of North America, Eating Disorders*, 19(4), 843 - 859
- Herzog, D. B., Schelberg, D., & Deter, H. C. (1997). First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: A discrete-time survival analysis. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 65, 169-177.
- Herzog, J. M. (2001). *Father hunger*. London: The analytic Press.
- Hinchman, L. P., & Hinchman, S. K. (1997). *Memory, identity, community: The idea of narrative in the Human Sciences*. Albany NY: New York Press.

- Hodes, M., & Le Grange, D. (1993). Expressed emotion in the investigation of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 279-288.
- Hogan, M., & Strasburger, V. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolesc Med State Art Rev*, 19, 521-546.
- Hsu, L. (1986). The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 143, 573-581.
- Hsu, L. (1990). *Eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Hsu, L. (1991). *Outcome studies in patients with eating disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hsu, L. (1996). *Epidemiology of the eating disorders* (Vol. 19). Estados Unidos de Norteamérica: W.B. Saunders Company.
- Hudelson, P. (1994). Qualitative research for health programmes. *World Health Organization*, 102.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun-Todd, D. (1983). A family study of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.
- Humprey, L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 223-232.
- Hydén, L. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*, 19(1), 48-69.
- Inul, A. (2001). Eating behaviour in anorexia nervosa - an excess of both orexigenic and anorexigenic signalling? *Molecular Psychiatry*, 6, 620-624.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. In S. Wonderlich & J. Mitchell (Eds.), *Eating disorder review* (Vol. 1, pp. 59 - 86). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Jauregui, I. (2009). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1086-1100.
- Jones, J., & Passey, J. (2005). Family adaptation, coping and resources: parents of children with development disabilities and behaviour problems. *Journal on Development Disabilities*, 11(1), 31-46.
- Kalucy, R., Crisp, Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *Br. J. Med. Psychol*, 50, 381-395.
- Kaye. (2009). Eating disorders: hope despite mortal risk. *American Journal Psychiatry*, Dec;166(12), 1309-1311.
- Kaye, Frank, G. K., Bailer, U., & Henry, S. (2005). Neurobiology of anorexia nervosa: clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. *International Journal of Eating Disorders*, 37(Suppl:S15).

- Kaye, Frank, G. K., & McConaha, C. (1999). Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology*, 21, 503-506.
- Kaye, Fudge, J., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa *Nat Rev Neurosci*, 10, 573-584.
- Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- Keys, A., & Brozek, D. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis,: University of Minnesota Press.
- Klein, M. (1948). *Oedipus complex in the light of early anxieties*. Londres: Hogart Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives, suffering, healing and Human Condition*. United States of America: Basic Books Inc.
- Kohut, H. (2002). *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona, España: Herder.
- Kondorfer, S. R., Lucas, A. R., Suman, V. J., Crowson, C. S., & Melton, L. J. (2003). Long-term survival of patients with anorexia nervosa: a population-based study in Rochester, . *Mayo Clin Proc*, 78, 278 - 284.
- Kornblit, A. (2004). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*, 15-33.
- Kreipe, R. E., Churchill, B. H., & Strauss, J. (1989). Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *American Journal Disorders of Children*, 143(11), 1322-1327.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008a). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in careers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 37- 46.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008b). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with career distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Labov, W. (1985). Speech actions and reactions in personal narrative. In D. Tannen (Ed.), *Analyzing discourse: Text and talk* (pp. 219-247). Washington, D.C.: Georgetown University Press.

- Labov, W., & Waletzky, J. (1997). Narrative analysis: oral version of personal experience. *J of Narrative and Life History*, 7, 3-38.
- Lamb, M. E. (2004). *The rol of the father in child development*. E.E.U.U.: John Wiley and Sons.
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4(3, October), 142 -146.
- Le Grange, D., Eisler, I., & Dare, C. e. a. (1992). Evaluation of family therapy in anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 347 - 357.
- Le Grange, D., Eisler, I., & Russell, G. (1991). Evaluation of family treatment in adolescent anorexia nervosa; a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12,4, 347 - 357.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2009). Treating bulimia in adolescents: A family-based approach. *Journal Canadian Academic Children Adolescent Psychiatry*, 18(1, february), 67-68.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (1998). A controled family study of anorexia nervosa and bulima nervosa psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives Gen Psychiatry*, 55(7), 603 - 610.
- Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Cabras, P., Faravelli, C., & Ricca, V. (2008). Stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and eating disorders. *Neuropsychobiology*, 57, 95-115.
- Lock, J. (2002). Treating adolescents with eating disorders in the family context: empirical and theoretical considerations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 11, 331-342.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family - based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 564 - 567.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family - based approach*, . London: Guilford.
- Loth, K. N.-S., D; Croll, JK. (2009). Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there. *International Journal Eating Disorders*, 42, 146-152.
- Magagna, J., & Pepper, T. (2009). Complications in the development of a female sexual identity. *Journal of Child Psychotherapy*, 35, 62-80.
- Mahler, M. (1987). *El desarrollo psicoafectivo e intelectual del niño*. Buenos Aires: Masson.

- Malher, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basic Books.
- Mancilla, J. M., López-Aguilar, X., Franco-Paredes, K., Alvarez-Rayón, G., & Vázquez-Arévalo, R. (2009). Effect of gender and school level on disordered eating behaviours and attitudes in Mexican adolescents *Eating and Weight Disorders*, 14(4), 169-175.
- Mancilla, J. M., Mercado, L., Manriquez, E., Alvarez, G. L., & López, X. (1999). Factores de riesgo de los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 37 - 46.
- Martinez-González, M., Gual, P., Lahortiga, F., & Alonso, Y. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111, 315-320.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Méndez, J., Vázquez-Velázquez, V., & García García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65, 579-592.
- Millar, H. R., Wardell, F., Vyvyan, J. P., Naji, S. A., & Eagles, J. M. (2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965 - 1999. *American Journal of Psychiatry*, 162, 753 - 757.
- Minuchin, S., Baker, L., & Rosman, B. e. a. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Archives Gen Psychiatry*, 32, 1031 - 1038.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Moulds, M. L., Touyz, S. W., Schotte, D., Beumant, P. J., & Russell, J. (2000). Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 288-296.
- Natera, G., Tiburcio, M., & Mora, J. (2004). *Como apoyar a la familia ante el abuso de alcohol y drogas*. México: Editores de Textos Mexicanos
- Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M., Fulkerson, J., Story, M., & Larson, N. L. (2008). Family meals and disorderer eating in adolescents: longitudinal findings from proyect EAT. *Archives Pediatric Adolescens Medicine*, 162, 17-22.
- Nunn, K., Frampton, I., Gordon, I., & Lask, B. (2008). The fault is not in her parents but in her insula a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa *Euoepan Eating Disorders Review. J Eat Disorder Association*, 16, 355-360.

- Nuñez, G. (2007). *Masculinidad e intimidad: identidad, sexualidad y sida*. México: UNAM y programa universitario de estudios de Género.
- Nussbaum, M., Shenker, I., Baird, D., & Saravay, S. (1985). Follow-up investigation in patients with anorexia nervosa. *Journal of Pediatric*, 106(5), 835-840.
- OMS. (2000). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*: Editorial Médica Panamericana.
- Ovejero, J. (Ed.) (1999). Colombia: IBALPE Internacional de ediciones S.A. de C.V.
- P.Blos. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Tabasco; Mexico: Joaquín Mortiz.
- Palma-Coca, O. (2011). Association of socioeconomic status, problem behaviours and disorders eating in mexican adolescents: results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolscent Health*, 49.
- Pasberg, A. K., & Wang, A. R. (1994). Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm Country, Denmark,, 1970-1989. *Acta psychiatric Scandinava*, 90, 259 - 265.
- Pérez, S., Vega-García, L., & Romero-Juárez, G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales:¿una nueva percepcion del cuerpo? *Salud Pública de México*, 49(1).
- Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., & Wynn, R. (2010). Eating disorders and psychoeducation-patients`experiences of heling processes. *Scand J Caring*, Abril 13.
- Phares, V. (1999). *Poppa Psychology: The rol of fathers in children´s mental well-being*. Westport, Connecticut, EEUU: Praeger London.
- Pieck, C. (2007). *Anorexia y Bulimia, la tiranía de la perfección*. México: Fundap.
- Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa:Response, relapse and recovery. *Clinical Psychology review*, 18, 447-475.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and eating disorder. *J Abnormal Psychol*, 100, 198-204.
- Piran, N., Kennedy, S.,Garfinkel, P., Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseas*, 173, 395-400.
- Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- Pollack, T. A. (2010). *Paternal influence on the development, maintenance, or prevention of eating pathology*. Roosvelt, Chicago, Illinois, E.E.U.U.
- Raimbault, G., & Eliacheff, C. (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ratnasuriya, R., Eisler, I., Szmukler, G., & Russell, G. (1991). Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal Psychiatry*, *158*, 495-502.
- Rausch, C., & Bay, L. (2000). *Anorexia nervosa y bulimia, amenazas a la autonomía* (5 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Rava, M. F., & Silver, T. (2004). Bulimia nerviosa, historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, *102*, 353.
- Reba-Harrelson, L., Von Holle, A., Hamer, R. M., Swann, R., & Bulick, C. M. (2009). Patterns and prevalence of disordered eating and weight control behaviour in women ages 25-45. *Eating and Weight Disorders*, *14*(4), 190-198.
- Riessman, C. K. (2005). Narrative analysis. En : Narrative, memory and everyday life. In A. Lewis-Beck (Ed.), *Narrative, memory and everyday life*. United Kingdom: University of Huddersfield.
- Riessman, C. K. (2007). Thematic analysis. *Narrative methods for the human sciences*.
- Ritchie, H., & Spenser, L. (1994). Qualitative data analysis for applied polity research. In A. Bryman & R. Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data*. Londres: Routledge.
- Rivinus, T. M., Biederman, J., Herzog, D.B., Kemper, K., Harper, G.P., Hrmatz, J.S., Houseworth, S. (1984). Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 1414-1418.
- Rodgers, R., Paxton, S., & Chabrol, H. (2009). Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: a sociocultural model. *Body Image*, *6*(171-7).
- Rome, E., Amuerman, S., Rosen, D. K., RJ., Mammel, K., & O'Toole, J. (2003). Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. *Pediatrics*, *111*(1), 98-108.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, *9*(3), 429-448.
- Russell, G., Szmukler, G., & Dare, C. e. a. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives Gen Psychiatry*, *44*, 1047 - 1056.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.

- Schmidt, U., Tiller, J., Treasure, J. (1993). Setting the scene for eating disorders: childhood care, classification and course of illness. *Psychological Medicine*, 23, 663-672.
- Segal, H. (2003). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, Selvini M, Sorrentino AM. (1999). *Muchachas Anoréxicas y bulímicas*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Selvini, Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja, un modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Buenos Aires, México: Paidós.
- Selvini, Cirillo, Selvini, & Sorrentino. (1999). *Muchachas Anoréxicas y bulímicas*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Selvini, & Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy *Family Process*, 27, 129-148.
- Serrato, G. (2001). *Anorexia y bulimia; trastornos de la conducta alimentaria (2a ed.)*. Madrid: Libro-Hobby-Club. S.A.
- Seva, A. (1979). *Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Espax.
- Sharkey-Orgero, M. (1999). Anorexia nervosa: a qualitative analysis of parents' perspectives on recovery. *Eating Disorders*, 7, 123-141.
- Silverman, J. A. (1987). Robert Whytt 1714 -1766, eight century limner of anorexia nervosa and bulimia : an essay. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 143-146.
- Silverman, J. A. (1989). Louis-Victor Marcé, 1828 - 1864: anorexia nervosa's forgotten man *Psychological Medicine*, 19, 833-835.
- Silverman, J. A. (1990). Anorexia nervosa in the male: early historic cases In A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. Nueva York: Bruner/Mazel.
- Silverman, J. A. (1992). Historical Development. In K. A. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (pp. 5). Londres, Inglaterra: American Psychiatric Press, Inc.
- Skarderud, F. (2009). Bruch revisited and reviser. *European Eating Disorders Review*, 17, 83-88.
- Steiger, H., & Bruce, K. R. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52, 220-227.
- Stein, D., Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 201-210.

- Steiner, H., Mazer, C., & Litt, I. F. (1990). Compliance and outcome in anorexia nervosa. *West Journal Medicine*, 153(2), 133-139.
- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behav Res Ther*, 36, 931-944.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. An overview. In N. K. Denzin & I. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage.
- Strober. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 28-43.
- Strober, Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. H. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Strober, Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa *Journal Psychiatric Res*, 19(2-3), 239 - 246.
- Strober, Salkin, B., Burroughs, J., & Morrel, W. (1982). Validity of the bulimia restrictir distinction in anorexia nervosa: parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. *Journal of Nervous and Mental Diseas*, 170, 345-351.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrel, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 339-360.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrel, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 135-142.
- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073 - 1074.
- Tarrés, M. (2001). *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México, D.F.: Porrúa, El Colegio de México, FLACSO.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ed. Paidós Básica.
- Teander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa y bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal Psychiatric Res*, 19(2-3), 493-508.
- Thompson, C. (1991). *Los orígenes de la psiquiatría moderna*. Barcelona.

- Tierney, S. F., JRE. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: A qualitative Study of the views of parents. *Eating Disorders*, 13, 369-379.
- Tierney, S. F., JRE. (2010). Living with the "anorexic voice": A thematic analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 243 - 254.
- Tiihonen, J., Kesky-Rahkonen, A., Loppinen, M., Muhonen, M., & Kajander, J. (2004). Brain serotonin 1A receptor binding in bulimia nervosa. *Biologic Psychiatry*, 55, 871-833.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel S.A.
- Toro, J., & Villardell. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Treasure, J. (2007). Getting beneath the phenotype of anorexia nervosa: the search for viable endophenotypes and genotypes. *Canadian Journal of Psychiatric. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52, 212-219.
- Treasure, J., Sepulveda, A., MacDonald, P., Whitaker, W., López, C., Zabala, M., et al. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, DOI(10.1002).
- Trummer, M., Eustaccio, S., Unger, F., Tillich, M., & Flaschka, G. (2002). Right hemispheric frontal lesions as a cause for anorexia nervosa report of three cases. *Acta Neurochirurgica*, 144, 797.
- Uher, R., Murphy, T., Friederich, H., Dalgleish, T., & Brammer, M. (2005). Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating disordered women. *Biologic Psychiatry*, 58, 990-997.
- Unikel, C., & Caballero, A. J. (2010). *Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México, D.F.
- Unikel, C., & Gómez-Peresmitré, G. (1999). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo clínico. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 141 - 151.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Alcantar, E. N., & Fleiz, C. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140 - 147.
- Van den Eynde, F., & Treasure, J. (2009). Neuroimaging in eating disorders and obesity: implications for research. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18:, 95-115.
- Van Dijk, T. A. (2000). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa.
- Vandereycken, & Van, D. (Eds.). (1994). *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. Londres: The Athlone Press.

- Vandereycken, W., Castro, J., Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia; la familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca.
- Vasilachis, I. (1993). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Tucumán, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vayreda, A., Tirado, F., & Doménech, M. (2005). *Construccionismo social, narrativa y simetría. en G.Limón (comp.), Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*. México Pax.
- Volkow, N., Wang, G., Maynard, M., Fowler, J., & Zhu, W. (2003). Brain dopamine is associated with eating behaviours in humans. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 136-142.
- Walsh, B. T. (2009). Eating disorders in DSM-V: Review of existing literature (part 1). *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 579-580.
- Ward, A., Tiller, J., Treasure, J., & Russell, G. (2000). Eating disorders: psyche or soma? *International Journal of Eating Disorders*, 27, 279-287.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Whitney, J., Haigh, R., Weinman, J., & Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Psychology*, 46, 413 - 428.
- Winnicott, D. (1955). The depressive position in normal emotional development. *Br. J. Med. Psychology*, 28, 89-100.
- Winnicott, D. (1981). *Proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- Winokur, A., March, V., Mendels, J. (1980). Primary affective disorder in relatives of patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 137, 695-698.
- Yager, J., & Powers, P. (2007). *Clinical manual of eating disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric.
- Zabalza, M. A. (1988). *Condiciones metodológicas en el estudio del pensamiento del profesor*. Sevilla: Publicaciones Universidad Sevilla.

APÉNDICES

A) Presentación de la entrevista:

Presentación:

Buenas tardes, mi nombre es Laura González Macías, y primero que nada muchas gracias en aceptar participar en esta investigación.

Estoy interesada en saber cuáles son las experiencias que han tenido a partir de que se enteraron de que su hija tiene un problema con su forma de comer y también como ha sido la trayectoria hasta llegar a un diagnóstico y tratamiento que los haya convencido. Quiero que sepa que la información que me proporcione es confidencial y será manejada de tal forma que nadie podrá reconocer que cosas dijeron cada quien, y para obtener la información tengo que grabar la entrevista si no tiene ningún inconveniente.

La información que proporcione será analizada junto con la de otras personas con la finalidad de sacar conclusiones generales del tema, que nos permitan realizar o mejorar nuestros programas de tratamiento.

Sin más y agradeciendo de antemano su apoyo y cooperación me gustaría que leyera el siguiente consentimiento informado y lo firme por favor.

Muchas gracias.

B) Carta de Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anorexia nervosa: La experiencia de los Padres y las Hijas ante el padecimiento, el tratamiento y la recaída.

El Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente, realiza intervención clínica a pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria y apoya a los padres con el conocimiento y manejo del padecimiento.

Razón por la cual, se hace de vital importancia realizar una investigación al respecto que nos permita obtener información para mejorar las estrategias de tratamiento.

Este estudio tiene la intención de explorar como viven la enfermedad, el tratamiento y el momento de la recaída en la anorexia nervosa en población mexicana.

El objetivo es conocer el fenómeno y comprenderlo de tal forma que nos permita aportar nuevas estrategias de tratamiento que puedan disminuir costos y tiempo. Llevando a cabo una atención más específica y completa.

Lo invitamos a participar en este estudio, ayudándonos a responder una serie de entrevistas a profundidad de forma voluntaria, que no involucran más de 45 minutos, cada una y cuando más serían dos entrevistas de considerarse necesarias. Se propone que la presente investigación dure dos años aproximadamente.

La persona que realizará las entrevistas será una psicóloga capacitada en formación psicoterapéutica, quien podrá cooperar o contener en el momento que sea requerido y en ningún momento se llevará a cabo ningún procedimiento experimental.

El riesgo que se corre al participar en las entrevistas es que puede experimentar cierto dolor emocional o cierta inconformidad al responder a las preguntas, por lo que éstas se realizarán en el contexto del hospital y apoyados por personal capacitado que pudiera ayudarle a contener y entender las emociones que suscitaron el malestar.

Aunque usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, su participación contribuirá de manera significativa con la información necesaria para poder proponer una visión de la enfermedad y nuevas estrategias de tratamiento,

además de contribuir en el desarrollo de la investigación en población mexicana de pacientes de trastornos de la conducta alimentaria.

En el futuro otras personas se podrán beneficiar de esta investigación, ya que los médicos y psicoterapeutas podrán saber cómo viven el padecimiento los miembros de la familia, las pacientes y el significado de la recaída, además de información valiosa que pudiera surgir para crear modelos de tratamiento y prevención.

La investigadora responsable llevará un registro de toda la información obtenida para formar una base de datos. Donde la información es confidencial y únicamente manejada por personal profesional participante en el estudio, no se darán los nombres ni se almacenará la información con algún detalle que pudiera afectar el anonimato del participante, la información será guardada con un pseudónimo que garantice el anonimato y desconocimiento de la identidad de cada participante, modificando datos importantes de la información que pudieran ser identificados.

Si considera que ha sido perjudicado como resultado directo de su participación en el estudio por favor contactarse con el Dr. Alejandro Caballero Romo al tel. 41605253.

Su firma en este formulario significa que usted entiende la información provista y que acepta voluntariamente participar en el estudio, y que se puede retirar del estudio en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante.

Testigo 1

Testigo 2

Fecha

Información del contacto

Psic. Laura González Macías

Tel. 41605320

C) Guía de entrevista:

Tema clave: La familia

Objetivo: Obtener una descripción amplia de las características sociodemográficas, la estructura, y la dinámica familiar.

Subtemas:

- Datos generales de los miembros de la familia.
- Dinámica de las relaciones familiares.
- Antecedentes familiares sobre conducta alimentaria.

Tema clave: El trastorno.

Objetivo: Conocer la experiencia del familiar o de la paciente entrevistada, sobre aspectos generales del padecimiento.

Subtemas:

- A que le atribuyen el inicio del padecimiento.
- Reconocimiento de los síntomas del trastorno.
- Como manejaron los síntomas

Tema clave: El tratamiento.

Objetivo: Se desea saber cuál ha sido el recorrido que ha llevado a cabo la familia en la búsqueda del tratamiento, el deambular en las diferentes instituciones y la expertes de los especialistas con respecto a la anorexia nervosa y si a raíz de iniciar el mismo cambiaron sus experiencias.

Subtemas:

- El diagnóstico.
- Experiencias en diversos tratamientos.
- Experiencia en el tratamiento actual.

Tema clave: La recaída.

Objetivo: Conocer las experiencias y el significado del momento preciso en que se dio la recaída.

Subtemas:

- Cuando se observa la recaída.
- Regresar al síntoma
- Medidas ante la recaída.

- Significados.

Tema clave: Experiencias ante la remisión de las conductas

Objetivo: Conocer las experiencias que tiene el entrevistado acerca de la evolución de la enfermedad y las expectativas de curación.

Subtemas:

- La remisión de la sintomatología.
- Expectativas sobre la remisión.
- Estado actual de la sintomatología.

D) Formato de preguntas tema:

Historia familiar:

Platícame como está conformada tu familia.

El padecimiento:

Como te comportabas, que tipo de cosas hacías.

El tratamiento:

Platícame como llegaste a buscar ayuda.

La recaída:

Porque piensas que regresas a la conducta.

¿Qué significado tiene para ti regresar a la conducta?

Remisión del padecimiento:

Consideras que todavía tienes una enfermedad

Datos sociodemográficos:

Sexo, edad, grado máximo de estudios, ocupación actual.

FE DE ERRATAS:

SE ACLARE QUE EN EL MARCO TEÓRICO EN EL CAPÍTULO IV: UNA APROXIMACIÓN A LA NARRATIVA, EL APARTADO 4.1 ESTUDIOS CUALITATIVOS EN ANOREXIA NERVOSA, PAG., 121 EN LA INTRODUCCIÓN; APARTADO 4.2: LA NARRATIVA, PAGES., 126 A 135; APARTADO 4.3: NARRATIVAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD, PAGES., 135 A 137; APARTADO 4.4: NARRAR EL PADECIMIENTO, PAGES., 137 A 142; APARTADO 4.5: SUSTENTO TEÓRICO METODOLÓGICO, 142 A 145. SE TOMA Y PARAFRASEA DE LA TESIS DOCTORAL DEL DR. ALMANZA (2011).

CAPITULO V: MÉTODO, APARTADO 5.2: TIPO DE ESTUDIO, PAGES. 153, SE AUMENTA EN EL CITADO (ALMANZA, 2011).

CAPITULO V: MÉTODO, APARTADO 5.7: CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DEL ESTUDIO, SE AUMENTA EN EL CITADO (ALMANZA,2011).