



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: *DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD*

TÍTULO DEL TRABAJO

“Efectos en la dinámica familiar ante la presencia de Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa”

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

Marilyn Martínez Andrade

TUTORA:

Graciela Casas Torres
Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

Otilia Aurora Ramírez Arellano
Fes Zaragoza
Gilberto Isaac Acosta Castillo
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Olga Marina Robelo Zarza
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Sofía López de Nava
Tutora del Programa de Maestría en Trabajo Social

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., mayo, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi hermosa Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme tanto todos estos años, a la Escuela Nacional de Trabajo Social y al Programa de Maestría en Trabajo Social por permitirme adquirir tanto conocimiento, estoy sumamente orgullosa de haberme formado en la mejor universidad del país. Además quiero agradecer al programa de becas de la UNAM por el apoyo durante mi formación académica.

Agradezco a los miembros del comité tutor:

Mtra. Graciela Casas Torres, Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano, Dr. Gilberto Isaac Acosta Castillo, Mtra. Olga Marina Robelo Zarza y Dra. Sofía López de Nava. Por todas sus observaciones a este trabajo de investigación son grandes profesionales, a los cuales admiro mucho y sin ustedes esto no hubiera sido posible, les aprecio enormemente y les admiro por su profesionalismo, dedicación y entrega.

Dedicatorias

Este proceso ha sido uno de los más difíciles y de los más satisfactorios a los que me he enfrentado académicamente hablando, en algunas ocasiones creí que no podría concluir, pero encontré dentro de mí la fuerza y el valor para sobreponerme a las adversidades como en todo lo que hago en la vida.

Quiero dedicar esto a muchas personas que estuvieron conmigo en todo el proceso, confiaron en mí y me apoyaron siempre.

A mi madre: Siempre me has apoyado en todo lo que quiero hacer, a ti te debo la mujer que ahora soy. Te agradezco que seas tan valiente, tú me sacaste adelante completamente sola contra el mundo y luchaste por mí y porque yo tuviera educación siempre te voy a estar eternamente agradecida, te amo.

A mi esposo Alejandro: Tenemos tantos años juntos, me has visto crecer y me has apoyado en todo, has visto todos mis logros personales y académicos, me has visto frustrarme y también me has visto brillar y ser feliz pero siempre a mi lado, siempre brindándome tu apoyo incondicional, agradezco a la vida haberte encontrado en un mundo de gente... no tienes idea de cuánto te amo.

A Vero: Si supiera de cuantas formas la admiro y le estoy agradecida por todo el apoyo no puedo decir que es como mi familia, es de mi familia. Es una persona sumamente valiosa e inteligente pero sobre todo valiente, la admiro como ser humano y como profesionista y siempre que me necesite yo estaré, la quiero mucho.

A mi mejor amiga Gaby: Amiga siempre estás en mi corazón y aunque este proceso ya no lo vivimos juntas siempre desde lejos me apoyaste, a pesar de ya no coincidir tan seguido te quiero mucho, hemos crecido juntas y siempre estaré a tu lado.

A Silvia: Amiga te quiero mucho, siempre me has apoyado en todo y te admiro muchísimo eres una persona muy inteligente y una excelente profesional, más personas como tu necesita nuestro mundo, siempre estaré para ti.

A todos mis amigos del posgrado: Convivir con ustedes trajo nuevas perspectivas a mi vida y todos me enseñaron algo, ame este proceso a su lado y si no hubiera sido por ustedes me hubiera dado por vencida todos nos frustramos, no desvelamos y también nos divertimos y siempre estarán en mi corazón. (Claudia, Gilberto, Tania, Maribel, César, Rocío).

A mi asesora de tesis Graciela Casas Torres: Sé que este proceso no fue fácil para ninguna de las dos, pues la vida apremiante de hoy en día es difícil de sobrellevar... Quiero que sepa que la admiro mucho como profesional y también como persona, me cae excelente le agradezco sobre todo que confiara en mí.

Al Dr. Javier Carreón: No sabe usted cuanto le admiro, usted me ha inculcado el amor y dedicación a la investigación y me ha enseñado tantas cosas que no sabría ni como terminar de darle las gracias, además es un ejemplo de dedicación, le aprecio enormemente.

A todos mis informantes de la investigación:

Les agradezco tanto que me brindarán la oportunidad de entrar en sus vidas a través de sus relatos, fue imposible no sentir empatía por cada uno y sé que lo que atraviesan o atravesaron algunos no es nada fácil de vivir, yo lo sé porque también pase lo mismo y sé que estas enfermedades son un monstruo que se instaura en nuestra cabeza y no nos deja fácilmente... cada día es una nueva lucha por mantenernos bien y aunque algunos ya estemos recuperados siempre está el miedo en recaer, pero quiero decirles que ustedes son personas muy valiosas e inteligentes y pueden con esto y mil tormentas más, desde acá los abrazo con todo mi corazón...

All: Me agrado mucho conocerte eres una mujer hermosa por dentro y por fuera, eres valiente yo confio en que vas a salir de esto, lo más hermoso que me llevo de tu experiencia es tu amistad y siempre estaré detrás de ti para levantarte si caes.

Azu: Te admiro mucho, en todos los aspectos has logrado muchas cosas y el sobreponerte a esto es muy valiente, eres una mujer brillante.

Nic: Sé que lo que has vivido no ha sido fácil y en ocasiones te sientes incomprendido por el mundo, pero tú no tienes que ser como todo el mundo, eres un ser de luz, eres muy inteligente y dedicado, espero de todo corazón logres recuperarte.

Maf: Que puedo decirte, eres una mujer valiente, una guerrera que logró salir adelante, muchas gracias por abrirte conmigo y contarme tu historia y tu asociación que estás haciendo es un gesto hermoso y demuestra que quieres ayudar a otros que estuvieron en tus circunstancias.

Mar: Comprendo que tu vida no ha sido fácil, te tocaron vivir situaciones desagradables pero eres una persona fuerte y sé que puedes con esto y mucho más, tu labor cotidiana es muy valiosa y admiro que a raíz de lo que viviste te ayudará a ser más empático con la gente, espero recuperes tu salud.

ÍNDICE

Introducción.....	1
I. Marco referencial	8
Capítulo II. Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa	22
2.1 Diagnóstico de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa.....	26
2.2 Determinantes sociales de la salud y la salud mental	33
2.3 Epidemiología.....	39
2.4 Factores determinantes en el desarrollo de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa	44
2.5 Anorexia nervosa y bulimia nervosa en la mujer y en el hombre.....	52
2.6 Estereotipos sociales en hombres y mujeres y el estigma de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa.....	56
2.7 Consecuencias y tratamiento de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa	67
Capítulo III. Concepciones teóricas acerca de la familia	78
3.1 Antecedentes y conceptos de familia.....	78
3.2 Tipología de la familia	83
3.3 Funciones de la familia	86
3.4 Dinámica Familiar	88
3.5 Teoría de Sistemas	102
3.6 Teoría General de los Sistemas Ludwig Von Bertalanffy	104
3.7 Teoría de los sistemas sociales Niklas Luhmann.....	113
3.8 Familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa	124
Capítulo IV. Diseño metodológico.....	132
4.1 Enfoque de la investigación	133
4.2 Sujetos de estudio	133
4.3 Pregunta de investigación y objetivos.....	134
4.4 Técnicas e instrumentos	135
4.5 Procedimiento	135
4.6 Trabajo de campo.....	139
4.7 Postura ética del investigador	141
Capítulo VI. Resultados y Análisis	143
6.1 Perfil de los casos estudiados.....	143

6.2 Familiogramas	145
6.2.1 Descripción del familiograma de All:	146
6.2.2 Descripción del familiograma de Mar.....	149
6.2.3 Descripción del familiograma de Nic	151
6.2.4 Descripción del familiograma de Azu.....	153
6.2.5 Descripción del familiograma de Maf.....	156
6.3 Aspectos sobre la anorexia nervosa y bulimia nervosa	158
6.4 Aspectos sobre la dinámica familiar	169
Capítulo VII. Discusión y Conclusiones	193
Referencias	237
Anexos.....	249

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Investigaciones Trastornos de la Conducta Alimentaria y Familia</i>	11
Tabla 2. <i>Definiciones Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa</i>	25
Tabla 3. <i>Criterios Para el Diagnóstico de Anorexia Nerviosa DSM-V</i>	28
Tabla 4. <i>Clasificación CIE-10 Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa</i> ...	29
Tabla 5. <i>Criterios Para el Diagnóstico de Bulimia Nerviosa DSM-V</i>	30
Tabla 6. <i>Clasificación CIE-10 Trastornos de la Conducta Alimentaria Bulimia Nerviosa</i>	31
Tabla 7. <i>Conceptos de Familia</i>	81
Tabla 8. <i>Caracterización de las Familias de acuerdo a su Constitución e Integrantes</i>	83
Tabla 9. <i>Modelos de Familia</i>	85
Tabla 10. <i>Categorías y subcategorías de entrevistas, persona con AN y BN</i>	137
Tabla 11. <i>Categorías y Subcategorías de Entrevistas, familiar</i>	138
Tabla 12. <i>Perfil Sociodemográfico de los Casos Estudiados</i>	143
Tabla 13. <i>Perfil Sociodemográfico de los Familiares</i>	144

Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1. Simbología de Familiogramas</i>	145
<i>Ilustración 2. Familiograma Caso de All</i>	146
<i>Ilustración 3. Familiograma caso de Mar</i>	149
<i>Ilustración 4. Familiograma Caso de Nic</i>	151
<i>Ilustración 5. Familiograma Caso de Azu</i>	153
<i>Ilustración 6. Familiograma Caso Maf</i>	156

Introducción

La presente investigación aborda la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nervosa (AN) y bulimia nervosa (BN) en relación a los efectos en la dinámica familiar en cinco casos abordados, tres mujeres y dos hombres.

Resulta pertinente mencionar que los TCA han adquirido una importancia significativa en la sociedad, pues el que múltiples personas padezcan estas enfermedades, pone de manifiesto las exigencias cotidianas a las que se encuentran expuestas, en donde cobra relevancia tener un físico acorde a los requerimientos sociales que promueven un cuerpo esbelto, en forma y que cumpla con los cánones impuestos por la moda, medios de comunicación, familia y demás ideales que suelen presionar a las personas a tal grado que en la búsqueda tenaz por la delgadez pueden deteriorar gravemente su organismo, su estabilidad emocional y sus relaciones sociales, trayendo repercusiones a su núcleo de convivencia cotidiana como lo es la familia.

La anorexia y la bulimia, son enfermedades multifactoriales, por tanto no obedecen a una sola causa ni generan pocas consecuencias a quienes las padecen. Pues generalmente, las personas con estos trastornos suelen encontrarse sumergidas en un contexto caótico y problemático, pues la obsesión por bajar de peso no les permite vislumbrar ni medir las consecuencias de los daños irreversibles que pueden ocasionar en el organismo y en las relaciones sociales y familiares.

Actualmente los trastornos de la conducta alimentaria, como mencionan Gorab & Iñarritu (2014) son desordenes psiquiátricos, en los cuales se presentan percepciones alteradas en la

alimentación, el peso y la figura corporal, aunadas a un miedo a engordar. Lo que conlleva a una modificación de la conducta alimentaria que pone en riesgo la vida de la persona.

Según Gorab & Iñarritu (2014) la población que más padece un TCA como lo es la anorexia y la bulimia son las mujeres adolescentes, ya que se encuentran en una etapa de múltiples cambios; aunque en algunos casos aparecen después de los 40 años o incluso en la infancia, en los últimos 30 años los TCA han sido enfermedades cada vez más frecuentes, pues han mostrado un gran aumento, es así que se ha encontrado que 10% de las mujeres menores de 30 años de edad han padecido o padecen algún tipo de TCA, el número de hombres que los presentan también continúa aumentando, especialmente en las modalidades de bulimia nervosa y trastorno por atracón, la proporción en la AN es de nueve mujeres por cada hombre y en la BN de seis mujeres por cada hombre.

Sin embargo, las diferencias por sexo pueden ser menos pronunciadas de lo que se cree. Pues los TCA en hombres suelen estar subestimados, en tanto se sigan considerando una enfermedad propia de las mujeres, por lo que en los hombres no es tan común que se diagnostiquen, o bien estos pueden no buscar ayuda (Gorab & Iñarritu, 2014).

Es así que la anorexia y la bulimia, a pesar de ser enfermedades graves, suelen subestimarse y estigmatizarse ya que en ocasiones son consideradas padecimientos de menor importancia respecto a otros, esto debido a que suelen dar la imagen de que son auto provocadas, pues para padecerlas, influye la fuerte y firme decisión de la persona en dejar de comer y vomitar, pero el problema no es así de sencillo, pues al ser enfermedades mentales, generan múltiples problemáticas no solo físicas, sino emocionales y sociales y por ello merecen atención ya que cada vez se inician a edades más tempranas, con una prolongación de tiempo importante, por lo

cual suelen volverse crónicas si no son tratadas adecuadamente, además de que generan lamentables consecuencias irremediables, entre ellas la muerte.

Por consiguiente, diversas áreas de la persona que padece de AN y BN como su entorno escolar, amistades, pareja y por su puesto la familia, se ven afectadas, respecto a la familia los problemas se ven reflejados en la dinámica familiar, es por ello que adquiere gran relevancia, pues indudablemente se ve involucrada en las causas, mantenimiento, tratamiento y recuperación de la persona.

Es así que la familia al presentar un desequilibrio o problemática que afecte a alguno de sus integrantes, suele tener efectos en su sistema los cuales se ven reflejados en el clima interno o la dinámica familiar, tal como se plantea en la Teoría de Sistemas en Bertalanffy y Luhmann las cuales fueron dos teorías ejes para la realización de esta investigación, pues consideran a la familia como un conjunto, una totalidad que aporta una realidad más allá de la suma de las individualidades, es decir, más allá de los miembros que componen la familia; la familia lleva una estructura, comunicación y auto organización que la hace funcionar como sistema y al haber una falla o problema en alguno de sus miembros, toda su estructura suele modificarse y reestructurarse para adaptarse a la nueva situación que viven.

Ante una problemática determinada como la AN y la BN, la familia enfrenta dificultades y el sistema familiar suele tener efectos como desequilibrios o fracturas en su comunicación, sus roles, relaciones afectivas y su autopercepción, estas categorías son en las que la investigación se basó. Ahora bien, a la familia se le ha atribuido un gran protagonismo en la implicación que tiene en la problemática de la conducta alimentaria pues, así como puede ejercer un papel causante del problema, también suele participar en el tratamiento y la rehabilitación de la persona y en

ocasiones, de ella puede depender el éxito o fracaso en la recuperación. Por ello, es importante distinguir los efectos que suele tener la dinámica familiar de una persona que padece anorexia nervosa y bulimia nervosa, una vez que la enfermedad ha sido detectada y probablemente diagnosticada, en tratamiento y recuperación.

Es importante mencionar que Trabajo Social no ha tenido una participación frecuente en este tipo de problemáticas, a pesar de que en la profesión se puede hacer uso de múltiples herramientas como el plan de intervención que incluya a las personas y a la familia con un TCA, en apoyo de una herramienta que ha adquirido gran relevancia por resultar tan útil cuando se trabaja con familias, esta es el familiograma o genograma el cual permite vislumbrar las relaciones entre los miembros, recopilando datos relevantes de cada uno de ellos en cuanto a padecimientos, formas de ser y sus relaciones familiares, así como las diversas problemáticas que existen al interior de la familia; lo cual resulta útil para tener más claridad sobre la situación en la que se encuentra el sistema familiar y poder brindar una orientación y acompañamiento en todo el proceso de la enfermedad, esto con la finalidad de que la persona y su familia, se encaminen hacia un tratamiento y recuperación acordes a cada caso particular.

Este trabajo de investigación por lo tanto, tiene la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué efectos son los que presenta la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa?

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo General: Analizar los efectos en la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa

Específicos:

- a) Analizar los cambios que presenta la comunicación familiar ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa
- b) Analizar los cambios en las relaciones afectivas en las familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa
- c) Analizar los cambios de roles en las familias con anorexia nervosa y bulimia nervosa
- d) Analizar los cambios en la autopercepción de las familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa de uno de sus miembros

Por lo tanto, resulta importante vislumbrar la problemática a la que se enfrentan las familias que tienen miembros con anorexia nervosa y bulimia nervosa, pues estas son enfermedades que trastocan todas las áreas de la vida de la persona que las padece, se vive de forma distinta, se encarna en el cuerpo¹ de formas diversas.

¹ Entiéndase cuerpo no solo desde una concepción física, sino una construcción más allá, pasa por lo que es la persona en sí misma, su enunciación con el otro es decir su representación en el mundo social. En este caso la exteriorización de la enfermedad.

“Soy siempre en relación con el otro y descubrir quién soy hasta que me veo en la cara del otro, el discurso del otro me mira, me valora y me define” (Corona & Kaltmeier, 2012, p. 14).

Es decir, la enfermedad pasa por el cuerpo desde el cuerpo físico, hasta la forma de cómo trastoca cada parte de la persona y como esas partes se hacen presentes en lo social, en las relaciones amistosas, escolares, de pareja, institucionales y con la familia. Como se vive, como se siente, como se piensa.

Otro punto importante a destacar no es solo la educación para la prevención de la anorexia y la bulimia, si bien es de suma importancia para evitar que más personas sigan enfermando, pero qué sucede cuando ya se padece AN y BN, es importante investigarlo, no solo a nivel individual sino al interior del núcleo familiar, también es importante mencionar que se debe tomar en cuenta la perspectiva de la persona que padece la enfermedad, pues muchas veces se deja de lado el significado que adquiere para la persona y sus expectativas respecto a su recuperación y tratamiento.

En este orden de ideas, es pertinente mencionar que dicha investigación además surge con el interés de entrever el estigma que rodea a la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, desfragmentando la dualidad individuo-problema que hace responsable únicamente a la persona de su padecimiento por lo cual se pretende vislumbrar otras áreas que trastocan estas enfermedades, como pueden ser los ámbitos escolares, la pareja, las amistades, familia, comunidad y demás ámbitos donde las personas se desarrollan, pero esta investigación solo se centró en analizar como la anorexia y la bulimia provocan diversos efectos en la dinámica familiar que hacen que el sistema familiar se reestructure de acuerdo a la nueva situación que enfrentan las familias.

Finalmente el contenido del documento se articuló en cuatro capítulos, más los resultados y discusión final.

Capítulo 1: en el primer capítulo titulado marco referencial, se revisaron documentos enfocados a la familia con TCA, específicamente anorexia nervosa y bulimia nervosa, donde se encontró que estas investigaciones resaltan los estilos de crianza que las personas tuvieron, la importancia de

la prevención y la discrepancia sobre si el deterioro familiar es mayor en la AN o en la BN, sin embargo, no se aborda como eje principal las cuestiones acerca de la dinámica familiar.

Capítulo 2: el capítulo titulado, trastornos de la conducta alimentaria anorexia nervosa y bulimia nervosa, se centra en analizar los aspectos principales que ayudan a comprender qué es la AN y la BN, sus criterios diagnósticos y consecuencias.

Capítulo 3: este capítulo titulado concepciones teóricas acerca de la familia, se enfocó en definir a la familia, los principales tipos de familia y la dinámica familiar, así como las familias con miembros con anorexia y bulimia, asimismo aborda la teoría elegida para la investigación, teoría de sistemas sociales vista desde dos teóricos, Ludwig Von Bertalanffy y Niklas Luhmann.

Capítulo 4: el capítulo titulado diseño metodológico, describe que tipo de investigación es y cómo se encuentra articulada, menciona además cuestiones acerca del trabajo de campo y el instrumento empleado en las entrevistas.

Capítulo 5: en el capítulo de resultados y análisis se presentan los resultados de los casos analizados a través de los relatos de los informantes.

Capítulo 6: en el capítulo de discusión y resultados se realiza una discusión de los capítulos de la investigación en concordancia con los casos de los informantes y se plantean las conclusiones finales.

I. Marco referencial

Este capítulo tiene como objetivo, mostrar investigaciones acerca de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa y bulimia nervosa) enfocados en el área familiar de las personas que los padecen.

Para realizar la tabla número 1 titulada “investigaciones trastornos de la conducta alimentaria y familia” se seleccionaron investigaciones relacionadas al tema de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa en relación a la familia, los criterios de inclusión utilizados para seleccionar las investigaciones fueron en primer lugar, que fueran recientes, lo ideal era tomar en cuenta aquellas que tuvieran no más de cinco años sin embargo, se retomaron algunas que excedían ese tiempo, debido al segundo criterio de inclusión, que abordan el tema de la anorexia y la bulimia en relación a la familia, el tercer criterio de inclusión fue que hablaran específicamente sobre la dinámica familiar, sin embargo se centraban en otras cuestiones acerca de la familia como estilos de crianza, apego, funcionamiento familiar y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria más no en vislumbrar el trastorno una vez que se padece, lo cual fue interesante para contrastar los vacíos en las investigaciones respecto a los TCA enfocados a la familia.

Para la sistematización de las investigaciones se utilizaron los siguientes parámetros: identificación, que se refiere a los datos generales de la investigación, tal como el título, el año en el que fue publicada, el país y el nombre de los autores; el objetivo general que describe con que finalidad fue escrita; los instrumentos de recolección de la investigación, en donde se describen los principales métodos, teorías e instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo la recopilación de información y finalmente los resultados a los que los autores llegaron y las recomendaciones o sugerencias; respecto al análisis de las investigaciones, se leyó cada uno de los artículos y se

detectaron sus objetivos y la relación respecto a los TCA para entonces vislumbrar los hallazgos principales a los que los autores llegaron y finalmente ver que aportaban respecto al tema de la AN y BN en relación a la dinámica familiar.

En las investigaciones seleccionadas se resalta la estrecha relación que los TCA tienen en la familia y como las personas que padecen estas enfermedades perciben unos lazos familiares más deteriorados, con poca o nula cohesión y una dinámica familiar con múltiples problemáticas; algunas de estas investigaciones hicieron una comparación con familias sanas es decir, sin miembros con un TCA, los cuales son denominados en la mayoría de los casos como grupo control y familias que si lo tienen nombradas grupo experimental, y claramente puede observarse que aquellas que tienen un miembro con un TCA, suelen tener más dificultades para tener un funcionamiento familiar adecuado debido a que los lazos familiares suelen fracturarse o someterse a desequilibrios al presentarse una problemática en alguno de sus miembros.

Es importante mencionar que la mayoría de estas investigaciones toman más en cuenta a las mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia, aunque esto tiene una clara y lógica justificación, ya que ha sido una de las poblaciones con una mayor incidencia en los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que se encuentran en una etapa de constantes cambios en todos los aspectos, corporales, psicológicos y sociales.

Aunado a esto están las grandes exigencias sociales por tener y mantener un cuerpo esbelto, donde a la mujer se le ha exigido cuidar con mayor ímpetu y rigor de él. Sin embargo, estas exigencias han trastocado a los hombres, pues también se les exige cumplir con ciertos requerimientos como, ser fuertes, musculosos y en general con una buena apariencia física. Es por ello, que no se puede olvidar que la población masculina es también susceptible a padecer un

TCA, y que su dinámica familiar también suele tener efectos colaterales, sin embargo en dichos estudios no se observan esas cuestiones.

Por otra parte, estos artículos de investigación se derivan de disciplinas relacionadas al área de la salud principalmente, tales como medicina y psicología las más comunes, también se rescatan aspectos sociales como las redes sociales y aspectos relacionados con la familia, sin embargo no se abordan propiamente desde un área social como lo es Trabajo Social donde se puede analizar de forma detallada las cuestiones que rodean a los TCA. A continuación se detallan las investigaciones recopiladas para este apartado:

Tabla 1. Investigaciones Trastornos de la Conducta Alimentaria y Familia

Investigaciones acerca de los trastornos de la conducta alimentaria específicamente anorexia nervosa y bulimia nervosa en relación a la familia.

<u>Identificación</u>	<u>Objetivo general</u>	<u>Categorías y variables</u>	<u>Instrumentos recolección de la información</u>	<u>Resultados</u>
<p>“Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario” Bogotá, Colombia Mayo-agosto 2010 Ruíz Ana Vázquez Rosalía Mancilla Juan Manuel López Xóchitl Álvarez Georgina Tena-Suck Antonio</p>	<p>Analizar los aspectos del funcionamiento familiar que explican parte del riesgo y protección de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados</p>	<p>Trastornos del comportamiento alimentario Familia Funcionamiento familiar Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa Salud en la familia</p>	<p>El estudio fue no experimental con temporalidad transversal y de alcance correlacional Participaron 100 mujeres de 11 a 29 años habitantes del área metropolitana de la Ciudad de México Se utilizaron: el test de actitudes alimentarias (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979) Cuestionario de Bulimia (BULIT) de Smith y Telen (1984) Entrevista para el diagnóstico de trastorno alimentario (IDED) de Kustlesic Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998) Escala de clima social en la familia (FES) de Moos y Moos (1980)</p>	<p>En el grupo de Anorexia Nerviosa a mayores síntomas bulímicos menor expresión En el grupo de Bulimia Nerviosa no se encontraron asociaciones significativas con ninguna de las subescalas del funcionamiento familiar En el grupo de trastornos no específicos los participantes percibieron a sus familias con menor integración, más distantes y que no se apoyan entre sí El estudio resalta que solo se toma en cuenta la percepción de las pacientes y sugiere comparar el funcionamiento familiar entre diferentes miembros de la familia</p>
<p>“La familia y las redes sociales en los</p>	<p>Se analiza la influencia negativa que ejercen las</p>	<p>Trastornos alimenticios</p>	<p>Se realizó una investigación documental que pusiera de</p>	<p>Menciona la autora sobre la importancia de</p>

<p>trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea” Perú 25 octubre 2012 Lozano Zelmira Beatriz</p>	<p>redes sociales en los trastornos alimenticios, especialmente la anorexia y la bulimia en los jóvenes adolescentes de la sociedad actual</p>	<p>Anorexia Bulimia Redes sociales</p>	<p>manifiesto la importancia de la familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios</p>	<p>proponer alternativas para resolver los problemas de la familia contemporánea, pero se considera de mayor trascendencia la ejecución de programas de prevención y promoción de la salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes</p>
<p>“El apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con Anorexia” Estado de México Universidad Autónoma del Estado de México Fes Iztacala Junio 2012 Sánchez Rubí Robles Erika Zarza Susana Silvia Villafañá Lourdes Gabriela Vírveda José Antonio</p>	<p>Analizar el apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con Anorexia</p>	<p>Apego Estilos parentales Anorexia Mujeres Familia Sobreprotección Cuidado Afecto control</p>	<p>Las participantes fueron tres mujeres con edades entre 23 y 27 años diagnosticadas previamente con anorexia por un especialista. Se utilizó la técnica de entrevista a profundidad. El procesamiento de datos se trabajó bajo el método de Taylor y Bogdan (1987)</p>	<p>Como conclusión se tiene que el haber crecido sin una figura paterna constante y fuerte, pudiera ser factor importante en la incidencia de la anorexia. Respecto al estilo parental se presenta diferente en cada uno de los casos analizados, por lo que no hay un estilo parental que determine la incidencia de anorexia</p>
<p>“Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios” Estado de México Universidad Autónoma del Estado de México Fes Iztacala Diciembre 2012 Ruíz Ana Olivia Vázquez Rosalía Mancilla Juan Manuel Lucio María Emilia Aizpuro Araceli</p>	<p>Comparar el funcionamiento familiar en mujeres con diferente grado de alteración alimentaria: clínica (AN BN TCANE) y en riesgo (STCA) así como evaluar su dicho funcionamiento ejerce efectos de riesgo y/o protección sobre el diagnóstico de las participantes</p>	<p>Trastornos alimentarios Sintomatología Funcionamiento familiar Protección</p>	<p>Participaron 135 mujeres quienes fueron diagnosticadas mediante entrevista clínica y contestaron los cuestionarios EAT, BULIT y FES</p>	<p>Los resultados confirman que los síntomas están más acentuados en los grupos clínicos (BN Y TCANE), especialmente las conductas compensatorias son mayores que en el grupo de riesgo. El funcionamiento familiar del grupo BN muestra mayor deterioro</p>

<p>“Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión” Estado de México Universidad Autónoma del Estado de México Fes Iztacala Junio 2013 Ruíz Ana Olivia Vázquez Rosalía Mancilla Juan Manuel Viladrich Carme Halley María Elizabeth</p>	<p>Se revisaron los factores familiares asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria considerando las aportaciones teóricas y empíricas propuestas en artículos nacionales e internacionales</p>	<p>Trastornos alimentarios Familia Funcionamiento Psicopatología</p>	<p>Revisión de artículos nacionales e internacionales</p>	<p>Se concluye reconociendo la heterogeneidad de las familias con TCA y la compleja combinación de factores familiares asociados a la psicopatología alimentaria. Se sugiere mayor investigación sobre: funcionamiento familiar de las personas con TCANE, el papel del padre, factores de protección, afrontamiento del estrés, imagen corporal y alimentación familiar</p>
<p>“Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión” Ciudad de México, Tlalpan Clínica de Trastornos de Alimentación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Enero-febrero 2013 González, Laura Romero, Martha Rascón, María Luisa Caballero, Alejandro</p>	<p>La investigación pretende contribuir con un análisis de la forma en la que los propios sujetos que padecen anorexia nervosa y sus padres, conviven con el padecimiento y narran su historia</p>	<p>Anorexia Nervosa Tratamiento Recaída Remisión</p>	<p>Estudió cualitativo y un análisis de narrativa por ejes temáticos de acuerdo al modelo de Kolher Riessman. Los informantes se eligieron de acuerdo a un muestreo teórico no probabilístico y se realizaron entrevistas a profundidad focalizadas se eligió a una familia para este reporte</p>	<p>La familia analizada estuvo conformada por tres miembros: la madre, el padre y la hija con anorexia nervosa, presentándose conductas excesivamente rígidas que oscilan entre el control y la impulsividad. Estos hallazgos son un primer paso para conocer las experiencias de cada uno de los integrantes de la familia durante el inicio de la enfermedad, el tratamiento, la recaída y las expectativas que se tienen en cuanto a la remisión del padecimiento</p>
<p>“Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de</p>	<p>Comparar la percepción subjetiva del vínculo y la dinámica familiar en pacientes diagnosticados con</p>	<p>Dinámica familiar Vinculo parental TCA Percepción subjetiva</p>	<p>Se compararon distintos grupos de pacientes, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad y</p>	<p>Los resultados muestran una tendencia al vínculo de control sin afecto en pacientes con TCA,</p>

<p>trastorno de la conducta alimentaria” España Enero 2014 López Carlota Botella Luis Herrero Olga</p>	<p>diferentes tipos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA)</p>	<p>del vínculo</p>	<p>finalmente personas sin trastorno de la conducta alimentaria. Se utilizó el cuestionario Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling y Brown, 1979) y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III (Olson, Portner y Lavee, 1985).</p>	<p>variación en la vinculación parental entre el padre y la madre y diferencias entre los distintos subtipos de trastorno alimentario</p>
<p>“Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo” Uruguay 2015 Fernández, Milagros Masjuan, Nuria Costa-Ball, Daniel Cracco, Cecilia</p>	<p>Describir el funcionamiento de las familias con un miembro con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y comparar su funcionamiento con las familias normativas según las variables del modelo circumplejo</p>	<p>Funcionamiento familiar Trastornos alimentarios Modelo circumplejo</p>	<p>La muestra estuvo conformada por 63 participantes, miembros de 16 familias uruguayas en las que uno de sus miembros se encontraba en tratamiento de rehabilitación específico Los instrumentos utilizados: Escala de Evaluación de la Adaptación y Cohesión Familiar (FACES IV; Olson, 2011) FCS (Family Communication Scale) por Barnes y Olson (1982) FSS (Family Satisfaction Scale) Diseñada por Olson y Wilsom (1982)</p>	<p>Este estudio confirma en una pequeña muestra local, lo descubierto en investigaciones anteriores y de otras latitudes, presentando grandes desafíos para la intervención en los TCA. Una vez más se plantea a los clínicos la necesidad de trabajar con todo el sistema familiar para abordar la problemática de los TCA de las adolescentes.</p>
<p>“Estilos de socialización parental percibidos por adolescentes diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria” México Pachuca, Hidalgo Universidad La Salle Pachuca</p>	<p>Identificar el estilo de socialización parental (autoritario, autorizativo, indulgente y negligente) que perciben las adolescentes diagnosticadas con TCA (anorexia, bulimia y/o TANES) para determinar si existe un estilo parental predominante según cada</p>	<p>Estilos de socialización parental Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia Bulimia TANES Adolescencia</p>	<p>La muestra estuvo constituida por 47 mujeres adolescentes de nacionalidad mexicana que presenten diagnóstico de algún trastorno de la conducta alimentaria en un rango de edad de 12 a 18 años y que a su vez llevan a cabo su tratamiento en la clínica</p>	<p>Los resultados que se obtuvieron del análisis de estadística descriptiva señalan que los estilos parentales más comunes, comenzando con el de mayor prevalencia son: el autoritario de parte de ambos padres, seguido por el negligente, por parte de</p>

<p>2015 Melo, Claudia Valeria Vázquez Silvia Carolina</p>	<p>tipo de trastorno y contribuir al estado del arte de ambas variables, lo cual permitirá tener bases más sólidas en la generación de programas de prevención y rehabilitación de los TCA Caracterizar la percepción que tienen las pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria del estilo de crianza prevalente en su entorno familiar, e investigar cómo podría asociarse esto con el desarrollo de la patología</p>		<p>Ellen West o en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”. Se aplicó la escala de Estilos de Socialización Parental en Adolescentes- ESPA29- de Musitu y García (2001) compuesto por 232 ítems que permiten evaluar los estilos de socialización familiar.</p>	<p>la madre y el indulgente, por parte del padre</p>
<p>“Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia” México Universidad Nacional Autónoma de México Subdivisión de Medicina Familiar de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina 2015 Sainos Daniella Guillermina Sánchez María Teresa Vázquez Eduardo Gutiérrez Itzel</p>	<p>El artículo es una revisión documental donde manifiesta que la sospecha de trastornos de la alimentación entre adolescentes está relacionada con la percepción de disfunción familiar</p>	<p>Anorexia Nerviosa Bulimia Nerviosa Salud mental</p>	<p>No hay una muestra establecida, ya que se trata de un documento de tipo descriptivo acerca de los trastornos alimentarios y su relación con la disfunción familiar</p>	<p>La prevención y el tratamiento de los trastornos de la alimentación pueden ser más eficaces si se realiza un abordaje familiar durante la adolescencia, pues el momento en que se presenta una gran oportunidad de intervención.</p>
<p>“Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales” Argentina 2018</p>	<p>Caracterizar la percepción que tienen las pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria del estilo de crianza prevalente en su</p>	<p>Familia Estilos de crianza Trastornos de la conducta alimentaria</p>	<p>La muestra estuvo compuesta por 16 pacientes del Instituto Argentino de Trastornos de Alimentación, cuyas edades oscilaban entre</p>	<p>Los principales hallazgos dan cuenta de que existe un estilo de crianza preponderante en cada Trastorno Alimentario, es</p>

Losada Analia Verónica Charro Agustina	entorno familiar, e investigar cómo podría asociarse esto con el desarrollo de la patología	los 12 y 21 años, 4 de ellas padecían Anorexia, 8 Bulimia y los 4 restantes Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado Se aplicó una adaptación de la Escala Argentina de Percepción de la Relación con los Padres de Richaud de Minzi (2002) para evaluar el tipo de estilo de crianza prevalente en cada cuadro, se complementó con entrevistas a los profesionales que atendían a estas pacientes	decir en la Anorexia reina un estilo permisivo, en la Bulimia un Estilo Autoritario y en los TANES un estilo indiferente
--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de las investigaciones citadas.

Las investigaciones tomadas en cuenta en la tabla 1 “Investigaciones trastornos de la conducta alimentaria y familia” mencionan que las relaciones familiares suelen verse afectadas cuando hay una problemática como los TCA, lo cual trae repercusiones no solo para la persona que sufre estas patologías, sino para todos los integrantes que conforman el sistema familiar, lo que cada investigación señala es:

En la investigación titulada “funcionamiento familiar en el riesgo y protección de trastornos del comportamiento alimentario” de Ruíz et al. (2010) Se pone de manifiesto que las personas que padecen AN entre más síntomas bulímicos presentan, suelen tener una menor expresión en su sistema familiar, en la BN no se encuentran asociaciones y en los TCANE (trastornos de la conducta alimentaria no específicos) las personas perciben a sus familias con menor integración y como recomendación el estudio sugiere tomar en cuenta diversas percepciones entre los miembros de la familia.

En el siguiente artículo titulado “La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea”, de Lozano (2012) hace alusión a una cuestión social de los TCA es decir, la influencia que suelen tener las redes sociales en este tipo de patologías, asimismo se rescata la importancia de la familia, finalmente se considera que deben existir alternativas para solucionar las problemáticas familiares, pero que se debe seguir poniendo más ímpetu en los programas de prevención y promoción de la salud mental. Por lo cual, el artículo no se centra en el papel de las familias ante estas problemáticas, sino más bien su enfoque esta en los adolescentes y la información que la familia y demás instancias les proporcionan sobre los TCA.

En el artículo “el apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con Anorexia” de Sánchez et al. (2012) concluye que el haber crecido sin una figura paterna constante y fuerte pudiera ser una causa que influye en el padecimiento de la anorexia, sin embargo también menciona que cada caso tiene un estilo de crianza distinto, por lo cual no hay un estilo parental que determine que se presente la anorexia nervosa en este caso. Este artículo se centra más en como los estilos de crianza pueden o no influir en el padecimiento de los TCA (anorexia y bulimia), más no en que efectos existen en las familias cuando se hace presente la enfermedad.

Por otro lado, el artículo “Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios” de Ruíz et al. (2012) Muestra que el trastorno donde se ve más reflejado el deterioro familiar es en la bulimia nervosa y en los TCANE, lo cual ya da una información más amplia sobre las problemáticas que genera en las familias un TCA en este caso según el artículo, en la bulimia se genera más este impacto familiar; sin embargo, en el estudio “factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión” de Ruíz et al. (2013) se sugiere que se investigue más respecto a los TCANE, el papel del padre y observar como es la alimentación en las familias. Por lo cual el foco de atención está en verificar como son los patrones alimentarios de las familias con un miembro con TCA.

La investigación “Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión”, de González et al. (2013) se hizo con la finalidad de que los padres y las personas que padecen anorexia narren su historia, el estudio concluye que las familias con anorexia nervosa tienen conductas excesivamente rígidas con control e impulsividad y finalmente argumenta que con ello se conocen las expectativas que la familia tiene del

tratamiento; este estudio da un panorama de como es el comportamiento de las familias con AN, sin embargo hace falta contrastar que pasa con las familias de hombres y que sucede con la bulimia nervosa.

El estudio sobre “Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria”, tal como la anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesidad y personas sin un TCA de López et al. (2014) muestran que en las familias con un TCA existe una tendencia al vínculo de control sin afecto entre las relaciones parentales y que existen diferencias entre los subtipos de TCA. Este estudio básicamente se centra en identificar si existe o no un vínculo con los padres cuando se presenta un TCA más no en que efectos presentan la propia familia ante el padecimiento.

En el siguiente estudio titulado “Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circunplejo”, de Fernández et al. (2015) se centra en describir como es el funcionamiento de las familias con un TCA para así compararlo con aquellas que no tienen un miembro con TCA, finalmente la investigación sugiere que se tiene que trabajar con todo el sistema familiar para poder abordar adecuadamente la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria específicamente en adolescentes.

Por otra parte, el estudio titulado “estilos de sociabilización parental percibidos por adolescentes diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria” de Melo & Vázquez (2015) menciona que los estilos de crianza parentales más comunes son el autoritario por parte de ambos padres, seguido por el negligente por parte de la madre y el indulgente por parte del

padre, por lo cual el estudio se centra en visualizar cuales son los estilos de crianza más recurrentes en las familias con AN y BN más no en que efectos tienen en la propia dinámica familiar.

En el estudio titulado “Funcionabilidad familiar en pacientes con anorexia nervosa y bulimia” de Sainos et al. (2015) señala que las personas con TCA principalmente en la etapa de la adolescencia, su padecimiento se relaciona con la percepción de la disfunción familiar que estas tienen; en la última investigación llamada “Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales” de Losada & Charro (2018) mencionan que el estilo de crianza que permea más en la anorexia nervosa, es el permisivo y en el de la bulimia nervosa es el autoritario, pero difiere con el estudio titulado “el apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con anorexia” de Sánchez et al. (2012) que argumenta que no existe realmente un estilo común de crianza en personas con anorexia nervosa.

Como se puede apreciar, estos estudios centran su interés principalmente en conocer que estilo de crianza es el que las personas que padecen un TCA han tenido para así determinar si este pudo ser el causante de dicho padecimiento, es decir se centran más en las causas del TCA más no en las consecuencias que este ha dejado al interior de la familia, es decir los efectos que produce en las dinámicas familiares.

Lo que en conjunto cada uno de los estudios anteriores menciona, es que los estilos parentales de las personas con TCA, son de suma importancia y que la opinión tanto de la persona que padece el TCA y la de todo el sistema familiar es importante para así poder trabajar con cada uno

de los miembros de las familias, y que esto de ser posible se inicie desde la adolescencia cuando es más latente el daño, planteando alternativas para resolver los problemas de la familia, sin embargo se sugiere poner más ímpetu en la prevención y promoción de programas dirigidos a adolescentes y jóvenes, es decir se centran más en la prevención que en observar los daños causados una vez detectado el TCA.

También es importante mencionar, que cada una de las investigaciones citadas anteriormente no hacen un acercamiento tan detallado a la dinámica familiar, únicamente se centran en los estilos parentales, el apego, redes sociales, factores familiares, o el funcionamiento familiar que se asocian a los TCA. Pero sin ahondar en cuestiones detalladas del funcionamiento interno de las familias y su interés se encuentra enfocado en las mujeres adolescentes.

Lo cual trae a la discusión la importancia de analizar que sucede al interior de las familias cuando se tiene un miembro con anorexia nervosa y bulimia nervosa, y cuando no solo se trata de una mujer si no de un hombre como sus relaciones tienden a modificarse y cuál es la experiencia ante el TCA, por ello resulta sumamente necesario ahondar más acerca de cuestiones nodales en la dinámica familiar tal como la comunicación, el afecto, roles, autopercepción de las familias, cohesión, autoridad y ejercicio de poder etc. Para así dar cuenta de lo imperante que resulta ser el sistema familiar en la aparición, mantenimiento y recuperación de los TCA. A continuación, se presentarán algunos temas particulares que explican más detalladamente las cuestiones acerca de los TCA específicamente la anorexia nervosa y la bulimia nervosa y posteriormente detallar las cuestiones acerca de la familia y su dinámica familiar.

Capítulo II. Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa

Este capítulo aborda dos trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nervosa y bulimia nervosa, con la finalidad de comprender su significado, diagnóstico, epidemiología, estigma, qué factores son determinantes en su aparición, tanto en la mujer como en el hombre, así como su desarrollo, mantenimiento, consecuencias y tratamiento, además del papel de la familia ante estas problemáticas.

Para comenzar a describir los TCA es necesario mencionar que estas enfermedades no son recientes, sin embargo las causas de su aparición han ido cambiando, debido a los patrones culturales de belleza actuales, ya que de acuerdo con Crichton, (1996) en la antigüedad aproximadamente en el siglo XIX el tener un cuerpo robusto era signo de belleza, de salud, vitalidad, riqueza y poder.

Las mujeres robustas, con un vientre abultado y caderas prominentes eran bien vistas y valoradas ante los ojos masculinos, pues esto indicaba la buena salud de la que la mujer gozaba y la buena disposición corporal para ser fértil y tener muchos hijos lo cual era importante en épocas antiguas (Crichton, 1996).

Sin embargo, al pasar de los años este ideal ha ido cambiando drásticamente, pues aunque también en la antigüedad ya se daban prácticas que se asemejaban a la anorexia y la bulimia, estas no se relacionaban con las causas sociales actuales, tales como, presión social, influencia de los medios de comunicación, (internet, revistas, pasarelas, televisión y publicidad).

Como mencionan Gorab & Iñarritu (2014) en la antigüedad las causas para que principalmente las mujeres llevaran una vida de anomalías en la alimentación, era por realizar sacrificios auto-impuestos de índole religiosa; además existen registros de hombres que también llevaban a cabo estos sacrificios, algunos debido a la gula que experimentaban, ya que al tener tanta riqueza tenían mucha comida disponible y para poder continuar comiendo se provocaban el vómito, otros hombres llevaban a cabo estas prácticas también por religión, como ejemplo están los denominados “padres del desierto” en el siglo IV, eran hombres que se retiraban a desiertos de Egipto y Palestina para entregarse al ayuno y otras formas de penitencia.

Asimismo de la bulimia también se tienen antecedentes, pues existen referencias respecto a los excesos de comida y purgas, como los que se practicaba en el antiguo Egipto, Roma, Grecia y Arabia en donde ya existían comportamientos semejantes a la bulimia de hoy en día (Nasser, 1993).

Crichton (1996) hace alusión a que los egipcios, se purgaban con eméticos² para purificarse y los griegos en determinadas situaciones sociales y religiosas llevaban a cabo el vómito, también los romanos tenían esta conducta para poder seguir comiendo en interminables banquetes, de hecho esta práctica de atracón- purga fue muy extendida por toda Roma.

Sin embargo, es poco probable que hoy en día las causas de los TCA estén vinculadas con cuestiones religiosas como en la antigüedad. Pues actualmente estas enfermedades suelen

² Se trata de un medicamento o sustancia, que tiene como finalidad provocar el vómito.

aparecer debido a las constantes exigencias sociales por mantener un físico acorde a los cánones de belleza actuales (Gorab & Iñarritu, 2014).

Es así que, los TCA, se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Esta a su vez, se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas, intervienen además factores como las sensaciones de hambre y saciedad, aspectos sociales y culturales, relaciones familiares y sentimentales; se caracterizan por ser enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como el pensamiento obsesivo en la comida conllevan una grave modificación de la conducta alimentaria, que ocasiona problemas médicos y nutriólogicos serios, los cuales pueden poner en riesgo la vida. (Gorab & Iñarritu, 2014).

Al respecto Perpiñá (2015), refiere que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por un patrón alimentario alterado (restricción alimentaria, tener impulso irresistible por comer, etc.), junto con una serie de prácticas encaminadas a compensar los efectos de la ingesta (vomitar, tomar laxantes y hacer ejercicio excesivo).

Los TCA que son abordados en esta investigación son la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. A continuación se exponen algunos conceptos con la finalidad de conocer de que tratan y cuáles son sus peculiaridades.

Tabla 2. Definiciones Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa

Anorexia Nervosa

Es un trastorno mental de la conducta alimentaria, se caracteriza por una pérdida exagerada de peso, el punto de partida visible es la búsqueda tenaz de la delgadez, mediante la reducción de alimentos que se consideran “engordantes”, y/o la utilización de distintos métodos de purga auto inducida, y/o exceso de actividad física (Rausch, 2002).

Una persona que padece de anorexia nerviosa se niega a mantener su cuerpo con un peso situado dentro de los límites de la normalidad, tiene un inmenso temor a ganar peso y esta extremadamente preocupada por su silueta, la valoración que hace de sí misma como persona está determinada por lo que opina de su cuerpo, el anoréxico reduce la cantidad de alimento que ingiere diariamente, al principio elimina los alimentos que supone tienen mayor contenido calórico y progresivamente, va reduciendo el repertorio hasta que llega un momento en que sólo ingiere unos pocos, siempre los mismos, pues tiene mucho miedo a ganar peso. Y a pesar de disminuir su peso, el temor continúa e incluso puede aumentar, distorsiona la percepción del peso, y sobre todo, distorsiona las medidas de determinadas partes de su cuerpo (Cervera, 2005).

Anorexia quiere decir “no tener apetito”; sin embargo, en el caso de la anorexia nerviosa es muy rara la pérdida de apetito, más bien es un control excesivo sobre lo que se come. Esta se caracteriza por una pérdida significativa de peso corporal, debida a una ingesta de calorías muy por debajo de las necesidades de la persona que la padece (Gorab & Iñarritu, 2014).

Bulimia Nervosa

La bulimia se compone de episodios o sesiones incontrolables de comida en exceso, el síndrome describe un conjunto estable de síntomas entre los que destacan la preocupación por el peso y la forma corporal, pérdida de control sobre la ingesta y adopción de estrategias que contrarresten los efectos del exceso (Aldreen, 2002).

La bulimia es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga, normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos con frecuencia, alimentos altos en calorías, por lo general se ingieren esos alimentos en secreto y esto puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que está sucediendo, la purga ocurre con más frecuencia por medio del vómito autoinducido, pero también puede incluir abuso de laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo (Sherman & Thompson, 2008).

La palabra bulimia viene del griego *bous*, que significa buey, y de *limos*, hambre; es decir, “hambre de buey”, la cual hace referencia a una persona que tiene un apetito exagerado, la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada se da atracones, esto es, ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que consumiría en circunstancias normales. Estos atracones son acompañados por una sensación de pérdida de control sobre lo que la persona come, y sigue comiendo lo que sea sin poder detenerse, después del atracón el bulímico incurre en ciertas prácticas

(llamadas conductas compensatorias inapropiadas) destinada a compensar los efectos de ese atracón sobre el aumento de peso. Entre las conductas compensatorias inapropiadas la más frecuente es el vómito autoinducido, junto con el uso de laxantes, diuréticos o enemas. Otro tipo de conductas compensatorias son el ayuno o el ejercicio excesivo (Gorab & Iñarritu, 2014).

Fuente: Elaboración propia a partir de las definiciones

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la anorexia nervosa y la bulimia nervosa son dos trastornos de la conducta alimentaria que alteran la percepción de la imagen corporal en las personas que las padecen, lo cual hace que tengan ciertos comportamientos alterados en su alimentación lo que genera múltiples consecuencias. Para poder determinar qué tipo de trastorno presenta la persona es necesario recurrir a ciertos parámetros diagnósticos que permiten conocer que conductas llevan a cabo y con qué frecuencia, así como determinar qué tan severo es el daño, por lo cual se hablará del diagnóstico de la AN y la BN de acuerdo a ciertos manuales utilizados por el personal encargado de tratar este tipo de trastornos.

2.1 Diagnóstico de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa

En el diagnóstico de los TCA, interfieren varias consideraciones, en primer lugar como menciona Serrato (2000) al hablar de diagnóstico, es necesario resaltar que este parte de la medicina y tiene por objeto la identificación de una enfermedad, trastorno o afección, se funda en los síntomas o manifestaciones de una alteración orgánica o funcional. Estos síntomas pueden ser apreciados por quien ejerce la profesión médica o por la persona afectada.

Es necesario también mencionar que los criterios diagnósticos de los TCA han avanzado, sin embargo aún queda camino por recorrer. Por ejemplo, en la anorexia Rausch & Bay (2004), mencionan, que años atrás el diagnóstico de esta enfermedad se realizaba descartando toda enfermedad clínica capaz de provocar pérdida de peso, así como trastornos psíquicos que se pudieran acompañar la inapetencia.

Si bien, antes de diagnosticar un TCA, hay ciertos signos de alarma que indicaran tanto a profesionales de la salud, profesores, familiares, amigos y pareja que algo está ocurriendo, estos son ciertos patrones de conducta en relación a la alimentación, tales como los que menciona Raich (2016) dieta extrema y ayunos, atracones y conductas purgativas, preocupación por el peso y la figura.

También Raich (2016), sugiere evaluar la imagen corporal, ya que las personas con anorexia y bulimia sobrevaloran su peso y figura pues no consideran su cuerpo de un tamaño y proporción adecuada, y por ello se esfuerzan constantemente en la pérdida de peso.

Ahora, para el diagnóstico de la AN y la BN existen ciertas clasificaciones oficiales que los profesionales de la salud utilizan para determinar si una persona sufre de AN y BN, en primer lugar se encuentra el DSM en este caso en su versión más actual la número 5 que por sus siglas en inglés significa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) el cual en español se traduciría como (Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). El cual contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales, asimismo se toma

en cuenta, el CIE en su versión actual, número 10 (Clasificación de los Trastornos Mentales, y del Comportamiento), realizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Es necesario mencionar que el CIE-10 contempla ya una versión actualizada el CIE-11 sin embargo, aún no hay una propuesta formalizada, solamente existen como menciona Perpiñá (2015) algunos documentos o artículos que lo mencionan. Y donde se han incluido otros nuevos trastornos. En esta nueva versión también se apuesta por la renovación de criterios y las recomendaciones parecidas a las que tomó en cuenta el DSM-V respecto a su versión anterior DSM-IV, asimismo el CIE-11 se presentó de forma oficial en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 pero no será hasta el primero de enero de 2022 que entre en vigor en los países miembros.

Tabla 3. Criterios Para el Diagnóstico de Anorexia Nerviosa DSM-V

-
- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
 - B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
 - C. Alteración en la que uno mismo percibe su propio peso a constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el

ayuno y/o ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Nota. Recuperado de Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Tabla 4. Clasificación CIE-10 Trastornos de la Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa

-
- A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y altura.
 - B. La pérdida de peso es autoinducida por evitación de “alimentos que engordan”
 - C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo.
 - D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisogonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia. (Una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas.)
 - E. El criterio no cumple los criterios diagnósticos A y B de bulimia nerviosa

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Publicado por Churchill (2010). P. 140-141.

Tabla 5. Criterios Para el Diagnóstico de Bulimia Nerviosa DSM-V

-
- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (P. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Nota. Recuperado de Nota. Recuperado de Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Tabla 6. Clasificación CIE-10 Trastornos de la Conducta Alimentaria Bulimia Nerviosa

-
- A. Presencia de episodios repetidos de sobre-ingesta (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los que se ingiere grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión para comer (ansia).
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes:
1. Vómitos autoinducidos
 2. Purgas autoinducidas
 3. Periodos de ayuno alternantes
 4. Consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes;
- Cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad (que normalmente conduce a un bajo peso)
-

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Publicado por Churchill (2010). P. 142-143.

Como se aprecia, estos manuales o guías oficiales son las que se usan no solo para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, sino para múltiples enfermedades dentro del campo de la salud mental.

Es importante mencionar que el DSM-V ha incluido ciertas modificaciones respecto a su antecesor DSM-IV pues este último contemplaba la pérdida de menstruación (amenorrea) para la anorexia nervosa y en el caso de la bulimia nervosa había dos subtipos el tipo purgativo y el no purgativo en una se usaban las llamadas conductas compensatorias y en el otro no, sin embargo el

retirar estos dos criterios fue un gran avance tanto para el personal encargado de diagnosticar como para las personas que padecen el TCA, pues en ocasiones puede ser que una persona padezca de anorexia pero sin perder la menstruación y por ello no era diagnosticada a tiempo, y en el caso de la bulimia de acuerdo al DSM-V generalmente en alguna etapa de la enfermedad se usan las conductas compensatorias (laxantes, vómitos, diuréticos, enemas) lo cual ha resultado sumamente útil para tomar en cuenta más casos, diagnosticarlos y atenderlos.

En referencia al CIE-10 para los trastornos de la conducta alimentaria, en el caso de la AN menciona que los criterios que toma en cuenta funcionan únicamente como un apoyo al diagnóstico pero no son elementos rigurosamente esenciales y aclara que si el inicio de la enfermedad es prepuberal (se detiene el crecimiento en las mujeres, no se desarrollan las mamas y se presenta amenorrea primaria, en los hombres los genitales permanecen infantiles).

El CIE-10 aclara que este diagnóstico no debe hacerse si está presente algún trastorno orgánico conocido que se asocie a la pérdida de peso (otro tipo de enfermedades que provoquen la pérdida de peso en la persona). Asimismo, en el CIE-10 no hay subcategorías para la BN como la purgativa y la no purgativa pues toma en cuenta que tanto las conductas compensatorias como el ayuno, dietas y ejercicio forman parte de la bulimia; estos manuales son sumamente importantes tanto para los profesionales como para las personas que conviven con una persona con AN y BN pues, les ayuda a identificar si lleva a cabo estas conductas y comportamientos que ponen en riesgo la vida.

Ahora bien, resulta necesario además de conocer la definición y diagnóstico de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, como estos TCA se relacionan directamente con el contexto en donde se desenvuelven las personas, pues además del enfoque médico y psicológico, es indudable que el contexto social repercute directamente en la salud y la enfermedad, esto está directamente relacionado con los determinantes sociales de la salud y en este caso, al hablar de AN y BN se deben tomar en cuenta estos determinantes en el ámbito de la salud mental.

2.2 Determinantes sociales de la salud y la salud mental

Para ejemplificar lo anterior se exponen brevemente a que se refieren los determinantes sociales de la salud y la salud mental, como mencionan Mondragón & Trigueros (1999) el ser humano está sometido constantemente a las influencias del contexto en el que vive, este por lo tanto abarca distintos aspectos que se relacionan directamente con su salud, estos son los biológicos, sociales y culturales.

De acuerdo a Mondragón & Trigueros (1999) estos son:

1. La herencia. El ser humano recibe por herencia biológica una dotación genética de sus padres que condiciona su constitución, por ejemplo la ciencia genética humana se refiere básicamente a descubrir las variaciones hereditarias en el ser humano y si estas variaciones fueran extremas se podrían entonces asociar con alguna enfermedad clínica en algún momento de la vida humana. Lo cual indudablemente repercutiría en la salud y los tipos de enfermedades de las personas.

2. El medio ambiente ecológico. La ecología se basa en una concepción de la vida como una lucha continua con los organismos para adaptarse al medio. El hombre y la mujer tienen una relación con el ecosistema total del que forman parte, pues el medio ambiente es productor de salud o generador de enfermedad. La salud entonces, estará en función de las relaciones que se establezcan en la comunidad, población y su medio ambiente.
3. Contexto cultural. La educación para la salud incide muy directamente en la dimensión cultural de la salud. Es por ello que salud y enfermedad están ligadas a los modos de vida y por ello no pueden ser aisladas del contexto en que se producen.
4. El orden económico. La alimentación, el alojamiento y el trabajo son pilares básicos de la salud, porque está se mantiene y se pierde ahí donde la población vive y trabaja; la pobreza sigue siendo el freno al desarrollo humano y con ello la causa principal de enfermedad.

En la aportación de Cabrera et al. (2011) de acuerdo a la CDSS (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud) existen dos tipos de determinantes sociales de la salud, los primeros son los estructurales y los segundos los intermediarios.

Los primeros (estructurales), tendrían impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y a su vez afectar la salud y el bienestar. Los estructurales de acuerdo con el modelo de la CDSS, son la posición socioeconómica, la estructura social, y la clase social; de ellos, se entiende, dependen las formas de ingreso. En este nivel también se ubican la relación de género y etnia.

Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son la gobernanza, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como por la cultura y los valores sociales.

La posición socioeconómica, con sus características de educación-ocupación-ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios:

Determinantes intermediarios:

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos éstos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (Cabrera, et al. 2011).

Es así que estos determinantes sociales inciden en la salud de la que gocen o no las personas, pues lo estructural es decir el medio social en el que viven y se desarrollan, así como las políticas públicas en temas de salud y las instituciones de las cuales reciban o no atención influirán, además, las cuestiones de trabajo, economía, alimentación y aspectos que tengan que ver con cuestiones personales del ser humano como lo que se mencionaba sobre la genética, aspectos biológicos y por su puesto los estilos de vida contribuyen en la salud o enfermedad.

Ahora bien, estos determinantes sociales además de tener una relación directa con la salud física que afecta el organismo de las personas, interfieren además en la salud mental.

De acuerdo a las aportaciones de Bährer-Kohler (2012), la salud mental y la enfermedad mental tienen diversas facetas que también se relacionan con factores sociales, psicológicos y biológicos. El término “determinantes sociales de la salud” describe las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven y trabajan e incluyen al sistema de salud.

En concordancia con Bailey (2012), gran parte de estos determinantes sociales de la salud son determinados por ciertas circunstancias como el dinero, poder y recursos en los niveles nacionales y locales en donde influyen además las políticas públicas. Es así que estos determinantes también se relacionan con la inequidad y diferencias de acuerdo al estatus entre diversas localidades y personas.

Siguiendo con Bailey (2012), la salud mental ha sido descrita como una ausencia de desórdenes mentales o discapacidades, sin embargo múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos determinan el nivel de salud mental de las personas, estos desórdenes mentales son muy comunes a nivel mundial, afectan a decenas de millones cada año, y solamente una pequeña fracción de ellos recibe un tratamiento.

En concordancia con Schenker (2012), 1 de cada dos personas sufren alguna enfermedad mental u otras pueden ir desarrollando en el transcurso de su vida, el peligro se encuentra en etapas de difícil transición como el iniciar la escuela en el caso de niños y en adolescentes la pubertad, inicio y pérdida del empleo, divorcios y experiencias de violencia, todo ello va causando estragos en la salud mental de las personas.

Respecto al tema de los determinantes sociales que influyen en la salud mental, Jurkowski (2012), menciona que indudablemente lo económico influye, además de comportamientos aunados al estilo de vida, la genética, el ambiente y las redes sociales de las personas, pues esos

factores además de tener un impacto en la salud física como se mencionaba anteriormente, repercuten en gran medida en la salud mental.

Ejemplificando lo anterior Jurkowski (2012) explica esos determinantes sociales que impactan en la salud mental de las personas.

1. La conducta o comportamiento y el estilo de vida, pues mientras que el comportamiento respecto a la salud puede afectar el estilo de vida, los comportamientos específicos del estilo de vida relacionados con la nutrición, abuso de sustancias y el autocontrol también influyen en la salud mental así como el contexto cultural en donde las personas se desarrollan.
2. Lo biológico y genético, es cierto que los factores biológicos y genéticos influyen en los trastornos mentales, pues las relaciones genéticas de las personas pueden influir en el padecimiento de ciertos trastornos, pero esto a su vez se relaciona a los contextos culturales donde viven las personas.
3. El ambiente, se encuentra vinculado con la salud mental, pues el convivir con algunas personas puede generar estrés, inclusive el clima y naturaleza suelen influir en la salud mental.
4. Redes sociales, la soledad y el aislamiento repercuten en la salud mental, aunque también pueden causar un estrés en las personas.
5. Lo económico y los accesos a servicios de salud mental, juegan un rol sumamente importante en el acceso a la salud mental.

Además, como se mencionaba en párrafos anteriores ciertas transiciones en etapas de la vida influyen como ejemplo Jurkowski (2012), dice que en la etapa de la adolescencia las personas suelen ser más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental, ya que generalmente los adultos a su cargo y cuidado esperan de ellos, que tengan roles y responsabilidades de adulto mientras los adolescentes todavía continúan trabajando en su propio desarrollo, lo cual suele generar estrés.

Como ejemplo de esta etapa y en relación a los determinantes sociales de la salud mental, se encuentran la anorexia y la bulimia, pues estas suelen ser más latentes en la adolescencia y los determinantes sociales influyen en su padecimiento. Pues, el contexto social en donde se desenvuelven las personas repercute, así como los factores genéticos, la cultura, la crianza y la alimentación; además de las relaciones sociales con la familia, pareja y amigos pueden influir en las causas, mantenimiento y recuperación, los sistemas de salud también suelen influir, pues múltiples personas no tienen acceso a las instituciones que traten estos TCA, debido a causas económicas y a la insuficiencia de instituciones especializadas.

Ahora bien, además de conocer la definición de la AN y BN, las formas de diagnosticarlas y los determinantes sociales que influyen para que las personas las padezcan, es necesario visualizar cuál es su epidemiología, es decir cuántas personas enferman de acuerdo a distintos contextos sociales, conocer la epidemiología da un panorama amplio sobre la incidencia e importancia de estos TCA.

2.3 Epidemiología

Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria AN y BN, se han realizado diversos intentos para tratar de erradicarlos, sin embargo es una realidad que siguen en aumento, la epidemiología de los TCA no suele reportar en sí todos los casos que se dan, pues la estadística generalmente recoge aquellos que están siendo atendidos o que han sido diagnosticados y visibilizados, pero muchas personas no acuden a recibir tratamiento por múltiples razones, así que no son reportadas (Unikel, Díaz de León & Rivera, 2017).

A pesar de los escasos datos que se tienen registrados y disponibles respecto a la incidencia de los TCA, se puede reportar, que estos constituyen un problema emergente en las sociedades occidentales principalmente, es por ello que el mayor número de reportes se da en este tipo de sociedad, ya que en ella impera más el ideal de belleza “delgado y en forma” (Rojo & Livianos, 2003).

A continuación de forma breve se exponen algunos estudios que han reportado la epidemiología de la anorexia y la bulimia a través de diversos años, la finalidad de revisar esta literatura es la de visualizar la incidencia de la AN y la BN y comprender por qué estos trastornos han aumentado significativamente los cuales han generado diversas consecuencias para las personas que las padecen y que generan un impacto en el núcleo familiar.

Hsu en el año de 1996 (citado en Rojo & Livianos, 2003) presentó estudios de tasas de prevalencia entre mujeres jóvenes, donde la anorexia nervosa reportó una incidencia entre el 0.2% y el 0.5% y para la bulimia nervosa entre el 2 y el 3% a nivel mundial.

También Wakeling en 1996 (citado en Rojo & Livianos, 2003) realiza una revisión de estudios epidemiológicos en donde en el Reino Unido, su prevalencia en mujeres se sitúa en un rango entre el 2.8% y el 5%. En Estados Unidos, en población escolar en una zona semirural, la prevalencia del síndrome parcial de anorexia nervosa estuvo en un 7.6% para mujeres y en el 0.6% de los varones. Para la bulimia nervosa, la tasa de prevalencia fue del 1.2% en mujeres y el 0.4% en varones.

En otros estudios reportados en el año 2012 Smink, Hoeken & Hoek (citados en Unikel et al. 2017), encontraron un incremento de la incidencia de anorexia nervosa en un grupo de mujeres entre 15 y 19 años, ocasionado probablemente por la detección temprana de dicha patología o por la presencia de la enfermedad a edades más tempranas. También reportaron que la prevalencia de anorexia nervosa “alguna vez en la vida” utilizando los criterios diagnósticos de la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), en mujeres de Suiza fue respectivamente de 1.2% y 2.4%, en mujeres de Australia de 1.9% y 4.3%, en mujeres de Finlandia de 2.2% y 4.2%; además se encontró que la prevalencia de bulimia nervosa “alguna vez en la vida” en mujeres de Australia fue de 2.9% y que en Estados Unidos y Europa la prevalencia tenía una variación de entre 0.9% y 1.5% para mujeres y 0.1% y 0.5% para hombres.

En el caso de México, los TCA se consideran actualmente un problema público de salud mental, sin embargo es indiscutible que la cobertura de los servicios de salud sigue siendo insuficiente, sobre todo en localidades alejadas de las ciudades importantes, y respecto a la incidencia en México aún existen rezagos en comparación con otros países (Unikel et al. 2017).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos en México, del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de La Fuente Muñiz en la Ciudad de México llevada a cabo por Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco., Fleitz et al. (2003) Fue aplicada a hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad, en una muestra representativa de hogares, se utilizó el Composite International Diagnostic Interview (who, 1993) para recopilar la información sobre los diferentes diagnósticos; los resultados reportaron la presencia de BN “alguna vez en la vida” en 1.8% de las mujeres, mientras que en hombres fue de 0.6%. Se reportó asimismo una prevalencia en mujeres de 0.8% en el último año y de 0.5% en el último mes, sin casos en hombres. Tampoco se reportaron casos de AN.

Por otra parte Livianos & Rojo (2003), señalan que el 60% de los pacientes que acuden a la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) del INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en la Ciudad de México) inicia el padecimiento antes de los 16 años, 30.5% entre los 16 y los 20 años y el resto después de los 20 años, con un tiempo de evolución del padecimiento de 5.8 años en promedio, y con diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los hombres tienen un tiempo de evolución menor (4.6 años, DE=6.5) al de las mujeres (5.9 años, DE=6.5).

Datos provenientes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria (CTCA) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) refiere que al año se atiende un promedio de 2014 pacientes “de primera vez” (93% mujeres y 7% hombres) (Livianos & Rojo, 2003).

En el año 2005 se llevó a cabo la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, en la que participaron 3,005 mujeres y hombres de entre 12 y 17 años residentes en la Ciudad de México y áreas conurbadas. En esta encuesta también se aplicó el Composite International Diagnostic Interview (Who, 1993) y los datos mostraron una prevalencia de AN “alguna vez en la vida” de 0.4% en mujeres y 0.5% en hombres, y para BN una prevalencia de 1.4% en mujeres y 0.6% en hombres, sin diferencia estadísticamente significativa (Unikel et al. 2017).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012 por Gutiérrez, Rivera, Shamah, Villalpando, Franco, Cuevas et al. (2012) se aplicó un cuestionario llamado Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) que consta de ocho preguntas para evaluar las conductas alimentarias de riesgo durante los últimos tres meses en adolescentes de 10- a 19 años de edad. Cada pregunta tenía cuatro posibles respuestas: nunca =0, a veces =1, frecuentemente =2 (dos veces por semana) y muy frecuentemente =3 (más de dos veces por semana). La suma del puntaje se usó para identificar a los adolescentes en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos).

La proporción de adolescentes que participó en la ENSANUT 2012 y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino). Esta proporción fue medio punto porcentual más alta 0.9 y 0.4 puntos porcentuales para el sexo femenino y masculino, respectivamente) que la registrada en la ENSANUT 2006.

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las

adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%), en los varones la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%).

Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, los resultados reportaron que las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes que en los adolescentes.

En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que adolescentes de 10 a 13 años. Por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.

Un dato interesante en la medición de 2012 es que no se observan diferencias importantes en las prevalencias de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) entre los estudiantes de secundaria y preparatoria: 6.9% y 6.0%, respectivamente. En correspondencia con los datos obtenidos en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, la proporción de CAR entre mujeres y hombres es de aproximadamente 2 mujeres por cada hombre, 2:1.

Y de acuerdo a la ENSANUT 2012 el perfil demográfico de dichos pacientes señala una edad promedio de 21.5 años para las mujeres y de 19.5 años para los hombres, en su mayoría solteros, y 80.2% de los casos son de la Ciudad de México. La edad promedio de inicio del padecimiento es de 15.5 años, sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Como se puede observar, las cifras reportadas de los TCA específicamente la AN y la BN han aumentando con los años, por lo cual resulta sumamente importante prestar atención a los primeros signos de alarma y también cuando se detecta el trastorno atenderlo oportunamente para evitar el agravamiento y la cronicidad.

Si bien, resulta necesario conocer la epidemiología de los TCA en la población, tal como se vio anteriormente, pues ello da una idea de la relevancia de la enfermedad a nivel mundial y en el caso de México, pues los números siguen aumentando y esto si se habla de las personas que son diagnosticadas y acuden a las instituciones o participan en encuestas que recopilan este tipo de información; sin embargo el número de personas con estos trastornos debe ser incluso mayor pues no todos los casos son reportados, es así que la epidemiología si bien da un panorama de cómo está la situación respecto a estos padecimientos, se debe reconocer que también suele ser limitante debido a las propias condiciones de las personas que lo padecen.

Aunado a lo anterior resulta importante conocer quienes entonces son las y los que enferman y las causas para que una persona presente una alteración en su conducta alimentaria y porque otra persona aunque este expuesta no llega a enfermarse, esto lleva al siguiente punto a tratar, sobre qué factores resultan determinantes para el desarrollo de un TCA.

2.4 Factores determinantes en el desarrollo de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa

A pesar de que la incidencia en los casos de AN y BN se han incrementado como se vio en los datos epidemiológicos, es un hecho que no todas las personas aunque tengan factores de riesgo

para enfermar, van a padecerlos, lo que lleva a cuestionarse ¿por qué unas y unos sí y otras y otros no?

En los TCA existen una serie de factores que suelen presentar las personas que van a padecer un TCA, en primer lugar se encuentran los predisponentes, que son un cumulo de factores que predisponen a las personas para enfermar, otros son los precipitantes que se refieren a situaciones o condiciones que dan origen propiamente al TCA en un momento determinado, y finalmente se encuentran los perpetuantes o de mantenimiento los cuales una vez instaurado el TCA impiden a la persona poder recuperarse.

Factores predisponentes:

Dentro de los factores individuales o personales en las personas, se encuentra la vulnerabilidad genética y biológica: la cual es un factor predisponente de los TCA, pues hay una clara contribución genética tanto a la anorexia nervosa como a la bulimia nervosa. Asimismo se ha considerado la prevalencia de cierta predisposición genética por razones neurobioquímicas en donde mayormente las mujeres son susceptibles y si provienen de una madre con antecedentes de trastornos alimentarios tienen mayor probabilidad de padecerlos sin embargo, el hecho de tener un riesgo genético no significa que la persona sufrirá un TCA, pues existe la influencia de más características (Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz & Haemmerli, 2010).

1. Vulnerabilidad psicológica, Perpiña (2015) menciona que esta vulnerabilidad tiene parte de su expresión en el temperamento y en los rasgos de la personalidad. La AN y la BN tienen

una alta evitación al daño, es decir, son proclives a una respuesta de evitación conductual o emocional (inhibición, miedo, depresión) en situaciones que signifiquen incertidumbre; asimismo las personas proclives a la anorexia tienen dificultades en su autoaceptación y en fijarse y perseguir sus objetivos personales. En cambio una elevada búsqueda de sensaciones o de novedad es típica de las pacientes con bulimia, pero no de pacientes con anorexia.

2. Factores socioculturales: se ha insistido en que la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en lo social y cultural, principalmente porque la sociedad valora la imagen y corporalidad de las personas, volviéndose una obsesión la delgadez y la moda, por tanto ha repercutido en el incremento de jóvenes insatisfechos con su imagen corporal, además resultan influyentes los medios de comunicación que saturan a las audiencias con mensajes sobre la pérdida de peso. (Cruzat et al. 2010). Aunado a lo anterior Perpiñá (2015) menciona que las bromas, los comentarios críticos sobre el cuerpo o el peso, la forma de comer y los menús mal equilibrados en estas actitudes patológicas, son el caldo de cultivo de riesgo más próximo de las variables socioculturales.

3. Factores familiares: el papel de la familia en la patogénesis de estas enfermedades resulta influyente, pues la existencia de conflictos en sus miembros puede resultar un detonante en los TCA y si además hay desorganización y la familia es crítica, poco unida, exigente y rigurosa en sus normas o por el contrario sobreprotectora, esto puede intervenir en el desarrollo y/o mantenimiento del trastorno. (Cruzat et al. 2010).

Cabe resaltar que estos factores que predisponen a las personas a padecer un TCA son igual de importantes, sin embargo se le ha dado mayor relevancia a los factores socioculturales, ya que

estos dictaminan que figura y peso es el ideal a tener, lo cual resulta ser un factor de riesgo importante para que las personas tengan incomodidad e inconformidad con su imagen corporal.

La interiorización del modelo estético acerca del ideal de belleza actual, consiste en un cuerpo excesivamente delgado y con unas características físicas muy determinadas, que exigen un nivel de perfección prácticamente inalcanzable, lo cual puede provocar alteraciones alimentarias; este ideal de belleza generalmente es dirigido hacia las mujeres, sin embargo la tendencia a potenciar la musculatura como ideal de belleza masculino está generando TCA como la AN y la BN en ellos como en el caso de las mujeres; asimismo, realizar dietas restrictivas, poco variadas y nulas en nutrientes, es un factor predisponente en la aparición de un TCA, su seguimiento sin supervisión profesional desempeña un papel central en los problemas relacionados con la alimentación y el peso (López & Sánchez, 2010).

Es importante mencionar que una vez que estos factores predisponentes se encuentran presentes en las personas quedan susceptibles a desarrollar un TCA como la AN y la BN, si esto es así es cuando aparecen los factores precipitantes los cuales inducen a que el TCA aparezca.

Al respecto Baños & Montilla (2016) enumeran una serie de factores precipitantes en los TCA los cuales son:

1. Dificultades y eventos vitales adversos, en muchas ocasiones un TCA comienza en un contexto de cambio que demanda un mayor nivel de responsabilidad y madurez por parte de la persona. Asimismo los antecedentes de sobrepeso, cambios físicos de la pubertad, padecer alguna enfermedad, irse a vivir fuera de casa, haber sufrido críticas por el aspecto

físico; los problemas familiares e historias de familias haciendo dietas suelen ser también factores de riesgo en los TCA.

2. Insatisfacción corporal, la insatisfacción con el propio cuerpo favorece la realización de dieta, el cual es uno de los factores más consistentes y robustos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la patología alimentaria. Por otra parte, la presión sociocultural es uno de los factores que más aumenta el riesgo de insatisfacción corporal, la exposición a la delgadez ideal en los medios de comunicación se ha relacionado con la insatisfacción corporal.
3. Realización de dieta, se ha sugerido que su realización favorece la patología alimentaria, porque el propósito de llevarla a cabo, es modificar la apariencia física y sentirse bien, por lo cual la dieta es uno de los antecedentes más importantes que explica el desarrollo de un TCA a su vez los atracones se dan como consecuencia, ya que compensan los efectos de la privación calórica.

Perpiñá (2015) menciona que la presión social por controlar el peso y la ingesta se suelen convertir en el “ruido de fondo” a lo largo de todo el proceso. Asimismo, las conductas compensatorias que la persona lleva a cabo para controlar la ingesta alimentaria o deshacerse de lo que ha ingerido (ayunos, dietas, vómito, laxantes, enemas, diuréticos y ejercicio) hacen que se instauren con mayor fuerza los síntomas y no permitan que la persona tenga una alimentación adecuada y normal para su edad, peso y estatura, lo cual indiscutiblemente provoca que el TCA se agrave.

Respecto a los factores de mantenimiento Baños & Montilla (2016) menciona que son aquellos que explicarían la autoperpetuación del cuadro debido fundamentalmente a las consecuencias físicas y psicológicas del TCA, es decir son aquellos factores que hacen que el TCA se mantenga en el individuo, estos son:

1. Síntomas derivados de la inanición³ pues el mantenimiento de unas pautas alimentarias inadecuadas es el factor más importante para que el trastorno se mantenga en el tiempo. La dieta restrictiva produce una serie de cambios físicos y psicológicos que interfieren con el buen funcionamiento mental y corporal, asimismo el mantenimiento de dietas restrictivas en cantidad y variedad de alimentos, aumentan el riesgo de episodios de comida descontrolada.
2. Realización de actividad física excesiva, la realización de actividad física excesiva puede favorecer una mayor restricción en la dieta, a través de los efectos supresores del apetito y alentar una mayor atención hacia la apariencia, el peso y el desempeño.
3. Reacciones de la familia, las interacciones familiares pueden llegar a ser, en muchos casos, mantenedores de un TCA, pues la familia puede mantener el problema de diversas maneras, aceptando y permitiendo que los síntomas del trastorno dominen el funcionamiento familiar y teniendo reacciones emocionales negativas como sobreprotección, culpabilidad, enfado y vergüenza. También la angustia de los padres por

³ La inanición se refiere a la extrema debilidad física de una persona causada por la falta de alimentos, nutrientes, vitaminas y minerales.

sentirse culpables hacen que nieguen la existencia del problema, o minimicen la gravedad del mismo.

4. Insatisfacción corporal, este es otro factor que actúa como mantenedor de los TCA, ya que es la causa de que las personas sigan teniendo un férreo control de la comida, la figura y el peso, pensando que la única solución es seguir perdiendo peso para conseguir un cuerpo “perfecto”.

Es importante, además observar ciertas señales “de alarma”, que pudieran indicar que una persona está padeciendo de AN y BN, pues si se observa que además de tener ciertos factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes o mantenedores, la persona se comporta de cierta forma en cuanto a su actitud frente a la comida e imagen corporal es posible que este frente a un trastorno de la conducta alimentaria.

Algunas señales que hay que tomar en cuenta son el tener obsesión con el peso y apariencia física, temer subir de peso, brincarse comidas o ayunar de manera frecuente, estar permanentemente a dieta para bajar de peso, enojado (a), angustiado (a) o frustrado (a) asimismo, la persona suele pesarse de una forma frecuente, entre una o más veces al día, calcula las calorías y el peso de los alimentos que consume, fija una cantidad arbitraria de calorías y come de acuerdo con esa cantidad, independientemente de su hambre; evita comer con la familia y amigos, hace comentarios ofensivos o devaluatorios respecto a su persona, también suele mostrar enojo, o bien, contesta de manera desagradable, insiste en ser el o la mejor en todo lo que hace, tiene impulso de vomitar o vomita después de comer, corta la comida en pedazos pequeños y los distribuye en todo el plato (Gorab & Iñarritu, 2014).

Es así que, la combinación de estos factores predisponen a las personas a padecer un trastorno en su alimentación, sin embargo que se tenga una o varias señales no siempre indicará que va a padecerlo, pues en el desarrollo de un TCA como se vio, interfieren diversos factores, aunado también a los determinantes sociales de la salud de cada persona.

El contexto social donde se desarrollen, el tipo de familia que tengan, el acceso a instituciones de salud tienen que ver, además la personalidad de la persona influye, así como sus herramientas para hacer frente a la presión social para estar delgada o delgado, el entorno familiar tiene un gran protagonismo, pues si la persona tiene una familia comprensiva que la oriente y ayude es más probable que el sistema familiar se percate de que algo no está bien con el integrante que presenta conductas riesgosas en su alimentación y entonces busquen ayuda profesional antes de que se instaure gravemente el trastorno, o por el contrario si se encuentra en un núcleo familiar desorganizado, con problemáticas y/o caótico y que además le da demasiada importancia al peso, alimentación y figura será entonces la persona más vulnerable a enfermar.

Ahora bien, aunque estos trastornos no obedecen género, es bien sabido y como lo demostraron los datos epidemiológicos que su mayor incidencia se da en mujeres generalmente jóvenes, pero los hombres también se han sumado a estas pautas de belleza, adelgazamiento y moldeamiento del cuerpo, por lo cual también pueden enfermar de AN y BN, sin embargo esta población ha sido menos visible, lo cual lleva al siguiente apartado en el cual surge la pregunta sobre las particularidades de los TCA de hombres y mujeres.

2.5 Anorexia nervosa y bulimia nervosa en la mujer y en el hombre

En la literatura de los TCA, se han descrito las causas, sintomatología, diagnóstico y consecuencias de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa y claramente como se vio en apartados anteriores la epidemiología ha sido detectada principalmente en mujeres, esto debido a los motivos ya descritos como la exigencia y presión social por la delgadez y moda, sin embargo los hombres suelen también ser presa de la presión mediática y social por mantenerse en buena forma.

Aunque la tendencia masculina del cuidado corporal suele estar más asociada a prácticas deportivas y al desarrollo de la musculatura, lo cual trae como consecuencia que estos padezcan más de vigorexia⁴ que de un trastorno asociado a la alimentación como lo es la anorexia y la bulimia, ya que socialmente a los hombres se les ha exigido tener más fuerza y destreza, que el estar con un peso bajo como en el caso de las mujeres. Lo cual, trae como consecuencia que estos trastornos sean más frecuentes en ellas y por ende más estudiados en la población femenina (Gorab & Iñarritu, 2014).

Sin embargo, a pesar de que la incidencia en hombres es menor, no quiere decir que no se manifiesten estos TCA en ellos, y por ello se debe hacer visible la forma en que esto les afecta en su vida, ya que al ser una enfermedad relacionada con lo femenino, suelen existir ciertos

⁴ La vigorexia, también llamada *Dismorfia muscular*, es un trastorno psicológico con distorsión de la imagen corporal que la padecen principalmente los varones, quienes presentan una preocupación obsesiva por su musculatura, al grado de que se ve afectado de manera importante su funcionamiento social y laboral, ya que suelen pasar muchas horas en el gimnasio realizando ejercicio excesivo. (Gorab & Iñarritu, 2014, P. 49)

estereotipos y estigmas los cuales se verán con más detalle en el siguiente apartado; ahora bien se rescataran las particularidades de la AN y la BN en mujeres y hombres.

Respecto a los hombres Faus (2016), menciona que existen teorías acerca de la menor incidencia de TCA en los varones, una de las explicaciones podría estar relacionada con las variables socioculturales, pues a estas se les ha dado un gran peso respecto a la causa de los TCA, la explicación sería que los hombres están menos sometidos a las presiones socioculturales y a la influencia de los medios de comunicación, aunque no hay que descartar posibles condicionantes genéticos o biológicos como en el caso de las mujeres.

Aunque en la actualidad realmente los factores socioculturales ya no suelen afectar solamente a las mujeres, sino a ambos sexos, lo cual hace que estos también se sientan insatisfechos e incómodos con su imagen corporal, pero la diferencia esta entonces en el aspecto en el que tanto hombres como mujeres se centran, por ejemplo como mencionan Toro, Walters & Sánchez (2012), las mujeres con TCA suelen sentirse más insatisfechas con la parte inferior de sus cuerpos mientras que los hombres tienden a sentirse insatisfechos con la parte superior.

Respecto a los métodos del control de peso como la dieta restrictiva, suelen ser utilizados con distinto fin, en el caso de los varones la utilizan como un medio para conseguir un fin, mientras que las mujeres la usan como una práctica social y ven la pérdida de peso como el objetivo en sí mismo. Las razones de los hombres para realizar una dieta son muchas veces diferentes a las de las mujeres e incluyen la evitación de burlas en relación con la obesidad, la mejora en el

rendimiento deportivo, la evitación de complicaciones médicas relacionadas con el peso y la mejora de las relaciones homosexuales (Faus, 2016).

Al respecto, es necesario señalar que los TCA en los hombres han estado altamente relacionados con la orientación sexual y para explicar esta asociación, Faus (2016) menciona que los homosexuales generalmente están bajo más presión para estar delgados, por lo tanto están más insatisfechos con su cuerpo y son más propensos a realizar dietas, por ende, los varones homosexuales estarían más preocupados por su aspecto físico con el fin de agradar y atraer a una potencial pareja, cosa que no sucede con las mujeres homosexuales y los hombres heterosexuales.

Al respecto Crispo, Figueroa, & Guelar (2011) argumentan que generalmente la sociedad no suele ponerle tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto al cuidado de su apariencia física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren, en cambio en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino.

Si bien, ser homosexual no es un factor determinante en la causa de que un hombre padezca de AN o BN, pero generalmente las exigencias de tener un físico atractivo suelen predominar en la homosexualidad, con el fin de ser admirado y gustarle a los demás, lo que claramente también puede notarse en una mujer, que busca está misma aprobación de ser admirada y gustar. Mucho tiene que ver, como se verá más adelante, en la construcción social que se ha hecho alrededor de los ideales masculinos y femeninos.

Otro factor en relación a la aparición de los TCA no solo en hombres sino también en las mujeres es haber tenido una historia de obesidad, como menciona Faus (2016), en comparación

con las mujeres los varones con TCA tienden a tener niveles más altos de problemas de peso previos a la aparición de un trastorno alimentario, con pesos más por encima del ideal que en el caso de las mujeres que han desarrollado el trastorno de alimentación. Por ello se ha mencionado, que el caso de los hombres la obesidad era más factible, más real y en el caso de las mujeres era más una distorsión e insatisfacción con la imagen corporal.

Siguiendo a Crispo et al. (2011) es poco frecuente que los hombres con TCA como la AN y la BN busquen el objetivo de obtener un peso determinado o achicar el talle de la ropa que usan o “entrar” en un pantalón a diferencia de las mujeres, las cuales persiguen esos objetivos principalmente. Más bien, suelen relatar que todo comenzó por querer modificar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones.

Aunado a lo anterior Livianos & Rojo (2003) mencionan que cuando se trata de evaluar el cuerpo ideal, hombres y mujeres no coinciden y muestran divergencias en sus percepciones y preferencias. Ya que los hombres prefieren tener musculatura y las mujeres tener un bajo peso.

A pesar de que la literatura sobre los TCA en hombres y mujeres argumente que los ideales y objetivos que cada sexo persigue referente al aspecto físico son diferentes y los haga ver como una decisión personal respecto a las preferencias sobre la imagen corporal, es innegable que esto tiene que ver con el contexto social, educación y familia en donde se desenvuelven y se desarrollan y los ideales y creencias con las que se han formado y crecido, es así que ambos sexos van aprendiendo e integrando ciertos estereotipos sociales respecto a su género y al género

contrario, lo cual repercute en su forma de ver el mundo y sus ideales respecto al peso y forma del cuerpo.

Para ejemplificar de una forma más clara lo anterior y en relación a la AN y la BN en hombres y mujeres, se señalan brevemente algunos de los estereotipos sociales más comunes respecto a cada género y cómo repercute en la forma en que se presenta el TCA; así como los estereotipos y estigmas que tiene la sociedad y la familia respecto a ello, pues al ser consideradas enfermedades femeninas, el padecimiento puede llegar a subestimarse en los hombres y normalizarse en las mujeres.

2.6 Estereotipos sociales en hombres y mujeres y el estigma de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa

Los estereotipos sociales en hombres y mujeres vistos desde el género se han visualizado como aquellas prácticas sociales que se le atribuyen a hombres y mujeres (roles y estereotipos de género) es decir, lo que la sociedad, familia, amigos, pareja etc. Esperaría de uno u otro sexo.

En primer lugar, es necesario mencionar que la perspectiva de género según Chávez (2004), surge como una categoría de análisis para el estudio de las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y las mujeres, es decir, lo que identifica lo femenino y masculino. Siguiendo con la autora, nos indica que el género se entiende como una construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias y representaciones que generan las culturas a partir de las diferencias sexuales, las cuales determinan los papeles de lo masculino y lo femenino.

Por otra parte, Infante (2004) menciona que el sexo parte de las características anatómico-fisiológicas (con base a la diferencia de los órganos genitales y reproductivos), mientras que el género es una construcción social y la dimensión de género entonces pretende conocer cuáles son las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres en sí mismos y entre ambos. Esto se relaciona con que una persona nazca como mujer o como hombre, lo que provoca que la sociedad y la familia determinen cómo deben sentir, qué pueden expresar o qué no de acuerdo a su sexo. Lo cual lleva a visualizar que existen los estereotipos de género.

Y estas concepciones estereotipadas del género según Mosteiro (2010), son interiorizadas por los sujetos en el proceso de socialización donde tiene un papel primordial la socialización primaria es decir, el ámbito familiar y la socialización secundaria como el ámbito educativo. Es decir, desde que se nace se comienza a crecer en el seno de una familia a la vez que se acude a instancias educativas en donde se van dando los procesos de socialización y por tanto de aprendizaje, de los roles y estereotipos de género.

Por lo tanto los estereotipos más comunes en el caso de las mujeres son:

1. Los juguetes que generalmente se les compran a las niñas refuerzan o apoyan la idea preconcebida sobre la feminidad, y se caracterizan por ser juguetes que propician o promueven el juego de roles, de interacción, la pasividad, el cuidado de otros y el trato delicado, es por ello que a través de los juegos como el té, las muñecas, jugar a la maestra o enfermera, ir al ballet etc. Son tareas que en conjunto conllevan al desarrollo de características tales como ser delicadas, cuidadosas, poco agresivas y tiernas (Rocha & Díaz, 2014).

2. En la etapa de la adolescencia donde se produce la búsqueda de identidad sexual y de género, los padres y madres suelen adoptar un rol de proteccionismo respecto a sus hijas tratando de ejercer un mayor control a lo que se refiere a salidas, horarios y amistades, que con sus hijos a quienes se les concede una mayor libertad (Mosteiro, 2010).
3. Se ha considerado que las mujeres deben ser sumisas y dependientes, centradas en las emociones y en las relaciones, asimismo las conductas esperadas de las mujeres serían, el trabajo doméstico y estar al servicio de los otros (Rocha & Díaz, 2014).
4. Otro de los estereotipos sociales que han sido asignados a la mujer es que sueñan con el matrimonio y la maternidad, pues según la justificación la maternidad encuentra su origen natural en el hecho de que la mujer es maternal por esencia, la niña quiere dar primero afecto y más tarde cuando haya crecido vida, por lo cual su vida toma sentido y se define a través del cuidado de los otros, también el tabú de la mujer sin hijos sigue estando muy presente (Albin, 2007).
5. Un estereotipo social que se ha impuesto duramente en las mujeres, es el de la delgadez, por consiguiente la moda y los medios de comunicación en conjunto muestran imágenes que influyen en las representaciones sociales, es decir sobre las ideas que la sociedad se hace acerca de la mujer; la imagen de la mujer ideal según los medios y los estereotipos pasa por la adquisición de modelos valorizados y de códigos significantes: el vestido, el peinado, el maquillaje, el perfume, la ropa interior, pues la moda y la belleza son temas que “conciernen a la mujer seductora” y pareja del hombre (Cudicio & Cudicio, 2002).

Respecto a los estereotipos más comunes en el caso de los hombres son:

1. Los juguetes que generalmente se le suelen comprar a los niños refuerzan o fortalecen la idea concebida sobre la masculinidad, en general suelen ser juguetes que se caracterizan por promover una mayor actividad física, rudeza y fuerza. Como por ejemplo, pelotas, carros de bombero, construcción o bien muñecos de guerra. Y difícilmente puede observarse a un niño al que se le permita jugar con una muñeca, pues esto constituye una amenaza a su identidad y a su orientación sexual (Rocha & Díaz, 2014).
2. El ser hombre se ha asociado con ser protector y responsable de la familia, proveedor, cabeza del hogar, estabilidad del hogar, principal cuidador de la pareja y ser el fuerte en la relación, quien toma las decisiones, tener control y ser la autoridad en la familia (Rocha & Díaz, 2014).
3. En cuanto a los rasgos de personalidad que socialmente se esperan de los hombres son ser responsables, fuertes, inteligentes, fuertes emocionalmente, dominantes, capaces, impulsivos, triunfadores, independientes, cariñosos, racionales, valientes, infieles, comprometidos, arriesgados, atrevidos y calculadores (Rocha & Díaz, 2014).
4. Hay prácticas que se le han atribuido a los hombres tales como el probar constantemente su masculinidad y virilidad a través de demostrar poder no solo a los de su mismo sexo sino a la mujer, lo cual suele tener su origen en la crianza que reciben desde niños aunado a las grandes expectativas que la familia y la sociedad tiene sobre ellos, además de las constantes críticas y bombardeos hacia probar su sexualidad, pues si no lo hace o no demuestra tener la capacidad de estar con múltiples mujeres se le juzga socialmente (Rocha & Díaz, 2014).

5. Respecto a los estereotipos atribuidos a los hombres en cuanto a la forma del cuerpo, el ideal es tener un cuerpo musculado, el cual está estrechamente vinculado a un rol sexual que promulga ser poderoso, fuerte y eficaz, a la vez que parece ser un intento de restaurar los sentimientos de autocontrol y valor. Generalmente es más común que debido a esta necesidad de estar musculado se relacione con otro trastorno de la imagen corporal (vigorexia) y no con un trastorno de la conducta alimentaria como la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. (Faus, 2016).

Como se puede apreciar estos estereotipos sociales atribuidos a mujeres y hombres, suelen estar vinculados a cuestiones de índole social, pues se relacionan con creencias que han sido reproducidas por las familias que van criando y educando bajo estos ideales a los niños y las niñas, lo cual repercute en sus formas de ser.

Respecto al tema de los TCA como se describió, en las mujeres está más presente el ideal de delgadez por lo cual también puede ser más esperado que presenten conductas anómalas en la alimentación es decir un TCA como la AN y la BN, en cambio los hombres según lo expuesto anteriormente, las presiones socio-culturales son diferentes y menores en ellos, sin embargo, esto no quiere decir que no puedan desarrollar AN y BN; lo cual lleva a visualizar el tema del estigma que suelen tener los TCA; aunado está el estigma de padecer una enfermedad relacionada con la salud mental pues suele tener cierto tabú en la sociedad y también el tener una enfermedad relacionada con la alimentación puede parecer absurda, pues se cree que la persona enferma es indiscutiblemente la responsable de lo que le sucede y por lo tanto, en ella o en él está la decisión de curarse, pero nada más alejado de la realidad que eso, pues la persona que se encuentra

atrapada en un TCA, tiene nublada su forma de ver la problemática en donde no solamente intervienen sus ganas de curarse, pues la enfermedad va más allá de simple voluntad.

En torno al tema del estigma se abordan algunas cuestiones a cargo de Aretio (2009), esto con la finalidad de contextualizar a que se refiere el estigma en las enfermedades mentales, posteriormente el estigma en los TCA, esto tiene el propósito de visualizar como las personas con AN y BN se encuentran estigmatizadas y poco comprendidas a nivel social y familiar aunado a los estereotipos sociales de género que han venido portando, lo cual puede repercutir en sentimientos de culpabilidad hacia su padecimiento, además con ello se pretende visualizar de una forma más clara la relación tan estrecha que suelen tener los TCA con las cuestiones sociales, no solo en su incidencia sino también en la incomprensión que suelen tener en la sociedad.

Aretio (2009) menciona que la enfermedad mental todavía lleva emparejada consigo un alto estigma social que produce rechazo y discriminación tanto de las personas que tienen este tipo de enfermedad, como de sus familiares y personas allegadas y a pesar de los avances realizados en el manejo de estas enfermedades y la mejoría lograda en la calidad de vida de quienes se ven afectados, el estigma que rodea a las enfermedades mentales desde hace siglos no sólo parece disminuir sino que, incluso en ciertos contextos parece tener un mayor aumento.

Retomando a Goffman (1995) en sus aportaciones sobre el estigma se puede rescatar que el estigma es una situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social, la sociedad por lo tanto establece los medios para categorizar a las personas. Asimismo, el estigma hace

referencia a un atributo profundamente desacreditador que estigma al poseedor y puede confirmar la normalidad del otro que estigmatiza.

Continuando con Aretio (2009) el estigma por lo tanto tiene atributos profundamente desacreditadores, hace menos “apetecible” a la persona en cuestión y pasa a convertirse en el rasgo central de su personalidad, ocultando o minimizando el resto de sus atributos; en muchas ocasiones por ejemplo el estigma llega a acaparar la totalidad de la identidad. En el caso de las enfermedades mentales, la persona pasa a ser por ejemplo, solo una esquizofrénica lo cual supone cierta deshumanización de la persona que porta el estigma.

Aquí la autora, pone el ejemplo de una persona con la enfermedad mental de la esquizofrenia, pero trasladando este ejemplo a la AN y la BN, la persona en cuestión con estos trastornos pasa a ser etiquetada socialmente como la anoréxica, la bulímica, o el anoréxico o bulímico, la/el que no come, la/el que vomita o tira la comida.

También es necesario resaltar que la persona estigmatizada asiste a un proceso dual, es decir por un lado es consciente de que su personalidad abarca muchos más atributos que los que los que forman parte de su estigma, pero por el otro lado debido a la propia socialización tiene interiorizadas las mismas creencias estigmatizadoras; por ello reconoce que no es aceptada socialmente en igualdad de condiciones, asumiendo entonces que es “diferente”. Lo cual la lleva a mantener una actitud en alerta permanente frente al atributo estigmatizador. Que pasa a convertirse en un rasgo central de su personalidad y los esfuerzos por ocultarlo o corregirlo en parte de su identidad (Aretio, 2009).

Por ejemplo, en el caso de la AN y la BN las personas no suelen hablar abiertamente acerca de su trastorno ni lo que les pasa, sobre todo en la familia y en grupos donde lleven a cabo diversas actividades como la escuela, amistades, deportes, etc. sin embargo, en este tipo de patologías alimentarias suele buscarse la aceptación de otros en sus mismas condiciones ya que saben que socialmente sus comportamientos no son aceptados, es por eso que buscan grupos con las mismas características que ellos los denominados grupos Ana y Mia⁵.

Ahora bien continuando con Aretio (2009) una de las consecuencias que tiene el estigma en las enfermedades mentales es que propician a que las personas afectadas no quieran acudir a los servicios específicos para abordar la enfermedad, por el temor a la colocación de la etiqueta “enfermo mental”. Lo que contribuye claramente a un agravamiento de la enfermedad, asimismo hay que resaltar que la desigual consideración que estas enfermedades mentales tienen respecto a otras en el conjunto del sistema sanitario influye en la inferior asignación de recursos para su tratamiento, así como cierto desprestigio de los profesionales vinculados a ellas en comparación con otros problemas de salud.

Ahora bien, respecto al estigma propiamente en los trastornos de la conducta alimentaria en las aportaciones de Doley, Hart, Stukas, Petrovic, Bouguettaya & Paxton (2017) mencionan que el estigma es un problema para los individuos con un TCA lo que constituye una barrera para

⁵ Son grupos que promueven la existencia de los trastornos de la conducta alimentaria, en ellos las personas comparten sintomatología e historias de vida parecidas y tratan de “animarse” y apoyarse pero generalmente a continuar en la enfermedad, pues se sienten incomprendidos ante la sociedad y por eso buscan apoyo en comunidades que vivan lo mismo que ellos, lo cual les da aceptación y los hace sentirse menos solos con su enfermedad al mismo tiempo que justifican su existencia.

divulgar el problema y buscar ayuda, asimismo el estigma que sufren los grupos con trastornos de la conducta alimentaria es muy común, sin embargo a diferencia de otras personas con trastornos mentales diferentes, las personas que sufren un TCA no suelen ver el peligro de la enfermedad pero frecuentemente son considerados como personalmente responsables y culpables por su condición, además suelen verse ante la sociedad como personas con una personalidad débil al no hacer frente a las presiones referentes a la imagen corporal, en concordancia con lo anterior es muy común que entonces tomen la decisión de aislarse lo más posible socialmente, pues se sienten incomprendidos respecto a la problemática presentada.

Además de que los estigmas respecto a los TCA suelen venir de la sociedad, también las madres, padres y demás familiares que conviven con una persona con este tipo de problemáticas suelen tener ciertas creencias erróneas respecto a la enfermedad, que de acuerdo a Treasure, Gráinne & Crane (2011) son:

- “Los padres (y en particular las madres son los responsables de que su hija/o tenga un trastorno alimentario”.
- “Las personas que tienen un trastorno alimentario eligen tener la enfermedad. Quieren estar enfermos, quieren morir o no quieren crecer”.
- “Las personas que tienen un trastorno alimentario lo hacen para castigar a sus padres o a la persona con la que conviven”.
- “Las familias entre cuyos miembros figura un miembro aquejado de un trastorno alimentario, necesitan terapia”.

- “Los trastornos de alimentación tienen que ver exclusivamente con la vanidad y las pretensiones de ser modelo”.
- “Es simplemente otra forma más de llamar la atención y de rebeldía propias de la adolescencia”.
- “Es algo que se supera con la edad, es una fase pasajera”:
- “La persona se cura totalmente después de un período de ingreso y tratamiento hospitalario”.
- “Tenemos que hacer todo lo que esté en nuestras manos para agradar y complacer al enfermo”.
- “El hospital y el equipo de tratamiento pueden curar todos los casos”.
- “Tiene que ver exclusivamente con la alimentación”.

Aunado a las creencias erróneas anteriores y continuando con Doley et al. (2017) rescata algo importante respecto al estigma de las personas con TCA, pues la sociedad tiene la creencia de que contrario a otro tipo de enfermedades mentales, los trastornos en la alimentación son menos graves y se pueden controlar fácilmente, es decir, que si las personas vuelven a comer y/o dejan de provocarse el vómito se curan lo cual no es así, ya que debido al miedo que tienen las personas con un TCA a ser estigmatizados suelen poner una barrera en la búsqueda de un tratamiento, asimismo el estigma también puede evitar que las personas quienes lo sufren lo divulguen o confiesen a su familia y amigos, en cambio pueden mejor buscar ayuda y apoyo con grupos que también sufren un TCA.

Como se mencionaba con anterioridad, las personas con AN y BN suelen entenderse más con aquellas que son empáticas con su condición, por lo cual buscan ayuda y comprensión fuera de su familia y relaciones cercanas, además del estigma que las personas con estos trastornos sufren se encuentra el miedo a que descubran las cosas que realizan para bajar de peso pues saben que si son descubiertos los vigilarán, o los llevaran a un tratamiento. Y las personas con AN y BN generalmente son renuentes al cambio y a dejar sus patologías alimentarias, pues les da pavor engordar y salirse de control respecto a su alimentación, por ello prefieren no hablar sobre lo que les sucede con personas que no comparten sus mismos comportamientos e ideales, además de que saben que serán juzgados y juzgadas y no tienen la aprobación para continuar destruyendo su organismo, mente y salud en general.

Asimismo, estos estigmas acerca de los TCA son generales, pero también como se ha mencionado suelen ser más esperados y comunes en las mujeres, pues se les relaciona con la vanidad, la moda y que tienen que ser de un talle más pequeño que los hombres, sin embargo aunque es menor la incidencia de los hombres en estos padecimientos también se presentan en ellos y esto suele ser incluso más estigmatizador, pues como se vio se relacionan con la homosexualidad y no necesariamente todos los hombres con AN y BN son homosexuales, además de que suelen verse como hombres débiles de carácter y vanidosos lo cual genera como consecuencia que sean más renuentes a hablar sobre la problemática y buscar ayuda.

Ahora bien, tal es la gravedad de la AN y la BN y son tantos los estigmas que se tienen respecto a un TCA, que en ocasiones suele creerse que estos no generan consecuencias graves y que no necesitan de un tratamiento especializado, pues la solución está en las manos de aquellos

que lo padecen, pero desgraciadamente la problemática no es sencilla y si necesita de un tratamiento multidisciplinar, lo cual se verá a continuación, esto con la finalidad de contextualizar que consecuencias genera la AN y la BN y como impactan principalmente en la familia y el peligro que supone no recibir un tratamiento, lo cual también será ejemplificado más adelante con los casos tomados en cuenta para la presente investigación.

2.7 Consecuencias y tratamiento de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa

Una de las razones por las cuales es importante traer a discusión las consecuencias y tratamiento de la AN y la BN es por lo preocupante del aumento y consecuencias que suelen dejar en la vida de las personas y también por la estrecha relación que guardan con la familia, el cual es el tema de estudio de esta investigación. Si bien, aunque la persona que padece estos trastornos es la que sufre una batalla interna día a día con su mente y su cuerpo, no es la única que sufre los estragos de la enfermedad, pues la familia al ser partícipe de la cotidianidad de la persona sufre al igual que él o ella intentando ayudar; además del deterioro de las relaciones sociales y familiares, son innegables las terribles consecuencias físicas y psicológicas que sufren las personas con AN y BN algunas irreversibles, y lo más crítico y preocupante de la situación además de la cronicidad, es el peligro de muerte, porque no todas las personas tienen la fortuna de poder atenderse en una institución especializada, otros y otras por el temor y miedo que les provoca engordar no hablan nunca acerca de su problema o no lo ven como problema sino como un estilo de vida y como una forma de alcanzar el adelgazamiento, aunado a los estigmas que se vieron anteriormente.

Es importante entonces, conocer a que daños se enfrentan las personas a nivel físico, mental y social, por lo cual a continuación se realiza una breve recopilación de las principales consecuencias que suelen dejar la anorexia nervosa y bulimia nervosa y los principales tratamientos a seguir para su posible recuperación.

Lo primero a tomar en cuenta es observar la conducta de las personas con AN y BN pues estos comportamientos son los que generan las consecuencias, Raush (2002) menciona que la cantidad de alimentos es notablemente reducida, hay ayunos constantes o dietas estrictas, aparecen nuevos hábitos alimentarios, existen excusas para evitar situaciones sociales que incluyan comida; las personas al estar perdiendo peso y querer ocultarlo y debido a que tienen pocas calorías en el cuerpo se visten con capas superpuestas de ropa para ocultar el adelgazamiento y/o protegerse del frío; otro tipo de comportamientos incluyen el comer a escondidas exageradamente y después realizar ayunos o dietas, ir al baño frecuentemente después de comer y hacer correr el agua o poner música para que no se les escuche vomitar, suelen consumir laxantes y/o diuréticos, pueden practicar una actividad física de forma constante y exagerada y en ocasiones a escondidas (gimnasia, caminatas, subir escaleras, etc.).

En la actitud y emociones de la persona también se ven reflejadas las consecuencias la AN y BN, pues suelen estar irritables, con cambios de humor repentinos, hay retracción social (aislamiento), tristeza, pensamientos constantes sobre comida y peso, mayor dificultad para poder concentrarse, perfeccionismo, dudas acerca de la capacidad personal, autovaloración buena o mala (depende de lo que haya comido en el día) y una gran distorsión de la imagen corporal (se

perciben gordas y gordos a pesar de la delgadez evidente) y hay angustia y nerviosismo después de haber comido (Rausch, 2002).

Aunado a las emociones Perpiñá (2015), menciona que la relación entre emoción-ingesta es muy importante, pues es habitual por ejemplo, que las emociones negativas inicien los episodios de atracones y una vez que el atracón termina la persona puede referir experimentar un sentimiento positivo temporal e inmediato, puede sentir alivio por mitigar la ansiedad, la tristeza, la ira o el hambre. Pero este efecto se reemplaza pronto por vergüenza, culpa y disgusto; la depresión y la auto-denigración pueden surgir por sentirse incapaz de parar y la ansiedad surge por el temor a ganar peso, esto generalmente es más habitual en la bulimia, en el caso de la anorexia emerge un sentimiento de orgullo de sus logros sobre su cuerpo, hay problemas de interacción social, pues las relaciones interpersonales siempre están alteradas de una manera u otra es por ello que la conflictividad familiar tras el trastorno, suele ser la norma, muestran además a la familia y otras personas mucha desconfianza de la información que le proporcionan los demás sobre su aspecto y sobre qué han de comer.

A nivel corporal existen varios signos visibles como el deterioro físico de la persona, por lo general tiene un aspecto facial “marchito” con un color de piel blanco-grisáceo o a veces amarillento, las uñas se vuelven quebradizas, y la piel de todo el cuerpo está seca y agrietada, a menudo, también se seca el cabello, pierde brillo y se cae abundantemente (Cervera, 2005). Cuando se llevan a cabo vómitos hay aumento de las glándulas parótidas (ubicadas detrás del maxilar) las cuales producen hinchazón en la cara, hay quejas de sentirse débil o con cansancio, dolor de garganta y estómago, sangrado o irritación gástrica y esofágica, anormalidades del

intestino grueso, puede haber diarrea debido al abuso de laxantes o por haber mezclado alimentos que producen intolerancia, deterioro en los dientes, irregularidades menstruales en las mujeres y notables variaciones de peso, erosiones y callosidades en el dorso de la mano que utiliza para provocarse vómitos, además suelen presentar trastornos del sueño como dificultad para dormir y estar cansados durante el día, se miran exageradamente al espejo y se prueban ropa de forma incansable, buscando tallas cada vez más pequeñas, se pesan con frecuencia y hablan mucho sobre comida y calorías, (Rausch, 2002).

Como se ha visto las consecuencias de padecer un trastorno de la conducta alimentaria no son pocas, y muchas de ellas son irreversibles pues causan un deterioro severo al organismo que en ocasiones le es imposible recuperarse, otras consecuencias son reversibles una vez que la persona adopte hábitos alimentarios saludables y reciba un tratamiento.

Lo que lleva al siguiente punto a tratar sobre que tratamientos son los que regularmente debe seguir una persona que padece anorexia nervosa o bulimia nervosa. Al respecto Gorab & Iñarritu (2014), señalan que el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria es complejo, y por ello se necesita de un equipo multidisciplinario que trate a la persona, además de que en el tratamiento intervienen distintas variables.

De acuerdo a Tejedor, García, Franco, Juarros & Ballesteros (2016) los principios generales en los tratamientos de un TCA son:

- Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable (de acuerdo al sexo y edad).

- Tratar las complicaciones físicas.
- Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos.
- Modificar/mejorar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia del trastorno (pensamiento, actitudes, sentimientos y conductas inadecuadas.) así como incrementar el peso, reducir/eliminar los atracones y las purgas.

De una forma más especializada los tratamientos de los TCA en este caso la AN y la BN se llevan a cabo de formas diferentes, como se vio anteriormente primero hay que centrarse en las consecuencias generales e inmediatas que genera el trastorno, esto principalmente porque muchas veces corre peligro la vida de la persona a causa del deterioro físico, consecuentemente hay que tratar otras áreas que involucra el trastorno como lo conductual, emocional y social.

En lo que respecta al tratamiento psicológico y conductual Tejedor et al. (2016) Menciona que su objetivo tiene que enfocarse en conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño del cuerpo, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene para la persona y la comida deje de ser la respuesta casi universal ante todos los retos que plantea la vida (regulación del estado de ánimo, identidad, estabilidad familiar). Sin embargo, las intervenciones psicoterapéuticas deben proponerse en los periodos más graves de la enfermedad, cuando el tratamiento de las complicaciones médicas y la restauración ponderal es lo primordial y las personas se muestran muy reacias a colaborar en su curación.

En el caso del tratamiento enfocado en lo cognitivo-conductual de acuerdo a Tejedor et al. (2016), se recomienda en casos específicos cuando hay negativismo, actitudes manipuladoras por parte de la persona con el TCA, no hay un seguimiento al tratamiento y normas hospitalarias si fuera el caso. Este programa tiene los siguientes objetivos:

- Autocontrol de la conducta alimentaria, se debe incrementar la autoconciencia y que permita discriminar sensaciones corporales, cogniciones y emociones. Patrón de ingesta inadecuado.
- Consecución de un peso corporal estable. Disminuir la ansiedad ante la comida y el aumento de peso. Incrementar la motivación de los pacientes para mejorar.
- Detectar las distorsiones cognitivas que iniciaron y mantuvieron la enfermedad y sustituirlas por pensamientos más realistas, incrementar la motivación de los pacientes a mejorar.
- Disminuir la distorsión de la imagen corporal.
- Ruptura de los ciclos dieta restrictiva-atracones-vómitos (y/o laxantes).
- Mejoría de: estado de ánimo, autoestima, estilo cognitivo, relaciones sociales y familiares y estrategias de afrontamiento a situaciones cotidianas.
- Modificación del estilo de vida, fomentar la autonomía y la toma de decisiones con actividades que fomenten las relaciones interpersonales y sociales.
- Prevención de recaídas, preparación para el alta hospitalaria si es el caso, ya que debe mantener el peso y hábitos aprendidos.

Esto es lo principal que se lleva a cabo en el caso de la terapia psicológica donde se trabaja con el paciente y donde debe comprometerse a su proceso de recuperación, pero si la persona no responde a este tratamiento entonces se tomaría en cuenta la hospitalización, al respecto, Gorab & Iñarritu (2014), mencionan que la hospitalización resulta necesaria si, hay un importante estado de desnutrición con una disminución del peso por debajo del 85% del ideal y que la persona no responda al tratamiento ambulatorio razonable, si la persona además presenta alteraciones severas en la frecuencia cardiaca y disminución del potasio en la sangre, déficit neurológico, restricción calórica severa con menos de 500 kcal. Por día e imposibilidad de ganar peso en el manejo ambulatorio.

Aunque también se reconoce que estas medidas de hospitalización, son de ayuda cuando la vida de la persona corre peligro o se encuentra en un ambiente familiar que no le permite recuperarse de manera adecuada, sin embargo también se reconoce que al aislar a la persona se desnaturaliza su ambiente cotidiano y se le da a entender que es la única o único responsable de la situación que está viviendo y por ello debe ser hospitalizado, además de que la hospitalización muchas veces es privada por lo cual tiene elevados costos que muchas personas no pueden pagar.

Otro punto importante a destacar respecto al tratamiento a seguir es el papel de la familia, donde esta tiene que intervenir en la sanación no solo de la persona con TCA sino de todo su sistema familiar, por lo cual también se recomienda una terapia de familia y trabajar en sí con todos los miembros ya que esto es esencial para el programa de tratamiento por lo que se debe conseguir su cooperación, evaluando su idea de la enfermedad y sus actitudes, temores o expectativas, esto es a través de la psicoeducación de la persona con AN y BN y la familia,

donde se les debe informar y entrenar sobre la resolución de problemas y como deben manejarse ante situaciones específicas como la sintomatología y las recaídas. (Tejedor et al. 2016).

Es por ello que Sánchez & Grau (2016) mencionan que se debe trabajar con la familia, en donde la intervención debe orientarse a alterar los patrones de interacción familiar en los que el síntoma cobraba sentido. Por ello a través de esta psicoeducación familiar se debe informar a la familia sobre los objetivos y procedimientos de intervención, siempre que sea posible se debe incluir a la familia para que progresivamente vaya teniendo un papel activo en la recuperación de la persona y posteriormente tenga las bases necesarias para mantener esos nuevos aprendizajes en familia respecto al TCA y se pueda dar un seguimiento adecuado.

En relación al tema del tratamiento y la psicoeducación que tiene que recibir la familia se debe contemplar la parte social, pues una vez que se restaure el estado físico a la par que se trabaja con el emocional, hay que estar preparados para que la persona se reinserte a su contexto social cotidiano esto a través de la inclusión psicosocial.

Sánchez & Grau (2006) argumentan que para llevar a cabo un adecuado plan individualizado de tratamiento se deben conocer y tomar en cuenta aquellos aspectos vinculados a la vida social de las personas con TCA.

En donde a través de entrevistas se obtiene información importante para el tratamiento, como: historia laboral, formativa y la situación en el momento presente, preferencias y

motivaciones, historia con relaciones sociales como amigos, parejas, barrio y situación actual respecto a ello, ocio y tiempo libre, desempeño de distintas habilidades en la vida cotidiana, si hay proyecto de vida, riesgos y exclusión social. Estos rubros servirán entonces para completar y complementar el plan de tratamiento personalizado a cada paciente para que pueda seguir su proceso de rehabilitación.

Por otra parte Sánchez & Grau (2006) plantean que la rehabilitación e inclusión social permitirá a la persona prepararse para vivir en un futuro en un entorno normalizado, potenciando para ellos sus habilidades específicas para funcionar eficazmente y los recursos ambientales y comunitarios necesarios para reforzar sus capacidades de funcionamiento, este plan debe ser individualizado para cada persona de acuerdo a sus características, sus estrategias están orientadas a:

- Mejora de la competencia personal y social.
- Orientación ocupacional y preparación para la inserción.
- Ocio y tiempo libre.
- Integración social y redes.

Finalmente con esta rehabilitación se pretende que la mejoría en el rol personal y social ayude a potenciar los cambios cognitivos y emocionales que se plantearon anteriormente, los cuales contribuyen al cambio, y que deberá mantenerse en la vida cotidiana de la persona. .

Finalmente es importante mencionar lo que Faus (2016), señala sobre el tratamiento de los TCA respecto a hombres y mujeres, el cual es realmente similar pues se basa en estrategias para conseguir la recuperación ponderal del peso y la normalización de las conductas alimentarias alteradas, además de que en ambos géneros se requiere un tratamiento similar para la comorbilidad médica y psiquiátrica aunque, se han encontrado una serie de diferencias entre los géneros, pues la respuesta masculina a los tratamientos psicológicos centrados en abordar las preocupaciones por el peso y la silueta o las dinámicas familiares suele responder de manera diferente, porque los hombres conciben sus preocupaciones sobre el peso y las relaciones familiares de manera diferente a las mujeres, por lo cual los hombres responden mejor al tratamiento en programas separados, utilizando terapeutas masculinos, y que incluyan alguna intervención sobre la identidad sexual, lo cual hay que tomar en cuenta para el éxito en los tratamientos de hombres y mujeres.

Con todo lo expuesto anteriormente se dio un panorama amplio de lo que implica la anorexia nervosa y la bulimia nervosa en las personas que las padecen, qué criterios se utilizan para su detección y diagnóstico, las dimensiones sociales que imperan en el padecimiento, cuántos casos se reportan, que similitudes y diferencias existen entre hombres y mujeres con estos TCA, los estigmas que suelen haber alrededor de estas enfermedades y finalmente que consecuencias dejan en las personas y las familias, y que alternativas existen para su recuperación. El siguiente capítulo se enfocará en la familia, pues está es de suma importancia en la AN y la BN ya que todas las personas se desarrollan, crecen y aprenden bajo un contexto familiar, por ello resulta

indispensable visualizar cómo surgen las diferentes familias y su importancia en la vida de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Capítulo III. Concepciones teóricas acerca de la familia

El propósito de este capítulo es conceptualizar a la familia y describir como se ha ido construyendo y transformando hasta la época actual, describiendo sus características principales, su tipología, estructura, modelos, ciclo vital y por su puesto la dinámica familiar, así como su estrecha relación con la anorexia nervosa y la bulimia nervosa.

Cabe resaltar que la familia para efectos de esta investigación es concebida bajo un enfoque sistémico vista desde ese punto, la familia es como una maquinaria que marcha a un determinado ritmo pero que al presentarse una falla tiende a fragmentarse y desequilibrarse, lo cual trae consigo diferentes consecuencias, así como diferentes formas de afrontar las problemáticas, para comprender este capítulo e investigación se retoman las teorías de sistemas de Bertalanffy y Luhmann.

3.1 Antecedentes y conceptos de familia

Habitualmente el concepto de familia suele ser bastante abordado y es difícil llegar a un consenso común, pues en épocas pasadas era entendida de forma diferente ya que al hablar de familias se creía y en ocasiones aún se cree que existe un único modelo de ser familia donde se tienen miembros que comparten lazos consanguíneos en común y que conviven bajo un mismo techo, pero hoy en día ese modelo “típico” de familia ha cambiado pues al ir pasando los años la sociedad ha encontrado nuevas formas de organización y convivencia, que a raíz de la modernidad se han transformado pues cada familia tiene características, dinámica, costumbres y una estructura diferente.

Al respecto Icart & Freixas (2013), mencionan que en épocas antiguas la familia solía verse como una unidad natural que había existido siempre en todas las sociedades y la cual fue cuestionada por Engels (2011) en su libro sobre “El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado”, aquí el autor propuso la teoría de que la familia había aparecido cuando los beneficios obtenidos del trabajo de una persona eran superiores al coste de la reposición de la fuerza de trabajo; por eso la familia había aparecido simultáneamente con la esclavitud, pues inicialmente la familia habría sido una forma de esclavitud de los hijos (en el sentido de trabajo forzado, no remunerado y con un contrato impuesto, no aceptado libremente por parte del esclavo y de duración indefinida, que depende de la decisión del amo) y los propietarios de la fuerza de trabajo habrían sido los padres.

Es a través del tiempo que van surgiendo los principales medios de subsistencia en cuanto a alimentación y trabajo lo cual da origen a que los seres humanos se asienten en grupos para sobrevivir y formar relaciones de existencia a largo plazo. Engels (2011) habla propiamente sobre la familia, basándose en Morgan dice que es el elemento activo; nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a un grado más alto.

En relación a lo anterior hay una clara repercusión en la familia actual, pues las formas de convivencia, las normas y la crianza de los hijos han cambiado lo cual hace que crezcan con valores y principios distintos a épocas pasadas, respecto a los antecedentes de las familias es necesario resaltar como específicamente en el contexto mexicano se daban estas formas de convivencia.

González (1997) relata que la familia en México⁶ durante la época prehispánica; se presenta como una célula social caracterizada por su gran solidez y las peculiaridades variaban de acuerdo con el estrato social al que pertenecían los individuos. En el caso de las mujeres, se les asignaban desde muy pronto tareas íntimamente relacionadas con ciertos procesos de producción, quedando en muchos casos encargadas de transformar las fibras en mantas y prendas de vestir, así como los frutos de la tierra en comestibles.

En cuanto a la educación en la familia, se transmitían las costumbres, la religión y se enseñaban las labores del campo y de la casa. Respecto al matrimonio el casamiento estaba considerado ante todo como un asunto que se resolvía entre las familias, cabe destacar que el hombre era el jefe indiscutible de la familia, y la mujer vivía en un ambiente completamente patriarcal y durante su vida de esposa y madre principalmente en las clases pobres y medias, la mujer tenían mucho que hacer, no descansaban entre el cuidado de los niños, la cocina, el tejido y las innumerables tareas del hogar (González, 1997).

Finalmente la familia en México también dio un gran cambio y giro desde que éstas también comenzaron a cambiar de ser mayormente familias rurales a familias urbanas, la incrementación de los divorcios, rupturas de parejas y las parejas sin hijos, también hizo que cambiara el modelo de familia (Cunjama & García, 2018).

⁶ Ya que la finalidad de esta investigación no se encuentra en profundizar sobre las familias antiguas, ni las familias en México, sino contextualizar a las familias en general; si se quiere profundizar acerca del tipo de familias en México se sugiere consultar la investigación desarrollada por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, titulada: “once tipos de familias mexicanas”.

En lo expuesto anteriormente, se visualiza la gran transformación que han tenido las familias, alrededor del mundo y en el contexto mexicano, lo que trajo consigo cambios substanciales en las formas de familia y sus dinámicas familiares. Si a ello se le suma que las familias suelen tener problemáticas, dificultades y enfermedades que en la antigüedad no se visibilizaban como en la era moderna, como los trastornos de la conducta alimentaria, es un hecho que las familias tienden a enfrentarse a realidades distintas que en épocas pasadas.

Ahora bien, es necesario conceptualizar a la familia, en palabras de diversos autores, lo cual permite comprender a que se refiere el concepto de familia.

Tabla 7. Conceptos de Familia

Eguiluz, (2003)	La familia vista desde lo sistémico puede verse como un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene tres características: la primera es que su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación, la segunda se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su identidad y la tercera, es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas.
Mondragón & Trigueros, (2005)	La familia es una institución de conexión entre el individuo y la sociedad, ha experimentado en los últimos años profundas transformaciones, apareciendo con ello un nuevo contexto social observado mediante nuevas concepciones y tipologías diferentes de familias.
Fernández & Ponce de León, (2012)	La familia es el núcleo básico de la persona, le ofrece pertenencia mediante su versión generacional ante la inseguridad que le ofrece el desarraigo social: seguridad porque permite cubrir una serie de necesidades básicas (afectivas, fisiológicas, psicológicas, sociales y educativas), ofrece desarrollo porque la familia es el apoyo y los cimientos donde descansa la persona en su evolución personal y social, ofrece estabilidad ante la solución de los problemas que acontecen a lo largo del ciclo vital, e integración porque la familia será la base de adaptación a la sociedad.

- Icart & Freixas, (2013) La familia es una institución tan antigua como la misma especie humana, la tienen todas las culturas pero no siempre es la misma, ha ido adaptado su forma natural, pretende perdurar en el tiempo satisfaciendo las necesidades de todos sus miembros.
- Cea, (2013) La familia es una realidad conocida por todos, que forma parte de nuestra vida diaria. Comúnmente se entiende el término familia haciendo referencia a cuatro hechos sociales diferentes: el matrimonio, el parentesco, la familia como institución social y como grupo. Pero las formas en que se manifiesta son diferentes entre las culturas, hay diversas formas dentro de una misma sociedad y en un momento determinado, es por ello que se presenta la dificultad de encontrar una definición que comprenda todas las realidades familiares.
- Cunjama & García, (2018) La familia es una estructura, la cual se componen de múltiples formas (monoparentales, homoparentales, biparentales, etc.) y que dentro de su dinámica (modelos y tareas de crianza, parentescos y relaciones entre sus miembros) adquiere funciones específicas para la sociedad y para los agentes sociales que la integran (proveer de saberes y reproducir posiciones de clase, protección y socialización de sus miembros).

Fuente: Elaboración propia a partir de los conceptos citados.

En este orden de ideas, se comprende como la familia se ha transformado y ha tenido diferentes formas de conceptualizarse y comprenderse, es importante destacar que generalmente a ella se le atribuye el cómo son sus miembros, pues es la encargada de transmitir valores, costumbres y educación para que las personas puedan conducirse por la vida y convivir en sociedad, sin embargo no todas las familias pueden ser iguales, debido a diversos motivos, como el número de integrantes que la conforman, sus valores, creencias, dinámica familiar, ciclo vital en el que se encuentren e incluso las problemáticas que en ella se presenten, a continuación se explicaran esas y otras particularidades de la familia.

3.2 Tipología de la familia

La finalidad de este apartado es exponer la tipología de la familia vista por diversos autores.

Tabla 8. Caracterización de las Familias de acuerdo a su Constitución e Integrantes

<u>Familia nuclear</u>	Suares (2002)	Es el grupo integrado por la pareja heterosexual y sus hijos, aunque la cantidad de hijos no está especificada, generalmente se asocia a padre, madre y dos hijos.	Eguiluz, (2003)	Es el modelo estereotipado de familia tradicional, que implica la presencia de un hombre y una mujer unidos en matrimonio, más los hijos tenidos en común. Sin embargo hoy en día se puede hablar también de familia nuclear cuando dos personas comparten un proyecto de vida, con sentimientos de pertenencia y compromiso personal entre los miembros.
<u>Familia extensa</u>	Suares (2002)	Cada uno de los miembros de la pareja proviene a su vez de otras familias (de origen). Se ha dado el nombre de familia extensa a la constituida por tres generaciones: abuelos maternos y paternos, hijos y sus respectivos cónyuges.	Eguiluz, (2003)	Están constituidas por la troncal o múltiple (la de los padres e hijos en convivencia) más la colateral. Las familias extensas al vivir muy cerca entre sí o bajo el mismo techo hacen que influyan entre sí las ideologías y los valores de cada uno de sus miembros, este tipo de familias también pueden formarse cuando las nucleares se separan o divorcian.
<u>Familia expandida</u>	Suares (2002)	Las parejas divorciadas frecuentemente vuelven a construir nuevas familias, con nuevos hijos. Se le ha dado diferentes nombres (familia re-casada y binuclear) al conformarse surgen una nueva serie de relaciones de parentesco, que si bien algunas en algunos casos pueden no tener efectos legales, si los tienen a nivel emocional.	Eguiluz, (2003)	Tras el divorcio los progenitores vuelven a buscar una pareja, para iniciar una nueva convivencia, con un vínculo matrimonial o sin él. Los segundos matrimonios generalmente suelen ser más complicados por la dificultad a la integración de nuevos

miembros, pueden darse la pérdida de roles tradicionales de las familias anteriores y se tienen que adaptar a una nueva situación.

<u>Familia monoparental</u>	Euguliz (2003)	En la primera forma de familia monoparental resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta, se separa o se divorcia, es importante que los hijos mantengan contacto con ambos progenitores.	Eguiluz (2003)	La segunda forma de familia monoparental es cuando existe un duelo tras la muerte de alguno de los progenitores, en donde se afrontan tensiones, responsabilidades y otras tareas. También hay familias monoparentales debido a que el encargado de los hijos decide estar soltero.
-----------------------------	----------------	---	----------------	---

Fuente: Elaboración propia a partir de los conceptos citados.

En síntesis a lo expuesto anteriormente, estos son los tipos de familia más estudiados y visibilizados, debido a que son los que mayormente se pueden encontrar al menos en el contexto social y cultural de México, sin embargo no son los únicos que existen, pues hoy en día a la par de la modernidad han surgido familias modernas⁷ que no han sido expuestas en esta investigación, debido a que los casos presentados entran en las categorías descritas en la tabla número (8).

Por otro lado las familias además de destacarse por la forma en la que se constituyen y por su número de integrantes, se distinguen por los denominados modelos de familia, los cuales detallan principalmente cuales son las formas en que los padres llevan a cabo la crianza, respecto a los

⁷ Familias homosexuales, con jefatura femenina, adoptivas, invitro, de donante, uniparentales, etc.

hijos, estos modelos de familia según Nardone & Giannotti (2013) son seis tipos diferentes que detallan la variabilidad familiar.

Tabla 9. Modelos de Familia

<u>Modelo</u>	<u>Características</u>
<p>Hiperprotector: la familia cada vez es más pequeña, cerrada y protectora, los padres intentan eliminar todas las dificultades hasta terminar haciendo las cosas en lugar de sus hijos.</p>	<p>En la comunicación, las palabras y gestos de los padres enfatizan la dulzura, cariño, amor y protección, pero hay una preocupación excesiva por la salud física como la alimentación, aspecto estético, éxito, fracaso escolar y sociabilización. Los padres suelen colocarse en un sentido de superioridad y los hijos en uno de inferioridad, lo cual trae consecuencias en el futuro de los hijos pues no saben lidiar con las frustraciones y reaccionan con agresividad a sus necesidades. Puede traer consigo diversas patologías como ejemplo los TCA.</p>
<p>Democrático-permisivo: su principal característica es la ausencia de jerarquías, pues las cosas se hacen por convencimiento y consenso y no por imposición, ese consenso se obtiene a través del diálogo con argumentos válidos y razonables, por lo cual también las reglas se pactan</p>	<p>Su finalidad principal es perseguir la armonía y la ausencia de conflictos. Cuando hay hijos las relaciones suelen volverse más complejas, pues se les delegan responsabilidades demasiado grandes y no prevén que las reglas sean impuestas con firmeza y decisión ni tampoco prevén sanciones, las reglas solo se anuncian, se explican y argumentan con suavidad. Por lo cual esta familia vive en una constante frustración y transformación de las reglas familiares. Puede traer consigo patologías como los TCA, ya que los hijos podrían hacer pagar a sus padres parte de sus dificultades, ya que pocas veces llegan a ser autónomos.</p>
<p>Sacrificante: El contenido principal de los discursos gira siempre en torno a la idea central de que el deber de los padres es el sacrificarse. El placer mayor es el de los hijos. Y critican a aquellos padres que buscan su placer y “descuidan a sus hijos”.</p>	<p>Las relaciones a menudo son asimétricas, el que se sacrifica en apariencia es humilde y sometido pero en realidad está en una posición de “hierro”, a través de sus renunciaciones obtiene una posición de superioridad, haciendo que los demás siempre se sientan culpables o en deuda. Este tipo de modelo también puede llevar a patologías como los TCA, ya que se vive en una sofocante atmósfera familiar.</p>
<p>Intermitente: Lo representa aquel tipo de situaciones dentro de las cuales las interacciones entre adultos y jóvenes están cambiando continuamente, los padres pueden pasar de posiciones rígidas a posiciones más flexibles, los hijos envían continuamente mensajes</p>	<p>Las consecuencias o significados que emergen en este modelo, es que ninguna posición se mantiene de forma determinada, nada es válido y tranquilizador por lo tanto hay ausencia de puntos de referencia y bases seguras. Así que las personas que han desarrollado este sistema de comunicación presentan</p>

contradictorios a sus padres en algunas ocasiones son obedientes y colaboradores y en otras rebeldes y opuestos.

Delegante: La pareja se inserta en un contexto de relaciones familiares fuertemente estructurado, el de la familia de origen de uno de los dos cónyuges, en donde los padres aún están demasiado implicados que no se consigue la emancipación, lo que lleva a disfrutar beneficios y aceptar compromisos, por lo cual también suelen dejar al cuidado de sus hijos a los suegros o padres.

Autoritario: Es un modelo relacional en el cual uno de los padres o ambos intentan ejercer el poder sobre los hijos. Los hijos tienen poca voz y tienen que aceptar los dictámenes.

habitualmente la característica de afrontar las situaciones problemáticas aplicando una estrategia pero sin mantenerla en el tiempo.

En este tipo de modelo la adopción de novedades puede ser laboriosa y fuente de enfrentamientos, puesto que las reglas de los abuelos y la de los padres no siempre coinciden, entonces los hijos suelen seguir las más cómodas. Las consecuencias que corren los padres es el perder el hilo directo con las exigencias y la evolución de los hijos, este modelo puede llevar a patologías como los TCA ya que el hijo (a) puede rechazar el modelo familiar y ponerse a prueba en situaciones de riesgo.

La vida en familia está marcada por el sentido de la disciplina, el deber y el control de las propias necesidades y deseos. Si el hijo (a) se rebela, los enfrentamientos pueden ser realmente violentos, lo cual puede traer consigo que se caiga en violencia familiar, lo que genera como consecuencia es que el hijo (a) quiera pasar poco tiempo en casa y realice cosas a escondidas.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Nardone & Giannotti, 2013).

Como se aprecia según el determinado modelo de familia que se lleve a cabo tendrá una implicación para el desarrollo y futuro de los hijos trayendo consigo dinámicas familiares distintas pero también con problemáticas y patologías en común como la AN y la BN, ahora bien, es necesario también tomar en cuenta que la familia tiene funciones sociales que debe brindar a sus miembros.

3.3 Funciones de la familia

A pesar de las diferencias que puedan existir entre conceptos y definiciones de familia hay un amplio consenso de que la familia como institución cumple importantes funciones para la supervivencia de la especie humana y para la reproducción de la sociedad en general (Oudhof, Barneveld & Robles, 2014).

Cea (2013) menciona que la sociedad espera ciertas funciones de una familia hacia sus miembros, como brindar apoyo emocional, crianza, socialización y adecuación a la cultura, por lo cual algunas funciones sociales que se pueden esperar de una familia son:

Función económica: Se refiere a la obtención del ingreso suficiente y a la organización del consumo al interior del grupo familiar (gasto de alimentación, vestuario y recreación).

Función afectiva y apoyo emocional: Al interior de la familia se dan relaciones afectivas profundas, se apoya a cada uno de sus miembros, aceptándolos y a ayudándolos a confiar en sí mismos y en los demás y a desarrollarse emocionalmente equilibrados.

Función de hacer personas: La familia debe potenciar el desarrollo integral de sus miembros.

Función educadora o socializadora: La familia es la que transmite valores, formas de ser, normas y comportamientos (en ellas se enseña a comer, a ser hombre, mujer, padre, madre, esposo, esposa, etc.) en ella se corrigen los comportamientos que socialmente no son aceptados (mentir y robar), se otorgan premios y castigos para asegurar lo que se espera de cada uno de sus miembros.

Función mediadora: La familia cumple una función de mediadora con diferentes estructuras sociales, ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social.

Cea (2013) también sugiere que una de las principales características que debe tener una familia “funcional” es que promueva un desarrollo favorable de la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías, límites y roles claros y definidos, así como una comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Estas funciones entonces, serían las esperadas socialmente en todas las familias, es decir, que brinden protección, enseñanzas y valores a sus miembros. Sin embargo, cabe resaltar que aunque las familias estén brindando algunas o todas estas funciones, el clima interno en cada una, es decir la dinámica familiar se vivirá y establecerá de forma distinta como se verá en el siguiente apartado.

3.4 Dinámica Familiar

La dinámica de las familias, resulta ser una parte esencial para estudiar detalladamente las relaciones al interior de la familia, pues en ella se pueden ver claramente las funciones, relaciones afectivas, roles que se llevan a cabo, la comunicación e incluso la autopercepción que tienen los miembros de sí mismos y de los demás integrantes, lo cual deja ver un panorama general de cuáles son sus fortalezas y debilidades; además el estudio de la dinámica familiar brinda información importante sobre las principales problemáticas y desafíos cotidianos en las familias y como los enfrentan, tal como ciertas enfermedades que ponen a prueba el sistema familiar, lo cual evidentemente se ve reflejado en los efectos que surjan en él.

Las dinámicas familiares son diversas en donde cada miembro perteneciente a la familia la va dictaminando, pues el cumplir con un determinado rol le va asignando una función dentro del sistema familiar, la comunicación, las relaciones afectivas, las jerarquías, reglas y normas de comportamiento interno y externo también resultan ser de gran importancia .

Para ejemplificar con más claridad lo dicho anteriormente, se retoma el concepto que Gallego, (2012) da acerca de la dinámica familiar, la cual se puede interpretar como encuentros entre las

subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y que permiten que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, lo que facilita en gran medida su adaptación a la dinámica interna del grupo.

Siguiendo a Gallego, (2012) las familias en su dinámica interna se encuentran atravesadas por una historia y aunque la compartan todos los miembros del grupo, cada uno desde su individualidad asumen diversas posturas frente a lo que los permea como grupo; asimismo la manera de asumir dificultades, retos, éxitos o fracasos es distinta.

Torres, Ortega, Garrido & Reyes (2008) mencionan que también las relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que existen en las familias, se denominan dinámica familiar.

Pero, antes de entrar propiamente al tema de la dinámica familiar y sus principales componentes es necesario tomar en cuenta un elemento clave de la misma, el cuál es el ciclo vital por el que habitualmente pasan algunas familias, como el caso de las nucleares como las de esta investigación. La dinámica familiar que se lleve a cabo así como sus efectos o cambios, guarda relación con el ciclo vital en el que la familia se encuentre, pues no es lo mismo una pareja recién formada, a otra con hijos en etapa de crianza, adolescencia o estos ya sean independientes y hayan salido del núcleo familiar.

Vargas & Ibañez (2006), mencionan que el ciclo vital de la familia se inicia por la pareja la cual tiene un ciclo de existencia en que nace (dentro de un contexto social), crece, se reproduce y termina. Por otro lado, Eguiluz (2003), señala que las etapas del ciclo evolutivo por las cuales la pareja pasa producen cambios que requieren ajustes en las reglas del sistema, por lo que el paso de una fase a otra está marcado por un período de inestabilidad y de crisis.

Esa crisis es entendida como la oportunidad de hacer cambios, así que el sistema debe mostrar ajustes, reorganizando los papeles que cada uno desempeña y adaptando las reglas a las edades de sus integrantes (Eguiluz, 2003).

Una de las primeras etapas en la relación de pareja es la etapa del enamoramiento y el noviazgo, la relación inicia cuando dos individuos distintos, que pertenecen a diferentes grupos sociales, se separan de su grupo original con la intención de formar un nuevo sistema pues el encontrar una pareja para formar una familia, tener hijos, educarlos y conservarse dentro de ella es similar a un deber cívico que el sujeto tiene que cumplir con la sociedad (Vargas & Ibañez, 2006)

En esta etapa de noviazgo es común que la pareja negocie poco a poco las pautas de la relación, la intimidad, las formas de comunicación, los límites entre ellos y sus respectivas familias de origen o la forma de resolver las diferencias que surgen (Eguiluz, 2003).

En la etapa subsiguiente al noviazgo, llamada primeros tiempos de casamiento según Vargas & Ibañez (2006) después de haber tenido un periodo “razonable” de noviazgo (cada pareja puede determinarlo) las parejas deciden casarse o comenzar a vivir juntos y esta relación tiene otro tipo

de reglamentación, donde se suelen tener grandes expectativas acerca de lo que será la relación de matrimonio.

Sin embargo, es común una primera crisis de pareja, generada por la diferencia entre las expectativas que ambos tenían durante el noviazgo y la realidad que conlleva la convivencia marital diaria, es común que cada uno eche mano sin mucho esfuerzo de los modelos aprendidos en su familia de origen (Eguiluz, 2003).

Otra de las etapas por la cual suelen pasar algunas parejas (no todas) es el tomar la decisión de tener o no hijos, si esta es afirmativa viene entonces el nacimiento de los mismos, los cuales pueden nacer en cualquier momento del matrimonio y esto implica un cambio profundo en la relación de pareja (Vargas & Ibañez, 2006).

En concordancia con Eguiluz (2003), el nacimiento del primer hijo influye fuertemente en la relación conyugal, pues requiere que ambos miembros de la pareja aprendan los nuevos papeles de madre y padre. Vargas & Ibañez (2006) opinan que cuando un niño forma parte de la pareja, las relaciones emocionales se triangulan y las tensiones se distribuyen; esto hace que la pareja este tensa antes de acostumbrarse a la nueva situación que le plantea tener un bebé, en esos momentos hay reacomodo de la familia y la pareja suele estar más ocupada en el hijo que en ellos mismos.

La etapa posterior al nacimiento de los hijos es la infancia de los mismos, como mencionan Vargas & Ibañez (2006) durante esta etapa de la vida, ambos miembros de la pareja se encuentran muy ocupados con la crianza, puede ser que con el primer hijo los cuidados se vuelvan extremos

ante la falta de experiencia. Pero también hay que rescatar que en esta etapa los padres también pueden desarrollarse y crecer en su propio ámbito lo cual muchas veces resulta difícil de compatibilizar, pues la infancia es una época llena de actividades que no permite hacer muchas reflexiones debido a que el objetivo primordial es la sobrevivencia y crianza, por lo cual la vida sexual suele espaciarse debido a la falta de tiempo y en ocasiones de interés lo cual puede traer conflictos en las parejas.

Una vez que la infancia ha concluido, los hijos entran a la etapa de la adolescencia, Eguiluz (2003) dice que el matrimonio que tiene hijos adolescentes debe flexibilizar las normas y delegar responsabilidades en ellos, de esta manera, aprenderán a tomar decisiones y asumirán la responsabilidad sobre sus asuntos.

En esta etapa es cuando los padres se dan cuenta de que los hijos son independientes, procuran mantenerlos bajo control con el pretexto de que lo hacen por su bien. Sin embargo, demasiada supervisión es tan mala como poca supervisión; pero mantener el equilibrio es algo difícil de manejar. Respecto a la pareja, puede continuar, de una manera diferente triangulando sus conflictos por medio de sus hijos, por eso si la relación de pareja es estable pero conflictiva, el crecimiento de los hijos podrá empeorar la situación, debido a que también los problemas crecen. (Vargas & Ibáñez, 2006).

Cuando los hijos crecen Eguiluz (2003) argumenta que existe la posibilidad de que salgan del hogar, lo cual provoca una crisis familiar. Es cuando se habla de la siguiente etapa donde Vargas & Ibáñez (2006), llaman el nido vacío que es cuando los hijos se casan y la pareja se queda sola, aquí es cuando suele surgir otro tipo de problemáticas como por ejemplo, cuando los hijos se van

de la casa ya no hay con quién triangular los problemas, ya que durante años la pareja estuvo al pendiente del crecimiento, seguridad y desarrollo de los hijos, incluso durante la adolescencia y ahora se vuelven a quedar solos uno frente al otro y si nunca aprendieron a convivir, resolver sus problemas y tolerarse existirá el peligro de rompimiento.

Por último se encuentra la etapa de la vejez y la posible jubilación que es cuando los jóvenes se emancipan y dejan el hogar, además de que la pareja debe volver a encontrarse uno frente al otro también suelen enfrentarse a la jubilación, lo cual puede tener problemáticas ya que se llevaba un estilo de vida diferente y en algunas personas resulta agobiante estar en casa todo el tiempo, por lo cual también se tiene que aprender a mediar esta nueva situación (Eguiluz, 2003).

Una vez que se han mencionado el ciclo vital por el cual algunas familias atraviesan a lo largo de su conformación, es necesario mencionar que en cada una de ellas existe una dinámica familiar que va cambiando o mutando en cada transición hacia la siguiente etapa, lo que suele generar ciertas dificultades de adaptación a las nuevas situaciones y conflictos, lo cual puede repercutir no solo en los miembros de la pareja sino también en los hijos y si es el caso en otros miembros que convivan bajo el mismo techo; pues como menciona Gallego (2012) todo grupo familiar tiene su dinámica interna y externa, en cuanto a la interna, esta sufre transformaciones significativas, evidentes en la comunicación, roles, autoridad, afectos, límites y normas, lo cual indudablemente repercute en la externa que tiene que ver con el medio social donde la familia convive y se desarrolla.

Una de las partes importantes sobre la dinámica familiar y que se encuentra en todas las etapas evolutivas de la familia, es la comunicación, la cual es muy amplia e implica estímulos

sensoriales (sonidos, voces, luces, ruidos, imágenes, etc.) que se emiten y que llegan de los otros, así como las reacciones corporales, que se tienen en el transcurso del diálogo y por su puesto los sentimientos que expresan como ternura, afecto, pasión y odio (Eguiluz, 2003).

La mayoría de los problemas surgen y se manifiestan en la comunicación pero también en ella se pueden encontrar las soluciones; algunos elementos para comprender la comunicación de acuerdo a Cudicio & Cudicio (2002) son:

- El lenguaje verbal, son las palabras y las frases que se pronuncian en el diálogo.
- El diálogo y el lenguaje no verbal, cuando nos expresamos, lo hacemos con palabras, con gestos y comportamientos que acompañan las expresiones; en general se distingue: el lenguaje paraverbal, en donde los signos que acompañan al discurso, son la calidad de la voz (volumen, ritmo de la palabra, gravedad y timbre)
- El lenguaje no verbal, se trata de la mímica y los gestos que puntualizan el discurso.

Es así que, si la comunicación es clara y fácil de comprender entonces todos los signos se expresarán con un mensaje coherente. De este modo, basta con conceder al otro un mínimo de atención para captar perfectamente el sentido del mensaje, sin embargo las dificultades aparecen por el hecho de que a menudo hay desfases entre los modos de expresión, y sobre todo, por la manera de filtrar la información percibida (Cudicio & Cudicio, 2002).

Como menciona Gallego (2012) la comunicación es también la sintonía de subjetividades familiares la cual resulta un punto crucial debido a que las relaciones familiares están atravesadas

por el intercambio de pensamientos, emociones y sentires entre las personas vinculadas al grupo familiar y que son exteriorizadas a través de acción y/o lenguaje verbal o no verbal.

Es así que la comunicación se puede entender desde diferentes modalidades, la primera hace referencia a la bloqueada, aquella que posee como características poco diálogo e intercambios entre los miembros de la familia, en otras palabras es cuando los miembros de la familia se comunican superficialmente y no les interesa establecer vínculos afectivos profundos; la segunda denominada comunicación dañada, en la que las relaciones familiares están selladas por intercambios que se basan en “reproches, sátiras, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados”. Y este tipo de comunicación hace que afloren la distancia y el silencio entre quienes conforman la familia, y una dinámica familiar con vínculos débiles, la tercera tipología es la llamada desplazada, la cual consiste en buscar la mediación de un tercero cuando los miembros de la familia no se sienten competentes para resolver las diferencias existentes entre ellos y este acto puede volverse contraproducente para la dinámica familiar porque se corre el riesgo de que se vuelva permanente esta necesidad, lo que genera distancia afectiva entre los integrantes de la familia (Agudelo, 2005).

Por otra parte las relaciones afectivas y la cohesión familiar también tienen un papel relevante en la dinámica familiar, pues es donde las manifestaciones de afecto se ven delineadas por los modelos de comportamiento establecidos y por los roles de género; por lo cual resulta indispensable que a los hijos se les dote de seguridad y que sientan amor, afecto y cohesión en su núcleo familiar, pues al sentirse amados, respetados y reconocidos potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar; además de que ello les permitirá

sentirse parte de la familia y en armonía con su entorno, con sus padres, hermanos y con ellos mismos. Asimismo, el afecto es la clave para comprender la dinámica familiar (Gallego, 2012).

Otro elemento de la dinámica familiar es la autoridad o ejercicio de poder, donde se pueden ver reflejadas las diversas jerarquías de los miembros que conforman la familia, en sintonía con Gallego (2012) el ejercicio de la autoridad está vinculado con la función de protección y cuidado asumida por el padre y la madre hacia los hijos. Sin embargo, históricamente la jefatura y por ende el ejercicio del poder lo suele llevar a cabo generalmente el hombre así como las decisiones de la familia, por lo cual, la jerarquía de mayor autoridad y poder es llevada por la figura paterna “cabeza de familia”, mientras que la madre suele tener un papel secundario respecto a las decisiones en la familia, aunque esto ha tenido algunos cambios debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo cual precisamente suele generar nuevas dinámicas en la estructura familiar.

Asimismo, la dinámica familiar guarda una estrecha relación con los roles, pues al interior de la familia se tejen vínculos a través del amor, desamor, descontentos, desacuerdos, acuerdos, vínculos y aspectos que configuran un entramado de roles asimétricos e interactivos, que son asumidos y vivenciados de modos distintos por cada miembro del núcleo familiar (Gallego, 2012).

También los roles pueden visualizarse a partir del género, pues el rol sexual hace alusión a los comportamientos, sentimientos y actitudes que se consideran propios de un hombre o una mujer, por lo tanto tienen que ver con la cultura que los ha estereotipado, es por ello que comúnmente los roles masculinos en las familias están enfocados a ser los proveedores y las mujeres a ser las

que atienden la casa, la administran y se encargan de la crianza, cuidado y educación de los hijos. Aunque como se mencionó anteriormente, además de esto las mujeres actualmente también adquieren el rol de proveedora y trabajadora, es así que la dinámica familiar se describe a partir de la diferenciación de roles en cada uno de los miembros de la familia. (Gallego, 2012).

Por otra parte, los roles también adquieren importancia para que la familia funcione correctamente, ya que cada miembro debe asumir un papel dentro de la familia por ejemplo mamá y papá proveedores y educadores de los hijos, los hijos por su parte deben estudiar y ayudar en las tareas del hogar; para que entonces el sistema familiar sea armónico para todos los miembros de la familia, además de que cada miembro suele tener un papel diferente en la familia, por ejemplo puede ser “el tierno” “el rebelde” “el loco” “el responsable” “el enfermo” etc. Lo cual influye en la dinámica familiar y las formas de convivencias de las familias (Gallego, 2012).

Otro elemento que adquiere importancia en la dinámica familiar son las normas o reglas familiares Eguiluz (2003) dice que las normas se relacionan con el concepto de “lo debido”, estas normas pueden ir variando en la misma familia, claro en caso de que la familia tenga la flexibilidad para poder cambiarlas. Otro punto relevante es el proceso de construcción de las normas y la forma en que éstas son comunicadas a los integrantes de la familia, ya que se suelen dar sobrentendidos que dan lugar a innumerables malentendidos que generan problemáticas.

Por lo consiguiente de acuerdo con Agudelo (2012) la forma en que las normas son comunicadas pueden ser explícitas o implícitas:

Las explícitas: son aquellas que son enunciadas, dichas, explicitadas y que los integrantes de la familia conocen y saben que existen y cuyo no cumplimiento genera consecuencias, también conocidas por los miembros, en realidad, el número de normas explícitas en la familia es limitado.

Las implícitas: el mayor número de normas de una familia pertenece a este tipo. Son acuerdos que rigen las relaciones y las formas de proceder de la familia, pero sobre los cuales generalmente no se habla con claridad. Como por ejemplo, ciertos sentimientos como la ira o sobre el sexo, los secretos de familia que no deben ser nombrados etc.

Para comprender la dinámica familiar, Minuchin (1986) señaló que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar, la cual define como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan todos los miembros de una determinada familia, dentro de ellas se pueden identificar las siguientes formas de interacción:

1. Los límites, constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en la familia

Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares como el individual (cada miembro), conyugal (la pareja), fraternal (entre hermanos) y paterno (padres a hijos) los cuales pueden ser de tres tipos: claros, donde se definen las reglas de interacción con precisión, pues todos los integrantes saben que se debe hacer, los siguientes son los difusos, donde las reglas no son ni claras ni firmes, permitiendo múltiples intromisiones y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes o

intrusivos entre sí y los rígidos, que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados y son, además poco proclives a la entrada o salida de miembros al sistema familiar.

Asimismo, Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas como:

- Jerarquía; hace referencia a la distribución del poder y destaca al miembro con mayor poder en la familia, no al que grita más fuerte sino el que se hace obedecer y mantiene el control sobre los demás.
- Centralidad; indica parte del territorio emocional de la familia y se refiere al integrante de la familia sobre el cual giran la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.
- Periferia; de acuerdo a lo anterior, y en contraste, éste parámetro se refiere al miembro menos implicado en las interacciones familiares.
- Alianzas; se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro como, por ejemplo, las alianzas por afinidad de intereses, de género o edad.
- Coaliciones; son la unión de dos o más personas para dañar a otra; así, encontramos coaliciones abiertas o encubiertas.
- Hijo (a) parental; es aquel miembro de la familia que asume el papel y las funciones de padre o madre, de forma permanente, lo cual le impide vivir de acuerdo a su posición y rol que le corresponde como hijo y miembro del subsistema fraterno.

En concordancia Cea (2013) menciona tres tipos de límites a tomar en cuenta en familias con problemáticas:

Límites rígidos: cuesta entrar, como también salir. No permeables

Límites difusos: no hay límites para nada; secretos, etc. Son súper permeables

Límites flexibles: a medias. Con cierto respeto, aunque no siempre, son semipermeables

Otro punto importante en la dinámica familiar es la autopercepción, esta es importante ya que permite visualizar como los miembros de la familia se perciben a sí mismos y a los demás y cómo perciben su dinámica familiar.

En primer lugar hay que mencionar, que las autopercepciones componen al autoconcepto y se agrupan formando diferentes dimensiones, el autoconcepto por tanto, tiene un papel central en la integración de la personalidad, funcionando como instrumento de unidad y guía de la conducta del individuo. Es multidimensional, su organización es jerárquica. Las autopercepciones van desde un nivel concreto y conductual a otro abstracto y general. En general las autopercepciones suelen ser fiables y consistentes (Reyes, 2003).

Siguiendo con Reyes (2003) el autoconcepto se puede considerar como una organización del conocimiento respecto a uno mismo y las autopercepciones que lo conforman están basadas en las experiencias derivadas de los roles que el individuo desempeña a lo largo de su vida, las características y atributos personales y las creencias y valores que tenga. Así que, en definitiva puede considerarse como conjunto de percepciones o referencias que el sujeto tiene sobre sí mismo.

Calero (2001) menciona que la percepción es el proceso en el cual las personas registran todo lo que está a su alrededor o en interacción, de forma tal que significa algo, la percepción involucra en su contenido los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida.

Así que en relación a lo anterior, la autopercepción de una familia involucra todo aquello que percibe dentro de su núcleo familiar, su forma de interactuar con los demás miembros, la forma de ser madre, padre, hermano, hermana, hijo e hija, el modelo de familia y tipo de crianza que creen llevar, el apoyo y sentimientos que creen tener con los demás miembros, donde además intervienen tradiciones, valores, estereotipos y vivencias de la vida cotidiana que cada uno de los integrantes ha tenido y que eso repercute claramente en la dinámica familiar, pues todo lo que ha conformado a la familia es en parte por vivencias y experiencias pasadas. Finalmente, es importante conocer como la familia se autopercebe y en relación a ello como aprecia la problemática que se presenta en su familia en este caso la AN y la BN y como la persona con el padecimiento la observa dentro de si misma y como repercute en la funcionabilidad del sistema familiar.

Finalmente la dinámica familiar, según Gallego (2012) se puede comprender como el clima familiar, debido a que este hace referencia al ambiente generando entre los integrantes del grupo y su grado de cohesión, tomando en cuenta cómo asumen los roles, la autoridad, el afecto, la comunicación, las reglas o normas, de lo cual dependerá si el calor afectivo en la familia es armonioso o lo contrario hostil, lo que generará niveles de estrés e inconformidad en los miembros del grupo, así como altos grados de distanciamiento y apatía en la familia.

Resumiendo lo planteado se puede decir que la dinámica familiar es el clima interno que viven los miembros al interior de una familia, asimismo resulta ser la base para afrontar las problemáticas de una forma sana, correcta y armoniosa para evitar fragmentar los lazos familiares, pero sí en cambio, la dinámica presenta desequilibrios y fracturas, será entonces el clima propicio para que se generen múltiples problemáticas que traerán efectos negativos en el sistema familiar. Como el caso de los trastornos de la conducta alimentaria AN y BN.

Dentro de este marco de ideas expuestas, resulta necesario traer a discusión las teorías de sistemas que dan sustento a la investigación, en donde la familia es vista desde un enfoque sistémico, que la convierte en un engranaje de postulados que resaltan la importancia de ver a la familia como un sistema funcional, que da soporte a cada uno de sus miembros; los teóricos seleccionados son Bertalanffy y Luhmann.

3.5 Teoría de Sistemas

El presente apartado tiene como objetivo posicionar la investigación desde un enfoque teórico, el cuál da rumbo, dirección y sustento a los planteamientos descritos acerca de la familia, la cual es concebida desde un punto de vista sistémico.

Si bien, en sus inicios la teoría de sistemas dirigió sus esfuerzos y postulados en temas de matemáticas, física, biología, cinética y termodinámica, pero al ver su utilidad en las ciencias sociales comenzó a aplicarse bajo diversos temas, uno de ellos la familia la cual ha sido vista desde una perspectiva sistémica por ser un sistema funcional en la sociedad.

Como antecedentes a la formulación de esta teoría de acuerdo a las aportaciones de Rodríguez & Arnold (2007) se encuentra el positivismo comteano ya que sus postulados señalaban que la sociedad no está compuesta solo por individuos, sino por familias; Durkheim por su parte aportó la distinción del todo y de sus partes sin que ninguno de estos elementos tenga contacto con su entorno, Talcott Parsons fue el que más se centró en el estructural-funcionalismo, pues su interés era comprender el modo en el que funcionaba la sociedad por lo cual aspiraba a construir un modelo teórico que pudiera explicar la evolución social, por ello planteó la distinción entre el sistema social y su entorno, el sistema social es entendido como todo lo que concebimos por sociedad y su enfoque se centraba en visualizar los elementos de la sociedad y plantear algunos postulados acerca de ello, es necesario mencionar que antes Ludwig Von Bertalanffy ya había hecho postulados acerca de la teoría.

El presente análisis por lo tanto se ha de centrar en dos teóricos que plantearon grandes aportaciones a la TGS (Teoría General de Sistemas) y que dejaron grandes postulados y aplicaciones uno de ellos Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972) y Niklas Luhmann (1927-1998). (Rodríguez & Arnold, 2007).

En primer lugar se analizará la postura de Ludwig Von Bertalanffy y posteriormente la nueva perspectiva que Niklas Luhmann aportó, además de plantear las principales contribuciones de la teoría de los sistemas sociales, se señalará como esta se va entrelazando con la familia, vista como un sistema social y como esto se relaciona con las diversas problemáticas de las familias como lo son los trastornos de la conducta alimentaria.

3.6 Teoría General de los Sistemas Ludwig Von Bertalanffy

La Teoría General de Sistemas (TGS) surge de los trabajos desarrollados por Ludwig Von Bertalanffy, donde describe los elementos fundamentales del nuevo modelo; basado en el funcionamiento de los sistemas delimitados por la física, la cinética y la termodinámica, si bien sus orígenes se basaron más en ciencias del tipo denominado “exactas”, o “duras” apegadas a leyes y predicciones, pero posteriormente se utilizó para analizar las “partes” de un sistema en constante movimiento como lo es la sociedad y la familia.

En el año de 1928 Bertalanffy, entrego los principios de una biología organicista, lo que hizo su teoría fue trasladar al plano científico el principio de que los organismos son sistemas abiertos, así ideó a la teoría de sistemas como un conjunto de interacciones formalizadas entre elementos que tienen una historia en común, que se han ligado en el tiempo, diferenciándose de su entorno a la vez que participan en él y con él, creando así su propio contexto. Por lo cual se llega a la conclusión que el sistema es una totalidad que funciona por interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean Cea (2013).

Bertalanffy (1976) define al sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica y como un conjunto de partes que están relacionadas y que interactúan entre sí, donde cada elemento está determinado por el estado de los demás que lo configuran. Cada sistema está compuesto por un aspecto estructural y uno funcional. El objetivo de la teoría es llegar a comprender como los sistemas se relacionan dentro de la jerarquía y como el sistema se manifiesta.

Lo anterior se puede vincular con la familia, puesto que esta conformada por un conjunto de partes, es decir miembros, los cuales se encuentran relacionados entre sí y a su vez cada uno de ellos se constituye así mismo a través de su sistema familiar, es decir se encuentra determinado por el estado de los demás miembros, lo cual convierte a la familia en un sistema que funciona en conjunto y no individualmente.

Continuando con los postulados de Bertalanffy (1976) los sistemas pueden ser abiertos o pueden ser cerrados, esto depende de su interacción con su medio y su entorno, los abiertos se refieren a seres vivos y los cerrados son aquellos que se asocian con sistemas físicos o materiales. Esta diferenciación lleva a considerar viables a los sistemas que logran relacionarse con su medio y generar una adecuada retroalimentación, esta retroalimentación o llamada también feedback es eficiente y adecuada cuando es suficiente para asegurar la supervivencia del sistema (Cea, 2013).

En el caso de la familia es un sistema abierto ya que se trata de individuos que también se encuentran en interacción con su medio y entorno e intentan realizar la retroalimentación o feedback para asegurar que su sistema es decir familia continúe su curso y supervivencia

A continuación retomando a Cea (2013) se describirán los principales conceptos o postulados que Bertalanffy plantea acerca de los sistemas y que serán utilizados para explicar el sistema familiar:

La sinergia o totalidad: trata de componentes que están en permanente y mutua interacción, presente en todos los sistemas, lo que resulta ser diferente a la mera suma de sus partes, este principio plantea que toda decisión que afecte al sistema, producirá sinergia en las otras partes

que componen el todo, pero también fuera del sistema existen elementos que lo pueden afectar y que a su vez generan sinergia que puede ser positiva o bien negativa.

Esto puede ser explicado tomando a consideración que el principio de totalidad hace referencia a que cada parte del sistema o sea los miembros que conforman las familias están relacionadas con todo, es decir todo el sistema familiar es uno mismo y si hay un cambio en alguno de sus integrantes como algún evento estresante, salida de algún miembro del sistema por voluntad o por muerte o en este caso existe una enfermedad como la AN y BN entonces esto provoca el cambio en todas las partes, o sea en los demás miembros, asimismo fuera del sistema existen estresores o elementos que lo pueden afectar, o bien también pueden ayudar a que el sistema familiar mejore, como la sociedad en sus diferentes elementos como, instituciones, comunidad, relaciones sociales etc.

El principio de la recursividad, entendida como el hecho de que un sistema forma parte de otros mayores suprasistemas, como ejemplo claro estaría la sociedad y a su vez cada sistema en este caso la familia puede descomponerse también en otros subsistemas. Como puso de manifiesto Minuchin (1986) que refiere la existencia de los subsistemas: conyugal que se refiere a los componentes individuales como el esposo y esposa y la relación que entre ellos se genera; el subsistema parental se crea cuando la pareja tiene hijos y relaciones afectivas y comunicacionales con estos y el último es el fraterno y este existe cuando hay más de un hijo en la familia en donde se aprenden las principales relaciones con sus hermanos.

El principio de equifinalidad, se refiere a la capacidad del sistema para llegar a un mismo fin a partir de puntos de inicio distintos; todo sistema puede alcanzar las metas previstas, fijadas según los objetivos, desde diferentes puntos de partida y por diferentes caminos.

En el caso de los sistemas abiertos como lo es la familia, si esta alcanza un estado uniforme o el equilibrio en su sistema este tiene entonces un valor equifinal o independiente de las acciones iniciales, es decir al ser un sistema abierto donde interactúa con su entorno y a la vez también es un sistema dinámico puede cambiar este principio de equifinalidad a pesar de que sus acciones iniciales no fueran las propicias o esperadas siempre podrá llegar a cierta meta o fin independientemente de cómo era el sistema al inicio.

Por ejemplo, si el sistema familiar suele tener una dinámica familiar caótica por la AN y la BN se parte de esa problemática y se trabaja con todo el sistema familiar para lograr la equifinalidad la cual sería la funcionalidad de la familia mejorando la dinámica familiar; lo mismo aplicaría para familias donde el sistema familiar no sea tan caótico o sea más equilibrado, la familia tiene el poder y decisión de cambiar y llegar a una meta final que haga funcional el sistema independientemente de cómo era al inicio.

El principio de la diferenciación, es donde el sistema presenta un desarrollo de carácter funcional. En el funcionamiento de estos procesos diferenciadores las pautas globales se reemplazan por funciones especializadas. Bertalanffy menciona que los sistemas originalmente están formados por partes que potencialmente pueden asumir múltiples funciones, pero durante el desarrollo surge la interacción dinámica de los componentes y un cierto orden que impone

restricciones y especialización a estas partes del sistema, con lo cual, las partes especializadas pierden su potencialidad multifuncional.

Esto en relación a la familia, tiene que ver con que cada miembro del sistema familiar es activo de alguna u otra manera aunque no se proponga serlo y también tiene ciertas funciones dentro del sistema, pero la jerarquía mayor en este caso el subsistema parental impone el orden, y restricciones por lo cual los hijos deben adaptarse a estas normas y límites, para que así el sistema no tenga disturbios y siga funcionando adecuadamente, asimismo el principio de diferenciación puede entenderse como los roles que cada integrante cumple dentro de la familia, aunado al tema de la AN y la BN se relaciona con que el miembro con el trastorno se salió de esta restricción y orden por lo cual resulta perturbar el equilibrio de los demás miembros y la finalidad sería regresar a la funcionabilidad de todo el sistema incluyendo al miembro con el trastorno.

El principio de causalidad circular, la cual corresponde a una consecuencia o efecto que puede ser provocado por múltiples causas y a la vez ser causa para otros efectos, por ejemplo las reglas de comportamiento se relacionan al interior de los sistemas y estas pueden ser formales e informales; rigen la manera en la que se desarrollan e interactúan (valores, normas, creencias, comportamientos etc.) es así que en los sistemas sociales viables, deben presentarse dos tipos de energía para regenerarse, por una parte la administración que es necesaria para perpetuar el proceso de transformación y por otro lado la información, que sirve para mantener y mejorar la organización interna y su relación con su medio.

En el caso del sistema familiar, tiene que tener una organización interna vista como la forma en que los miembros se organizan para llevar a cabo distintas tareas y cuestiones acerca de la

familia y fuera de ella también debe haber ciertas normas, reglas, comportamientos, comunicación y valores que hagan funcionar de determinada manera el sistema familiar. En el caso de la AN y la BN el miembro con la problemática salió de esta norma pues su comportamiento se tornó diferente a los demás miembros por lo cual resulta en una perturbación del sistema, donde la finalidad es generar una organización con la nueva situación familiar y que la dinámica familiar sea funcional, para enfrentar el TCA.

El principio de los límites de un sistema es donde se puede señalar que separa al sistema de otro y/o de su medio ambiente, estos pueden ser de carácter rígido, cuando el sistema es independiente, y flexible cuando existe una interdependencia del sistema con otro (s), pero de todas formas los sistemas sufren cambios o variaciones durante su vida debido a presiones externas e internas.

El sistema familiar, suele tener perturbaciones aunque no exista precisamente una problemática en uno de sus miembros como la AN y BN, simplemente el sistema suele tener desequilibrios y cambios al atravesar algún evento estresante o que implique el reacomodo del sistema, por ejemplo internamente se estaría hablando de la propia dinámica familiar o del ciclo vital que en ese momento este experimentando la familia, externamente el medio o entorno también ha de influir pues recordemos que no es un sistema cerrado sino abierto donde pueden haber perturbaciones del mundo externo es decir de otros ámbitos donde se desempeñan los miembros de la familia.

El último principio es el de negentropía, la cual es la característica de diferenciación y que se une a otro que tiene que ver con la segunda ley de la termodinámica. En efecto, de acuerdo con

esta ley, los sistemas físicos tienden a un estado de máxima desorganización, en el cual desaparece cualquier diferenciación previa al igualarse con sus ambientes. Los sistemas vivientes, sin embargo, parecen contradecir esta ley al conservarse su organización en un estado de alta probabilidad. Más aún, Bertalanffy señala que durante el proceso de diferenciación un organismo pasa por estados de heterogeneidad progresiva. Esta paradoja se explica porque los sistemas vivos son capaces de importar energía, y así, de importar entropía negativa o negentropía, que les permite mantener un estado estable altamente improbable de organización, e incluso desarrollar niveles más altos de organización e improbabilidad.

Es decir el sistema, exporta de su medio “energía” para seguir subsistiendo y mantener su organización, al tratarse de un sistema abierto y vivo como la familia, que pertenece a un suprasistema como la sociedad y a su vez es perteneciente de otros sistemas sociales como instituciones, educación, religión etc. Entonces podría interpretarse como que el sistema familiar hace uso de esos otros sistemas para mantener el suyo en función, trayendo esto a un plano más real y aplicado al caso de la familia con AN y BN, esta hace uso de esos sistemas para que el suyo se mantenga por ejemplo, la familia al acudir por ayuda a una institución especializada y hacer uso de las redes sociales primarias, secundarias y terciarias está exportando esa “energía” que Bertalanffy plantea en el principio de negentropía para así tratar de mantener su organización y funcionalidad en su sistema familiar al intentar subsanar al miembro y en sí a todo el sistema familiar que ha dejado de funcionar adecuadamente.

Otro concepto que vale la pena mencionar acerca de los postulados de Bertalanffy es el de homeostasis Cathalifaud & Osorio (1998) mencionan que este concepto está especialmente

referido a los organismos vivos en tanto sistemas adaptables se refiere. Los procesos homeostáticos operan entre variaciones de las condiciones del ambiente, corresponden a las compensaciones internas, al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica, es decir, hacia la conservación de su forma.

Es decir, se trata de una propiedad de los sistemas de mantenerse estables o en equilibrio dinámico ya que el sistema siempre está en constante cambio y movimiento, el equilibrio se podría obtener hablando sistémicamente en la familia a través de dos formas una negativa y otra positiva en el caso de la positiva sería a través de mantener el sistema lo más equilibrado posible y funcional a partir de una dinámica familiar funcional, una comunicación adecuada, relaciones de cohesión y afectivas acordes y que tomen en cuenta a cada uno de sus miembros y que a la persona con AN y BN se le reintegre adecuadamente en el sistema familiar en donde los miembros le apoyen para su recuperación.

La forma negativa por su parte podría conseguirse a través de lo que se denomina “el paciente identificado” el cual podría ser aquel denominado la pieza disfuncional o el “enfermo” en este caso el que padece AN y BN y por lo tanto el causante de producir la crisis familiar, ante ello la familia tiene dos opciones enfrentar la problemática, acceder y enfrentarse al cambio y reacomodo del sistema familiar para lograr el equilibrio nuevamente, o en el caso de las familias renuentes al cambio, se aplicaría la homeostasis negativa la cual no solo deja cosas negativas en el sistema familiar sino también “positivas” para los miembros a través de seguir manteniendo una serie de ventajas que no están dispuestos a dejar, por ejemplo si a casusa del miembro

enfermo se consigue la continuidad de la pareja y de la familia, es claro que esto no querrá perderse por ejemplo, si solo se centran en ese miembro olvidando que otras áreas familiares están mal por ejemplo la relación de pareja, la economía, la estabilidad etc. Al tener algo en lo cual centrarse en este caso el paciente identificado, hace que el sistema siga funcionando aunque sea de una forma inadecuada y se vuelven resistentes a querer cambiar el sistema familiar, lo cual a largo plazo genera más problemáticas que beneficios para la familia.

Estos y otros principios plantea la TGS de Bertalanffy, estos fueron tomados en cuenta debido a que son los que se relacionan con el sistema familiar. Como puede apreciarse estos postulados pueden ser aplicados a la familia para así explicar las principales cuestiones que tienen que ver con el funcionamiento familiar y como menciona Ortega (2001) vista la familia desde este enfoque sistémico resulta ser un sistema sociocultural abierto que está sometido a un proceso de transformación, ella es la mantenedora de la identidad y la estabilidad pero también del progreso y el cambio o como se vio anteriormente también la responsable del no cambio y la disfuncionalidad del sistema que termina afectando a los miembros.

En el caso de las familias con AN y BN, se puede ejemplificar claramente lo anterior, pues son familias que de una u otra manera han perdido de vista estos principios y se ha fracturado su sistema familiar, por lo cual lo óptimo sería regresar a un equilibrio para que el sistema pueda seguir funcionando de una manera eficaz, pero si el sistema es resistente al cambio se estaría hablando de sistemas que no están funcionando adecuadamente, con esto no se está diciendo que sean familias que no sirvan o que sean completamente disfuncionales, solo se está develando que

son aquellas que no están proporcionando a su propio sistema un equilibrio que les permita llevar a cabo todas sus funciones adecuadamente.

Ahora bien, una vez revisados los postulados que plantea Bertalanffy en la Teoría General de los Sistemas, se revisará la postura de otro teórico que hizo una gran teoría al respecto la Teoría de los Sistemas Sociales y que mejoró algunos postulados planteados en otros teóricos con la intención de llevarla a un nivel macro, este es Niklas Luhmann.

3.7 Teoría de los sistemas sociales Niklas Luhmann

Niklas Luhmann y su Teoría de los Sistemas Sociales es de gran apoyo para poder analizar las “partes” de un sistema en constante cambio y movimiento como lo es la familia.

Niklas Luhmann es un personaje de trascendencia para las ciencias sociales de los siglos XX-XXI se dedicó a construir un marco de referencia abstracto y complejo sobre varias áreas de la sociedad, desde temas organizacionales, problemas, ecológicos globales, política, economía, artes, amor y la religión. A partir de 1968 desarrolla una Teoría de Sistemas y de la Cibernética. Este recorrido biográfico-académico de su obra, resulta pertinente para la estructuración de las ciencias sociales de perspectiva sistémica (Rodríguez & Arnold, 2007).

Luhmann se planteó un cambio de paradigmas, en el antiguo principio aristotélico de que “el todo es más que la suma de las partes”, que representaba una concepción de sistema que permaneció por largo tiempo, hasta ser remplazada a comienzos de nuestro siglo, por la conceptualización de sistemas abiertos a su entorno. La diferencia central del primer paradigma

era la del todo/partes, mientras que el nuevo era sistema/entorno fue con el trabajo de Ludwig Von Bertalanffy que se produjo tal cambio. El problema entonces para Luhmann es la complejidad ya que el sistema no era considerado como en los postulados de Parsons, es decir como algo ya dado, por lo que Luhmann se preguntó por la función de los sistemas, así que su punto de análisis, fue precisamente la relación de sistema/entorno en donde el entorno deja de ser un factor condicionante de la construcción del sistema para pasar a ser un factor constituyente del mismo (Rodríguez & Arnold, 2007).

Es así que Luhmann pretende superar las limitaciones en la teoría de sistemas y propone un cambio de paradigma que consiste pasar de la distinción del todo y las partes a la distinción del sistema y ambiente (Cea, 2013).

Luhmann plantea que el sistema se destaca de su entorno, asimismo menciona que hay tres tipos de sistemas el sistema vivo que es todo aquel que tenga vida, el sistema psíquico en donde interviene la conciencia y el sistema social que se da a través de la comunicación y se encuentra conformado por otros subsistemas como ejemplo están, el económico, el jurídico, la religión y la familia, este último sistema es en el que se fundamenta el análisis ya que tiene relación con el sistema familiar y su dinámica, es así que Luhmann menciona que entorno y sistema configuran al mundo (Rodríguez & Arnold, 2007)

El sistema social, como es la familia con AN y BN, se constituye a sí mismo bajo sus preceptos, normas, creencias, valores, límites y en sí todo lo que constituye a la familia se

construye y reconstruye a sí mismo, sin embargo esta permeado con el entorno, pues no puede existir fuera ni alejado de él

El elemento central en la teoría de Luhmann es la comunicación, la cual produce y reproduce la sociedad. La comunicación constituye una operación sistémica de carácter social, de acuerdo a los postulados que ejemplifican Rodríguez & Arnold (2007), para Luhmann el sistema social se encuentra compuesto por comunicaciones. Estas a su vez generan comunicaciones, que se producen y reproducen recurrentemente por una red de comunicaciones y no pueden existir fuera de esta red. Es decir, no hay sistema sin comunicaciones. (Urteaga, 2009).

Las comunicaciones para Luhmann sin embargo, no las emiten los seres humanos sino es un concepto más intrínseco que habla por sí mismo, se torna de un significado más simbólico que cobra relevancia a través del sistema, por ejemplo al hablar del sistema social y sus diferentes subsistemas nos encontramos por ejemplo el sistema económico que mueve a la sociedad, las comunicaciones que atraviesan dicho sistema vendrían siendo el cambio de compra y venta como lo es el dinero, en la política el poder, en la religión las creencias y en el caso del sistema social de la familia está atravesado por diversas cuestiones según el enfoque con el que se mire, por la funcionabilidad del sistema puede o no garantizar la existencia de este sistema social o bien también las comunicaciones que emergen en este sistema no solo hablando de la palabra enunciada, o la comunicación no verbal sino lo que expresa el sistema en sí mismo, el tipo de familia que es, los comportamientos, valores, autopercepciones y creencias del sistema como un todo, compuesto por diferentes miembros pero que actúan como un todo, el tener un miembro con algún tipo de problemática como la AN y BN también indudablemente está comunicando

algo dentro del sistema familiar, como se vio en la teoría de Bertalanffy, está denostando relaciones no funcionales con falta de equilibrio que hacen una comunicación negativa del entorno o dinámica familiar.

Para que quede más ejemplificada la relación de la teoría de Luhmann con la familia y la AN y BN, otros de los conceptos que se tomaran en cuenta para el sistema familiar son: el sistema, sistema abierto, entorno, comunicación, autoorganización, autopoiesis, estabilidad, equilibrio, límites y autorreferencia.

En primer lugar al hablar del sistema se habla de un sistema abierto como menciona Luhmann (1995), bajo el esquema de *input/output* que tiene que ver con la relación de sistemas y entorno, en donde hay factores determinantes que propician el intercambio y donde el sistema posee una autonomía relativa en la medida en que desde él mismo se puede decidir lo que hay que considerar como *output*, como servicio, como prestación y que pueda transferirse a los otros sistemas en el entorno.

Con relación a lo anterior e hilándolo con el sistema familiar se puede decir, que la familia posee autonomía de decisión sobre las relaciones al interior y el exterior y lo que ellos pueden transferir, vista esta transferencia desde las relaciones sociales que tiene la familia en diferentes contextos sociales.

Sin embargo, como menciona Luhmann (1998), los sistemas están estructuralmente orientados al entorno y sin él no podrían existir, por lo tanto no se trata de un contacto ocasional, ni tampoco de una mera adaptación. Los sistemas se constituyen y se mantienen mediante la creación y la

conservación de la diferencia con el entorno y utilizan sus límites para regular dicha diferencia. Sin referencia con respecto al entorno no habría autoreferencia. Sin embargo, el sistema no puede emplear sus propias operaciones para entrar en contacto con el entorno.

La familia entonces está estructurada en sociedad por lo cual está bajo las reglas del entorno, no puede dictar sus propias operaciones sin embargo, en su sistema familiar tienen apreciaciones y referencias de sus contextos cotidianos y en general todo lo que constituye al entorno donde construye su propia autoreferencia que la hace ser una familia determinada, lo cual podría ejemplificarse en el tipo de familia. por ejemplo, no es lo mismo una familia con miembros con enfermedad aguda, crónica o terminal a las que tienen un miembro con AN y BN he aquí donde se da la diferencia.

Algo más que hay que agregar respecto al entorno de acuerdo a Luhmann (1998), es que el sistema tiene que tener la capacidad de distinguirse a sí mismo y ante su entorno en donde reconoce que operaciones pertenecen al sistema y cuáles no.

Referente a la familia hay que tomar en cuenta que ninguna familia es igual a otra cada una tiene sus características que la hacen propia y la hacen funcionar o no, en segundo lugar es muy importante que la familia pueda determinar y dejar en claro que operaciones es decir en este caso, que miembros pertenecen al grupo familiar; porque por ejemplo en las familias amalgamadas o ampliadas se integran nuevos miembros al sistema familiar lo cual trae confusión en los miembros de la familia, lo que puede generar problemáticas en el sistema, además es preciso dejar en claro que decisiones hacen ser al sistema funcional y que otras no.

En el caso de la comunicación, la cual se mencionó anteriormente al ser el eje central de la teoría de Luhmann (1995) refiere que la comunicación es el único fenómeno que cumple con los requisitos de un sistema social, pues surge cuando la comunicación desarrolla más comunicación, a partir de la comunicación, a lo que se pretende llegar con la comunicación es el poder identificar el tipo de operador que hace posible todos los sistemas de comunicación.

Respecto a la comunicación Palomar & Suárez (2000) indican que todo proceso sistémico se produce gracias a la comunicación. La comunicación dentro del sistema familiar actúa como proceso organizador y se encarga del reparto de funciones, roles, tareas, reglas normas etc. Conformando así la estructura que mantiene al sistema familiar en sí. Al respecto también Urteaga (2009) opina que si bien no significa que cualquier tipo de comunicación interna en el sistema sea exitosa, ya que la incomprensión y el rechazo de comunicar no constituyen una salida del sistema sino que forman parte del proceso.

Respecto a lo anterior, se podría agregar que la comunicación y aunado a lo que plantea Luhmann, sobre que la comunicación produce más comunicación, en relación a la familia si mantiene una comunicación constante y efectiva con todos sus miembros será funcional porque no hay cosas ocultas o no existen los llamados secretos de familia, por consiguiente, el sistema familiar suele ser más unido, con reglas y normas más claras, sin malos entendidos y por tanto con una funcionalidad constante, además se fija una posición determinada en el receptor, al existir una comunicación constante y fructífera dentro del grupo familiar suelen ser más claras las jerarquías y roles que cada uno debe cumplir, es decir se sitúa a cada miembro en el lugar que le corresponde dentro del sistema familiar, pero si el sistema familiar falla en su comunicación no

significa que se tenga que abandonar o salir del sistema, simplemente eso forma parte del sistema familiar, que es dinámico y se encuentra siempre en constante cambio (urteaga, 2009).

En el caso del sistema familiar con AN y BN, generalmente las familias suelen tener un bloqueo comunicacional o su comunicación se encuentra dañada, pero ello no significa que el miembro deba abandonar el sistema, sino se debe reorientar, reconstruir y darle de nuevo sentido y equilibrio, aunque claro eso sería en un plano ideal pero en algunos casos se opta por ignorar la problemática y al miembro para que entonces el sistema siga funcionando como era antes del problema a pesar de estar dañado este aspecto.

Otro concepto a tomar en cuenta es la autoorganización y la autopoiesis Luhmann (1995), menciona que son dos conceptos que deben mantenerse claramente separados. Los dos tienen como base un principio teórico sustentado en la diferencia y un mismo principio de operación. Esto quiere decir, el sistema sólo puede disponer de sus propias operaciones; o con otras palabras, dentro del sistema no existe otra cosa que su propia operación.

La autoorganización quiere decir construcción de estructuras propias dentro del sistema. Como los sistemas están clausurados en su operación no pueden importar estructuras. Ellos mismos deben construirlas, por ende el concepto de autoorganización deberá entenderse en primera línea como producción de estructuras propias, mediante operaciones propias (Luhmann, 1995).

En cambio la autopoiesis, significa determinación del estado siguiente del sistema a partir de la limitación anterior a la que llegó la operación. Únicamente por medio de una estructuración limitante un sistema adquiere la suficiente dirección interna que hace posible la

autoreproducción, es decir el sistema se produce a sí mismo y no solo a sus estructuras, por ende, en la autopoiesis se produce el sistema mediante sus propias operaciones la autopoiesis de los sistemas sociales es perdurable y ha creado mecanismos para garantizar la continuidad autopoietica, incluso cuando hay incomprensión y rechazo. Sin embargo, ningún sistema puede evolucionar a partir de sí mismo. En todo proceso evolutivo la autopoiesis del sistema se reproduce y puede sobrevivir a la reproducción divergente que le ofrecen las estructuras (Luhmann, 1995).

En relación al sistema familiar la familia no puede dejar de lado la estructura social, si bien puede tener auto organización en su propio sistema nunca va a perder de vista que se encuentra bajo marcos normativos sociales, además que al dictaminar las reglas internas, es decir su organización es un reflejo inmediato de lo vivido en el entorno, aunque existe diferenciación si hay influencia respecto a él

Con estos dos conceptos en referencia al sistema familiar, se concluye que este tiene una autoorganización y su propia construcción de estructuras, es decir sus normas, roles, funciones, jerarquías, límites, autopercepción familiar, comunicación y relaciones afectivas, es decir la estructura en sí misma de la familia. Es así que cada sistema familiar debe construir esas estructuras internas viendo lo que para ellos es funcional y lo que no, y que le dan sentido a su propio de sistema familiar, en la autopoiesis el sistema familiar debe reproducirse y mantenerse por sí mismo, debe existir organización en la unidad familiar, al presentarse alguna situación o problemática la dinámica mostrará las peculiaridades de la familia antes y después del problema.

Con todo lo expuesto anteriormente se planteará el último punto a donde se quiere llevar la discusión en torno al tema del sistema familiar y los TCA, AN y BN donde intervienen conceptos de la teoría de sistemas como los límites, la emergencia, el desequilibrio, y estabilidad de los sistemas.

En el tema de los límites de un sistema social no se trata de límites físicos, sino de sentido. Y es mediante estos límites de sentido que el sistema social establece su diferencia en relación a su entorno, mediante estos límites queda definido lo perteneciente y lo no perteneciente al sistema, que es lo mismo lo que dentro de él tiene sentido y lo que no lo tiene (Rodríguez & Arnold, 2007).

Es decir, dentro del sistema familiar, se establecen los límites de sentido que los hacen diferenciarse, es algo parecido a lo que se planteaba sobre qué miembros son pertenecientes al sistema y también qué tiene sentido para el sistema familiar en cuanto a creencias, valores, normas y la propia creencia acerca del TCA, pues para algunas familias la enfermedad adquiere un gran sentido dentro de la familia y esto hace que se unan e intenten salir de la problemática, en otras familias claro que también adquiere un sentido pero podría decirse que este es negativo, pues el trastorno lejos de unirlos los separa y fragmenta, en algunos se usa la enfermedad como manera de seguir perpetuando el sistema, en otros se puede ignorar a la persona o tratar de sacarla del sistema que para ellos es funcional y que la pieza dañada es la persona con AN y BN.

Lo que debe quedar claro es que la familia adquiere sus propios sentidos y límites respecto a cualquier situación.

En cuanto a la noción de equilibrio y desequilibrio donde los sistemas adquieren su estabilidad, desde una perspectiva de potencialización del sistema en la medida en que éste puede quedar expuesto permanentemente a las alteraciones y seguir siendo estable (Rodríguez & Arnold, 2007).

En concordancia a lo anterior, hay una pregunta que puede resultar útil para comprender la noción de equilibrio es decir, si entonces el sistema ya no trata de mantenerse estable sino de ver los cambios que puede soportar, entonces ¿qué cantidad de cambios es posible introducir en el sistema, sin ponerlo en peligro? Y si el sistema posee los mecanismos suficientes para controlar la tendencia al cambio y al aumento de la distancia, o si esta direccionalidad conduce a un desarrollo catastrófico.

Dos supuestos hipotéticos o preceptos surgen entonces al poner estas premisas a discusión, basado en el sistema familiar con miembros con AN y BN, la familia al presentar una problemática en uno de sus miembros y dentro del desequilibrio que una enfermedad causa, así como los desajustes a su entorno familiar y en relación con los conceptos revisados como entorno, comunicación, autoorganización, autopoiesis etc. Puede seguir manteniéndose estable bajo sus normas dictaminadas y puede seguir siendo funcional para los miembros, pues en ocasiones al tener un miembro enfermo lejos de que en la familia se fracturen los lazos familiares y su estructura este dentro del caos, encuentra un equilibrio y una forma de llevar a cabo su problemática o bien, se opta por ignorar la problemática continuando con el sistema aunque este no resulte ser funcional, se continua con los mismos principios, ya que como se planteaba anteriormente si hay una intención de mejoramiento es indudable que el sistema se va a tener que

reacomodar lo que trae consigo un reacomodo de todo el sistema familiar que lo hacía funcionar, y si el miembro con la patología hacia funcionar al sistema por el TCA entonces este dejara al descubierto las debilidades.

Es así que hay familias que no encuentran esa potenciación “sana”, de hacer del caos y desequilibrio una fortaleza y encontrar su estabilidad, hay familias que en cambio toman al miembro enfermo para ocultar otras problemáticas que podrían estar pasando dentro del entorno familiar, o que si ya no había algo que las mantenía unidas como por ejemplo, en el sistema conyugal, encuentran en la persona un motivo para mantenerse unidos y centrar toda su atención en él o ella.

Al hablar de que la estabilidad del sistema familiar se encuentra vinculada con centrar su atención en el miembro con de AN y BN y de los cambios que ese sistema puede soportar, he aquí cuando se habla de familias que están en crisis, pues al tener una persona enferma toda su estructura y estabilidad construida se viene abajo, por lo cual no tienen las herramientas y estrategias suficientes y adecuadas para sobreponerse a las adversidades y necesitan una guía, para volver a estructurar su sistema familiar para que este sea funcional y se concentre en el miembro con el TCA, pues al hablar de un individuo con esta problemática, no debe verse como perturbado o enfermo sino se deben destacar que hay relaciones perturbadas no funcionales en el sistema familiar pero también en todas las relaciones que cada uno lleva a cabo, para así aportar algo positivo que la haga funcionar correctamente.

Todo lo expuesto anteriormente, parte de que la familia es vista como sistema ya que en ella hay componentes individuales pero que actúan como una unidad, un conjunto, un todo que la

hace ser funcional o disfuncional, dicho sistema familiar funciona bajo su autoorganización, estructura, comunicación, entorno, estabilidad, equilibrio, límites, autopoiesis, causalidad, noción de equilibrio y desequilibrio.

Finalmente puede concluirse que la familia vista como un sistema es importante y útil para observar y reflexionar sobre los principales acontecimientos que se dan al interior con familias que tienen miembros con AN y BN debido a que son enfermedades graves que suelen tocar muchas fibras sensibles en cada uno de los miembros del sistema familiar y los pone en crisis, por lo cual resulta interesante y útil analizarla desde la teoría general de sistemas de Bertalanffy y la teoría de sistemas sociales de Luhmann, las cuales ayudan a comprender como un problema social como lo es una familia ante una enfermedad está también puede apostar hacia la funcionalidad y equilibrio en sus relaciones familiares, por ende la exploración e intervención en la familia vista como sistema, será un instrumento indispensable para la solución y reflexión sobre comportamientos que se han visto desde la individualidad.

Ahora bien, con lo expuesto anteriormente se puede dar paso a comprender entonces que sucede con las familias que tienen miembros con anorexia nervosa y bulimia nervosa, en que cosas coinciden y que particularidades se presentan en cada una, lo cual se describirá en el siguiente apartado.

3.8 Familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa

Las actividades de carácter nutricional en una familia constituyen una parte muy importante de la vida cotidiana de las personas, no solamente porque sentarse en el comedor resulta trascendental en la convivencia familiar; además el comer está cargado de simbolismos sociales.

En múltiples ocasiones la comida no solo se usa para saciarse si no también como pretexto de convivencia, pero también puede usarse como una rebelión interna o externa con el mundo, pues cuando se está molesto o triste algunas personas no comen o contrariamente comen de más para poder contrarrestar las emociones y sentimientos.

Es así que comer no solamente es un acto de convivencia y de placer sino también puede ser un momento de rabia, de discusión y de protesta, pues el acto de rechazar la comida está ligado a una la lucha de poder y la rebelión, no comer, por ejemplo un plato que la madre tan amorosamente ha preparado, saltarse una comida, ver la televisión mientras se come, son comportamientos que pueden asumir un valor de desafío poderoso. Es por ello que no comer significa rechazar al otro, mandar lejos a quien siempre nos ha dado la comida, es así que la comida puede representar un verdadero canal de rebelión (Onnis, 2015).

Por otra parte rechazar la comida puede significar también la libre elección sobre la propia alimentación por sobre las costumbres alimentarias de la familia, es por ello que cuando un miembro tiene un trastorno relacionado con la comida suele tener dificultades en su ámbito familiar y también significa que intenta rebelarse de alguna forma del poder parental y ejercer su propio poder de elección y autonomía respecto a su alimentación, cuerpo y decisiones (Onnis, 2015).

Ahora bien tener un miembro que rechaza la comida en la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que

le permiten seguir funcionando, de tal manera que es inevitable que se generen cambios en las interacciones familiares lo que puede llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo de la persona enferma, así como la funcionabilidad del sistema familiar (Fernández, 2004).

Si bien, cualquier tipo de enfermedad que se presente en algún miembro de la familia como menciona Fernández (2004), genera un problema en su funcionamiento y un gran impacto, sin embargo el autor ejemplifica a las personas con una enfermedad, aguda, crónica o terminal, donde la familia pasa por ciertos ajustes, pero ante la emergencia de ver a uno de sus integrantes al borde de la muerte se suelen unir para apoyarlo lo más posible, adaptándose a nuevos roles e intentando hacerle la vida más amena a la persona enferma.

Sin embargo, no todas las enfermedades son iguales, en el caso de este tipo de enfermedades crónicas o terminales, se ve claramente el deterioro de la persona y muchas surgen sin previo “aviso”, en el caso de los TCA suele haber un panorama completamente diferente, pues si bien la familia puede notar cierta sintomatología en la persona con el padecimiento, generalmente suelen ignorarlo y pensar que se trata de una rebeldía, un berrinche o un momento pasajero, tal como se vio en el apartado de estigmas acerca de la AN y la BN, sobre las creencias que los padres y familiares tienen, está el querer llamar la atención y que es algo que van a superar con el tiempo Treasure, et al. (2011).

Esa sería una diferencia clara entre las familias ante otro tipo de enfermedades y aquellas que se enfrentan a un TCA, pues resulta difícil, darse cuenta cuando uno de sus miembros transforma sus hábitos alimentarios, pues los integrantes al estar fuera de casa y ocupados en múltiples

actividades les impide poder compartir todas sus comidas en familia. Aunado a ello, Rausch (2002) argumenta que seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física y estar pendientes de la comida y el peso es tan común en nuestra cultura que resulta difícil advertir cuando estas actividades sobrepasan los límites, es decir suelen normalizarse.

Es así que al normalizar las conductas de dieta, y pasar por alto cuando se sobrepasan los límites puede ser el ambiente propicio para que se genere un TCA como la AN y la BN, en donde la dinámica de las familias puede verse severamente afectada; al respecto se pueden encontrar numerosas fuentes que confirman lo anterior.

Cuando algún miembro de la familia desarrolla un TCA, inevitablemente todos los demás se encuentran involucrados, aunque no porque sean sus causantes necesariamente. Generalmente, todos los integrantes de la familia están implicados o bien por la manera cómo influyen en las situaciones conflictivas en las que participan, o bien por el modo en cómo responden a la sintomatología de la persona (Rausch, 2002).

Rausch (2002) expone ciertas características de las familias con un miembro que sufre un TCA, aunque cabe señalar que cada persona es única y cada familia también lo es, no hay especificidad de casos pero generalmente son cosas en común que suelen presentar las familias afectadas, las cuales son:

- No existen diferencias entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y la población en general con respecto a las variables “padres separados” u “orden de

nacimiento”. Esto significa que estos factores no predisponen ni facilitan el desarrollo de esta patología.

- Suele haber mayor presencia de trastorno afectivo (tendencia a la depresión) y alcoholismo en los antecedentes familiares de las pacientes bulímicas. A su vez, las madres de anoréxicas de tipo bulímico y de las bulímicas nervosas acusan mayor incidencia de obesidad y de trastornos del comer.
- Las familias de las personas con anorexia nervosa suelen inhibir la agresión y la hostilidad. La falta de estrategias para resolver conflictos en estas familias se asocia a su baja tolerancia y la dificultad de reconocer y resolver problemas. Este hecho algunas veces organiza rígidamente las interacciones familiares, dando por resultado una parodia de armonía.
- El nivel de conflicto es más acentuado y explícito en las familias de anoréxicas de tipo bulímico y de bulímicas nervosas, precisamente por el tipo de síntomas y la reacción que suscita su encubrimiento en los padres. Habitualmente, ellos se sienten engañados, defraudados e impotentes para revertir la situación, lo que, con frecuencia, se traduce en hostilidad. Y obviamente, esta situación favorece el clima de cortocircuito que suele imperar en la vida de estas familias. Además, debe tenerse en cuenta que las familias en las que alguno o varios de sus miembros tienen antecedentes de trastornos de alimentación se consideran factores de riesgo.

Siguiendo con las aportaciones de Rausch (2002) en relación a los padres, menciona que algunos estudios sobre este tema desmienten la idea generalizada de que las madres de las

pacientes anoréxicas no comprenden a sus hijas y obstaculizan el desarrollo de su autonomía. En efecto, comparando las familias de pacientes con AN y BN con la población general se observa que:

Las familias que más se asemejan a las “normales” son las de pacientes con anorexia nervosa restrictiva y las familias de las personas con bulimia nervosa y anorexia de tipo bulímico se parecen más entre sí. Ya que, estas últimas generalmente manifiestan un nivel significativamente mayor de conflicto y peor relación emocional con ambos progenitores, suelen mantener un vínculo más distante con el padre. Además, el desacuerdo conyugal con frecuencia es más notorio. En cambio, la cohesión y el apego mutuo son mayores en las familias de las anoréxicas restrictivas (Rausch, 2002).

En efecto las personas con AN tienen una relación más abierta y estrecha con las madres, pues suelen ser más transparentes con ellas y sienten que éstas perciben y entienden lo que les ocurre. A pesar de que las madres suelen adoptar una actitud directiva durante el curso de la enfermedad, las hijas lo perciben como una muestra de afecto e interés, y no como una intrusión, en cambio, se ve al padre en general, menos empático y abierto que a la madre. Parecería haber en estos padres la tendencia a relacionarse con los demás sin mostrar sus emociones, lo cual obviamente contribuye a que sus hijas los sientan más distantes (Rausch, 2002).

También Rausch (2002) opina que para ciertas familias, si no fuera por el TCA todo parecería, estar muy bien y para otras familias los problemas son de larga data y en continuo aumento. Esto debido a que la expresión directa de sus emociones representa un temor al desacuerdo entre sus

miembros. A esto se le denomina evitación del conflicto, pues si cada uno dice lo que piensa y siente, pueden surgir diferencias que traigan como consecuencia tensión y conflicto.

Asimismo, cuando la comunicación abierta está obstaculizada, los miembros de la familia tienen que adivinar lo que le pasa al otro, por ello existe un contra choque con la rigidez de las reglas, pues las reglas que hasta ese momento habían organizado la vida familiar no son suficientemente flexibles como para adecuarse a los nuevos requerimientos de quienes la componen. Por ello, es frecuente que en las familias de las personas con un TCA esas reglas que en un momento fueron útiles para contribuir al desarrollo de sus integrantes, al no actualizarse terminen inhibiendo su crecimiento y desarrollo (Rausch, 2002).

En consecuencia, en algunas familias que tienen miembros con TCA el proceso de reorganización se atasca habiendo rigidez en los roles, además las familias no suelen visibilizar o aceptar otras problemáticas además del trastorno de la conducta alimentaria (Onnis, 2015).

Es común entonces que para las familias que tienen miembros con AN y BN, tal pareciera que el trastorno ocupa todo el pensamiento, energías y problemáticas de la familia, la cual se suele culpabilizar y reaccionar de forma inadecuada y confrontar severamente a la persona que padece la enfermedad, pues suelen creer que no existían problemáticas ni dificultades en el sistema familiar hasta que el trastorno llegó a su familia, o por lo menos estas eran menos importantes y subsanables.

Hasta este momento, se ha explicado como suelen ser a rasgos generales las familias que tienen miembros con un trastorno de la conducta alimentaria, específicamente anorexia y bulimia.

Sin embargo, cabe resaltar que estos estudios que se han realizado en las familias son acerca de mujeres con este tipo de patologías, no se mencionan a los hombres no se sabe a ciencia cierta cuales son los efectos en su dinámica familiar, pues todo lo encontrado apunta a describir los rasgos en las familias de mujeres, y aunque existan similitudes en familias de hombres y mujeres lo cierto es que, debido a las diferencias en la crianza respecto al género, puede ser un factor de diferencia en las familias de hombres con TCA.

Por ejemplo, las mujeres que padecen de AN y BN tienen una imposibilidad o dificultad de identificación con una figura materna devaluada, subalterna “sin voz”, en cambio en los hombres con AN y BN, el padre suele ser demasiado privado de autoridad y de presencia afectiva, lo cual resulta que el hijo no lo vea como un modelo de identificación (Onnis, 2015).

Las características de las familias de hombres con AN y BN, serán nutridas más adelante con los participantes de esta investigación. Ahora bien, en el siguiente capítulo se hablará sobre el diseño metodológico de la investigación y posteriormente se presentarán los resultados y discusión en torno a los casos estudiados.

Capítulo IV. Diseño metodológico

Este capítulo tiene como objetivo presentar el diseño metodológico de la investigación. Centrándose en rubros como su enfoque, sujetos de estudio, instrumentos, el procedimiento que siguió el trabajo de campo y las cuestiones éticas para su elaboración.

La presente investigación es cualitativa, y su diseño metodológico se se posiciona en una aproximación de estudio de caso múltiple o colectivo, según Creswell (2007) son varios casos y cada uno de ellos se ilustra en una dimensión de la problemática y posteriormente se replica el procedimiento en el análisis de cada uno de los casos.

De acuerdo a Yin (1994) los casos múltiples o colectivos son un conjunto de casos que se estudian de forma conjunta para investigar un determinado fenómeno, población o condición general. Los casos pueden ser similares o no, ya que no es necesario conocer de antemano si tienen alguna característica en común.

Estos estudios pueden referirse a una persona en particular o a varias, tal es el caso de esta investigación, en donde se trabaja con cinco casos cuyo común denominador es la anorexia nervosa y la bulimia nervosa; sin embargo aunque comparten en común la problemática de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, en distintas etapas evolutivas de la enfermedad son personas que pertenecen a diferentes tipos de familias con distintas dinámicas familiares, por lo tanto, los estudios de casos múltiples o colectivos tratan al fenómeno o problemática otorgándole particularidad a cada uno, pero sin perder de vista que se trata de un fenómeno en común.

4.1 Enfoque de la investigación

Se realizó una investigación exploratoria de corte cualitativo, por ser una investigación detallada, la cual permite observar las apreciaciones de los colaboradores en ella, el enfoque cualitativo según Hernández, Fernandez & Baptista (2010), utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afirmar preguntas de investigación en el proceso de interpretación.

4.2 Sujetos de estudio

Se llevaron a cabo, cinco casos de hombres y mujeres que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Dos mujeres con bulimia nervosa, una mujer con anorexia purgativa, un hombre con bulimia nervosa y otro hombre con anorexia purgativa, dos mujeres se encuentran recuperadas, una se encuentra en el mantenimiento de la enfermedad pero ya buscando un tratamiento, un hombre se encuentra todavía en recuperación y uno en la etapa de mantenimiento del trastorno.

Los criterios de inclusión para elegir estos casos fueron:

- Tener o haber padecido de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa por lo menos hace un año o más, por lo cual un criterio de exclusión era no haber tenido el TCA durante este tiempo.
- Inicialmente se había establecido como criterio de inclusión que fueran personas en la fase de mantenimiento del trastorno, sin embargo al ver la diversidad de casos donde

se reportaron distintas fases de la AN y la BN (mantenimiento, tratamiento y recuperación) se decidió tomar esos casos para contrastar.

- Tenían que ser hombres y mujeres en este caso se encontraron tres mujeres y dos hombres.
- Tenían que pertenecer a México, no importaba el estado.

4.3 Pregunta de investigación y objetivos

¿Qué efectos son los que presenta la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa?

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo General: Analizar los efectos en la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa.

Específicos:

- a) Analizar los cambios que presenta la comunicación familiar ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa
- b) Analizar los cambios en las relaciones afectivas en las familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa

- c) Analizar los cambios de roles en las familias con anorexia nervosa y bulimia nervosa
- d) Analizar los cambios en la autopercepción de las familias ante la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa de uno de sus miembros

4.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó la técnica de las entrevistas semiestructuradas las cuales se basan según Hernández et al. (2010) en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad y flexibilidad para manejar la guía de entrevista e introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas de interés.

También se utilizó como instrumento el familiograma el cual permite un mayor conocimiento de la familia, resaltando puntos claves para conocer la problemática tratada, pues este relata cuántos miembros hay en la familia, sus características, ocupaciones y como se llevan con los demás miembros.

4.5 Procedimiento

De acuerdo a Bernal (2010) para realizar entrevistas se siguen las siguientes fases:

Fase 1. Preparación de la entrevista: en esta etapa, se parte del problema de investigación, los objetivos y la hipótesis (si la hay), luego se prepara un guion de entrevista, teniendo en cuenta el tema que se va a tratar, el tipo de entrevista que va a realizarse y las personas que se van a entrevistar. El guion inicial se valida con una prueba piloto o mediante el juicio de expertos, se

entra en contacto previo con las personas que se van a entrevistar y se concreta la entrevista. Cuando la entrevista requiere varios entrevistadores, hay que capacitarlos previamente.

Fase 2. Realización de la entrevista con el guion de entrevista definido y habiendo entrado en contacto con las personas que se van a entrevistar, se procede a la fase de realización de la entrevista, una vez preparado el material y las condiciones requeridas para tal efecto. Se comienza por presentarle al entrevistado el objetivo de la entrevista, la forma como se registrará la información (escrita, grabada, filmada, etcétera) y después se procede a desarrollar el guion de la entrevista según el tipo de entrevista seleccionado.

Fase 3. Finalización de la entrevista o de las conclusiones, en esta fase se agradece su participación al entrevistado y se organiza la información para ser procesada posteriormente para su respectivo análisis.

En relación a estas fases se elaboró una guía de entrevista, donde la asesora de tesis contribuyó en la elaboración de las preguntas de acuerdo a las categorías seleccionadas en la pregunta de investigación y objetivos, se revisó si el contenido era comprensible y abarcaba lo que interesaba conocer, posteriormente se realizaron los ajustes necesarios y finalmente se aprobó y se llevó a campo.

El método que se utilizó para analizar el contenido de las entrevistas fue el de categorías o categorización de la información, es decir se identificaron los temas nodales a tratar a partir de la pregunta de investigación, objetivo general y específicos, y de ahí se derivaron las subcategorías dentro de la categoría, asimismo se asignaron códigos o etiquetas para identificar con rapidez las

categorías de los temas. Se hizo una entrevista específica para la persona con anorexia y bulimia y otra para los familiares que pudieron participar en este caso dos mamás.

Tabla 10. Categorías y subcategorías de entrevistas, persona con AN y BN

<u>Categoría</u>	<u>Código</u>	<u>Subcategorías</u>
INFANCIA	INF	Detonantes de: -preocupación por el peso -preocupación por la imagen
FAMILIA	FAM	-comunicación -roles -comportamiento cotidiano de la persona y miembros -relación con los padres -actividades familiares -Distinción de los demás miembros -afectos en la familia -percepción de la familia -sentimientos (se siente amado o no) -reglas -límites -normas
ADOLESCENCIA	ADO	-Detonantes de: -preocupación por el peso -preocupación por la imagen
ANOREXIA NERVOSA BULIMIA NERVOSA	AN Y BN	-sentimientos respecto a la situación -cuándo inició y por qué -conflictos en la familia debido a la AN y BN -cuándo se decidió pedir ayuda
DESCRUBIMIENTO DE LA AN Y BN	DES	-conciencia de la enfermedad -cambios en la percepción de la familia -cambios en la comunicación -cambios de roles -cambios en las relaciones afectivas -culpa y reproches -sentimientos de la persona con AN y BN -como se ve a futuro

Nota: Elaboración propia.

Tabla 11. Categorías y Subcategorías de Entrevistas, familiar

<u>Categoría</u>	<u>Código</u>	<u>Subcategoría</u>
RELACIÓN FAMILIAR	REL	-trabajos -comunicación -expresión de afectos -percepción de la familia -comportamiento de los miembros -límites -normas -jerarquías -actividades familiares
CÓMO INICIO LA ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA	INC AN Y BN	-reacción de los miembros -reconocimiento de la enfermedad -problemas antes de la enfermedad -soluciones que se han intentado -sentimientos a raíz de la AN y BN
CAMBIOS EN LA FAMILIA	CAM	-se habla sobre el tema -cambios en la percepción como familia -cambios en las relaciones afectivas -cambios en la comunicación -cambio en los roles, comportamiento y actitud de los miembros
PENSAMIENTOS ACERCA DE LA AN Y BN	PEN	-sentimientos que han surgido -problemáticas que han enfrentado -proceso de entendimiento de la enfermedad -se esperaba de otro miembro

Nota: Elaboración propia.

A través de las categorías presentadas en la tabla 10 y 11 se realizaron preguntas a cada uno de los informantes, esto fue grabado por audio, para no pasar por alto ningún detalle.

Una vez que se realizaron todas las entrevistas, se procedió a analizar el discurso de cada una, como primera fase se hizo la transcripción manual y se creó un formato donde se plasmaron los

datos generales de la persona y el discurso de los informantes, posteriormente se separaron las categorías a tratar: aspectos acerca de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, la percepción de los informantes sobre la familia y los cambios y efectos que tuvo la dinámica familiar ante la presencia del trastorno.

Posteriormente realizó cada familiograma de las personas entrevistadas, esto con la finalidad de comprender cuál era la percepción de la persona acerca de su familia, por lo cual se rescataron datos generales sobre todos los miembros y la forma de relacionarse entre ellos, lo cual ayudo a tener un panorama más amplio sobre el sistema familiar.

Asimismo, se tomó en cuenta lo expuesto en las teorías de sistemas de Bertalanffy y Luhmann, donde se seleccionaron los principales conceptos de estas teorías para hacer un análisis donde interviniera el tema de la familia, la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, los conceptos elegidos fueron: sistema, sinergia, recursividad, equifinalidad, diferenciación, causalidad circular. Límites de un sistema, negentropía, homeostasis, comunicación, sistema abierto, autoorganización y autopoiesis. Todos estos conceptos apuntan a la funcionabilidad de la familia y fueron de utilidad para analizar las relaciones familiares.

4.6 Trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo en varias fases:

En un primer momento se intentó gestionar el espacio para acceder a pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa y sus respectivas familias en distintos institutos y hospitales, al

presentarse diversas problemáticas y negativas y al quedar poco tiempo para concluir la investigación se optó por buscar a los sujetos de estudio a través de otros medios como contactos que conocían a personas con estas características y otros fueron contactados por medio de redes sociales.

En un segundo momento, se hizo una búsqueda exhaustiva sobre personas con anorexia nervosa y bulimia nervosa, una vez detectadas se les invito a participar en la investigación, explicándoles el objetivo y los temas que se tratarían en la entrevista, de esas personas aceptaron tres mujeres y dos hombres; posteriormente se concretó la fecha de la entrevista y se les entregó un consentimiento informado el cual fue leído y firmado por cada uno de los participantes y se aclararon todas las dudas que tuvieran.

En el tercer momento del trabajo de campo, se llevó a cabo la entrevista, antes de iniciar se les explico las categorías que se abordarían y se fue teniendo un diálogo con cada uno hasta agotar los temas a tratar, para finalizar se les dio las gracias y se les dijo que una vez terminada la investigación se les haría llegar para que la conocieran.

Es importante mencionar que la investigación se enfrentó a diversas dificultades, las cuales no fueron una limitante para llevarla a cabo y lejos de tener un sesgo en la información, se cumplieron los objetivos previstos a excepción de que no se pudo entrevistar a un familiar de cada uno de los informantes, pues algunos no quisieron participar y otros no tenían mucha empatía por la situación de sus hijos y no querían involucrarse en el tema. Lo cual denota que la

investigación es así de diversa y siempre se puede enfrentar a múltiples realidades y problemáticas.

4.7 Postura ética del investigador

En la investigación, se llevaron a cabo cinco casos de personas con anorexia nervosa y bulimia nervosa y sus respectivas familias, por lo cual se implementó una postura ética que hiciera sentir a los informantes en confianza para poder expresar sus discursos libremente al mismo tiempo que protegiera su identidad, intimidad y anonimato.

Por lo cual se elaboró un consentimiento informado adaptado del formato de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, este se adaptó para el área de ciencias sociales específicamente Trabajo Social (ver anexos). Este consentimiento tuvo la finalidad de garantizar que la información recopilada solo fuera utilizada para el conocimiento y divulgación académica, en dicho consentimiento se expuso la justificación de realizar el estudio, así como los objetivos de la investigación y los beneficios de realizarla, también se aclaró que los informantes eran libres de decidir si no querían participar en ella o si en algún momento ya no deseaban que se publicaran sus relatos y resultados por lo que podían retirarse en el momento que decidieran.

Posteriormente los informantes leyeron detenidamente el consentimiento informado y lo firmaron, antes de comenzar la entrevista se les preguntó si había algún inconveniente en que se grabaran sus voces, nadie de los participantes tuvo objeción y se grabaron las entrevistas sin inconvenientes.

Es importante mencionar que se tuvo sumo cuidado en el anonimato de las personas, ninguna tenía problema en que se publicará su nombre real, pero se les dijo que para protegerlos de cualquier inconveniente y por fines éticos se tenían que cambiar, así que se les pidió elegir algún seudónimo o un nombre ficticio que les agradará, una vez terminadas las entrevistas se pidió permiso a cada uno para plasmar sus relatos y publicarlos en la tesis, nadie tuvo inconveniente en que así fuera.

Capítulo VI. Resultados y Análisis

En este capítulo se presentan los resultados y análisis obtenidos en las entrevistas realizadas a los participantes de la investigación; se señala el perfil de los casos estudiados a partir de los datos sociodemográficos y la presentación de los familiogramas, asimismo se analizan las categorías seleccionadas para analizar la anorexia nervosa y bulimia nervosa, así como las categorías de la dinámica familiar, resaltando las similitudes y diferencias en los casos presentados.

6.1 Perfil de los casos estudiados

En total se contó con la participación de cinco personas, tres mujeres y dos hombres.

Tabla 12. Perfil Sociodemográfico de los Casos Estudiados

<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Escolaridad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Ciudad</u>
All	Mujer	19	Preparatoria completa	Estudiante	Ciudad de México
Mar	Hombre	29	En proceso de titulación de licenciatura	Estudiante Paramédico y profesor	Durango
Nic	Hombre	23	Estudiante de universidad	Estudiante de Licenciatura y trabajador	Guadalajara
Azu	Mujer	31	Licenciatura completa y estudiante de posgrado	Estudiante	Ciudad de México
Maf	Mujer	32	Licenciatura completa	Trabajadora formando una	Monterrey

Nota: Elaboración propia a partir de los datos de los informantes entrevistados.

Tabla 13. Perfil Sociodemográfico de los Familiares

<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>Ocupación</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Parentesco con el entrevistado</u>
Señora Ver	Mujer	41	Hogar	Ciudad de México	Mamá de All
Señora Bea	Mujer	56	Hogar	Ciudad de México	Mamá de Azu

Además de los datos sociodemográficos, es importante mencionar con quien viven los informantes, Azu vive sola pues renta entre semana debido a sus estudios y visita a su hijo y padres los fines de semana, All, Maf, Mar y Nic viven aún en el hogar de sus padres, cuatro familias son nucleares con padre y madre casados por la vía legal en el caso de Maf además de ella y sus padres vive la abuela materna en la misma casa, por lo cual se trata de una familia extendida, todos tienen entre 2 y 3 hermanos y hermanas, en el caso de Nic hubo muerte del hermano mayor.

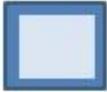
Asimismo, en los casos hay distintas etapas del ciclo vital de la familia, en el caso de All su familia se encuentra en la etapa de los hijos adolescentes, por lo cual se enfrentan a constantes desafíos a las normas y valores familiares que habían funcionado en la infancia, en el caso de Azu, Mar y Nic se da la combinación del ciclo vital de hijos en la adolescencia, con hijos adultos que han salido del hogar para buscar su propia autonomía y familia y en el caso de Maf todos los

hijos son mayores han salido del hogar, excepto Maf que se encuentra en la edad adulta pero no ha abandonado el hogar.

Para conocer más a fondo a los informantes y a sus familias se presentan los familiogramas de cada uno, donde se conocerán que miembros pertenecen a la familia y como son sus relaciones familiares.

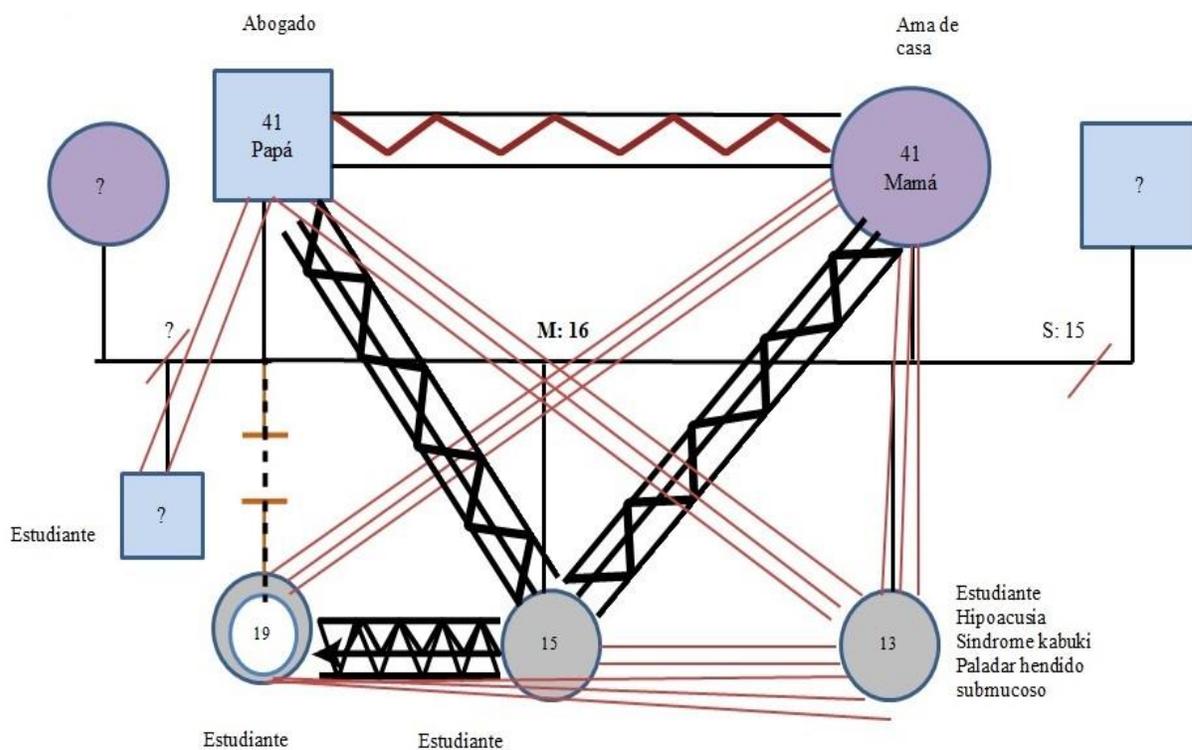
6.2 Familiogramas

Ilustración 1. Simbología de Familiogramas

<u>Símbolo</u>	<u>Significado</u>	<u>Símbolo</u>	<u>Significado</u>
	Hombre		Mujer
	Sujeto identificado hombre		Sujeto identificado mujer
	Hombre fallecido		Mujer fallecida
	Hombre se desconoce la edad		Mujer se desconoce la edad
	Unión civil o religiosa		Separación marital
	Relaciones unidas		Relaciones muy unidas o fusionadas
	Relaciones pobres o conflictivas		Relaciones fusionadas y conflictivas
	Relaciones distantes		Relaciones apartadas o separadas
	Relaciones conflictivas y violentas		

Nota: Elaboración propia, a partir de (Mc Goldrick & Gerson, 2003).

Ilustración 2. Familiograma Caso de All



Nota: Elaboración propia.

6.2.1 Descripción del famiograma de All:

El padre corresponde a un hombre de 41 años de edad y es abogado, su carácter es más duro que el del resto de los miembros de la familia, si él decide que se sale en familia, se sale y todas deben respetarlo. Antes de casarse con la señora Ver, tuvo otra relación que no se sabe cuánto tiempo duro, pero de esa unión nació un hijo que se encuentra en la edad de la adolescencia pero no se proporcionó su edad, y el cual es bastante rebelde, en ocasiones pasa algunos días en casa de All ya sea en vacaciones o fines de semana, la relación que mantiene con su padre es unida pero no estrecha. El padre tiene una relación unida pero en ocasiones conflictiva con la señora

Ver, su esposa; con su hija mayor All no biológica (19) tiene una relación separada y distante pues no tienen mucha comunicación; con su hija de (15) la relación es conflictiva ya que se encuentra en la etapa de la adolescencia y se ha vuelto rebelde; con su hija la menor de (13) la relación es estrecha y sin problemáticas reportadas.

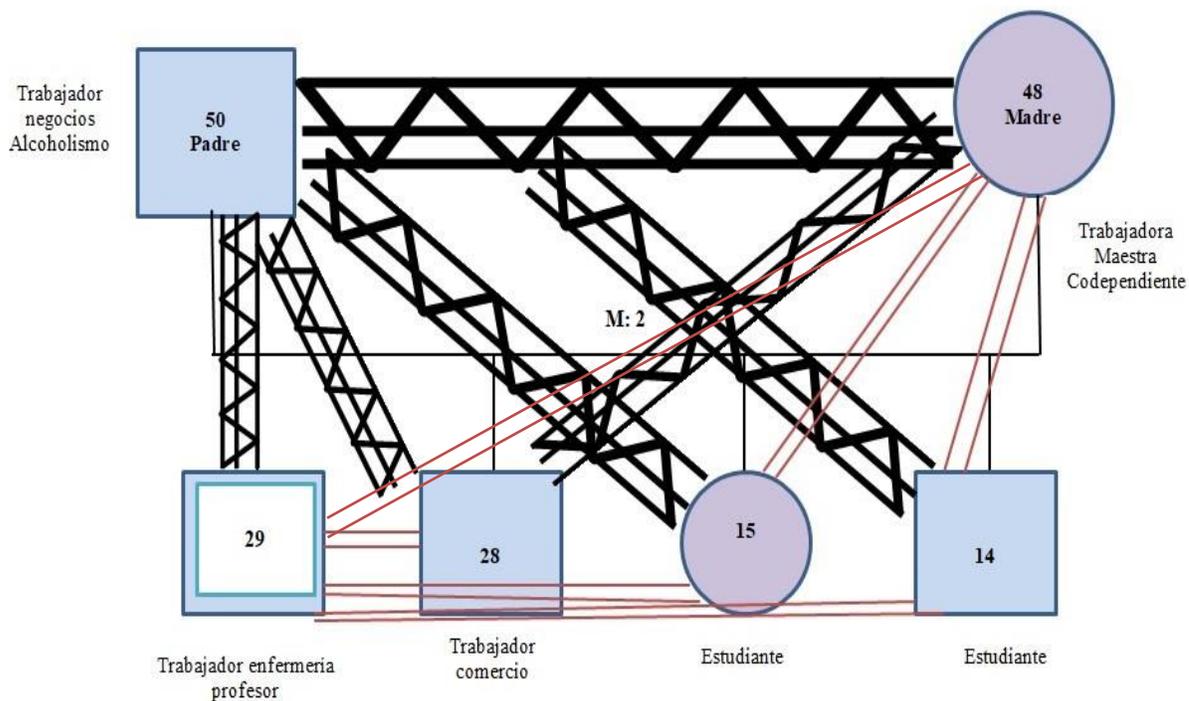
La madre (señora Ver) corresponde a una mujer de 41 años de edad, la cual se dedica al hogar y cuyo carácter suele ser más noble y expresivo a diferencia de los demás miembros de la familia, también antes de unirse en matrimonio con su pareja actual tuvo otra relación en la cual nació All, posteriormente cuando su hija tenía tres años de edad se casó nuevamente, de esa nueva unión nacieron sus otras dos hijas (15) y (13), la relación que tiene con su hija de (19) es muy unida y fusionada, con su hija de (15) suele ser fusionada pero conflictiva ya que argumenta que ella es muy rebelde con todos, con su hija de (13) es muy fusionada y sin conflictos más que los asociados a la salud.

All hija de 19 años la cual es el sujeto identificado, es estudiante pero actualmente se encuentra en una pausa a sus estudios debido a su padecimiento de bulimia nervosa, ella es una mujer tranquila según la describe la señora Ver, es poco expresiva con sus sentimientos y problemáticas según se describe ella, actualmente se encuentra en recuperación de la BN. La relación que tiene con su padre como se mencionaba es separada y distante, con su madre en cambio es unida, con su hermana de (15) es con la que mayores problemas suele tener, pues su relación es fusionada pero constantemente conflictiva, ya que pelean mucho y con su hermana de (13) es fusionada y unida sin problemas reportados.

Hija de 15 años, es una adolescente que se dedica al estudio y que la señora Ver y All la describen como rebelde, se encuentra en una etapa de difícil transición y eso le ha causado tener problemas con todos los miembros de la familia, a excepción de su hermana de (13) con la cual no se reportan problemáticas, ella ha sido una pieza clave en el sistema familiar, pues al tener conflicto con la mayoría de sus familiares hace tensar la dinámica familiar, afectando sobre todo a All.

Hija de 13 años, es una adolescente que presenta diversas enfermedades como el síndrome de kabuki, paladar hendido submucoso e hipoacusia, por lo cual la señora Ver argumenta que está por debajo de su edad, sin embargo es bastante dulce y tranquila, se lleva bien con todos los miembros de la familia.

Ilustración 3. Familiograma caso de Mar



Nota: Elaboración propia.

6.2.2 Descripción del familiograma de Mar

El padre corresponde a un hombre de 50 años de edad que se dedica a los negocios, Mar (29) lo considera conflictivo y agresivo y padece de alcoholismo. Ya que se dedica a los negocios suele estar la mayor parte del tiempo fuera de casa atendiendo su trabajo, por lo cual la familia suele verlo poco, tiene una relación tensa, fusionada y conflictiva con cada uno de los miembros del sistema familiar, a su esposa suele tratarla mal y faltarle al respeto, a sus hijos también, por lo cual ha sido identificado como el miembro más conflictivo y caótico de la familia.

La madre, es una mujer de 48 años, trabaja de maestra y también hace todas las labores del hogar, tiene un carácter tranquilo. Mar la describe como codependiente de su padre (50) por lo cual ha permitido años de abusos y faltas de respeto, su relación suele ser siempre muy conflictiva y caótica; pues en ocasiones se finge que nada ha ocurrido pero posteriormente se sigue con el ciclo de abusos y malos tratos, la relación que ella tiene con sus hijos es unida, pero con su hijo de (28) es conflictiva.

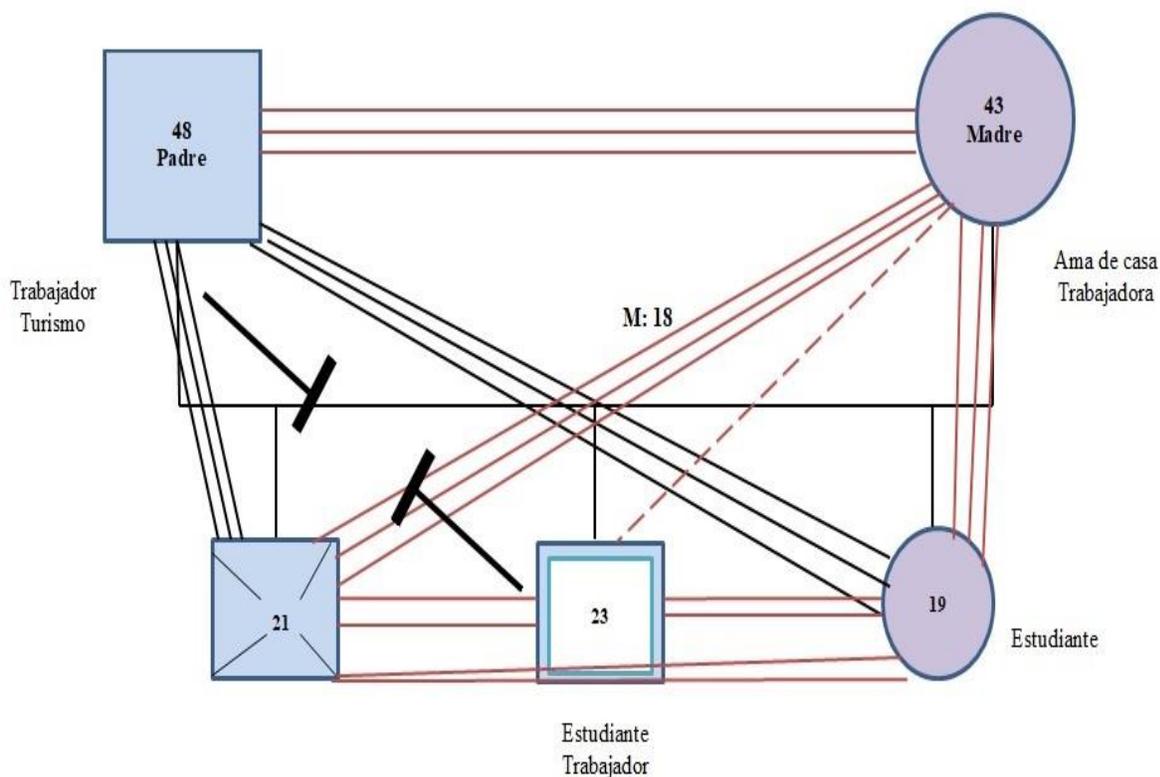
Hijo de 29 años, es el sujeto identificado, trabaja como profesor, paramédico y estudia enfermería, es una persona muy trabajadora y comprometida con sus labores, actualmente tiene problemas de salud relacionados a insuficiencia renal, el presentaba problemas de bulimia nerviosa principalmente, con periodos de anorexia nerviosa, pero ha decidido curarse para no agravar más su enfermedad renal, la relación que tiene con su madre y hermanos es unida pero no demasiado cercana, con su padre es totalmente conflictiva.

Hijo de 28 años se dedica al comercio, no tiene una buena relación con su padre ni con su madre, por lo cual las relaciones suelen ser fusionadas pero muy conflictivas y cargadas de agresividad, respecto a la relación con sus hermanos es unida pero no tan cercana.

Hija de 15 años, se dedica a estudiar, la relación que tiene con los hermanos es unida pero no demasiado estrecha, con el padre también es fusionada pero conflictiva y agresiva.

Hijo de 14 años, es el menor de los hermanos se dedica a estudiar y tiene una relación buena y unida con sus hermanos, pero tampoco tan íntima o fusionada, al igual que todos los demás miembros la relación con el padre es conflictiva, fusionada y agresiva.

Ilustración 4. Familiograma Caso de Nic



Nota: Elaboración propia.

6.2.3 Descripción del famiograma de Nic

El padre es un hombre de 48 años de edad, el cual es extrovertido, comunicativo y amigable, se dedica al turismo razón por la cual no se le ve mucho en la casa, la relación que tiene con su hija de (19) es bastante fusionada y buena, la relación que tenía con su hijo de (21) el cual murió en un accidente donde iban juntos, era también bastante fusionada, la relación que tiene con Nic (23) es apartada o separada, no hay unión, la relación con su esposa es muy fusionada y se llevan bastante bien.

La madre es una mujer de 43 años de edad, la cual también trabaja y se dedica a las labores del hogar, la relación que mantiene con su esposo es fusionada y buena ella también es extrovertida, amigable y con muchas amistades, la relación que tenía con su hijo de (21) era muy unida y fusionada, lo mismo con su hija de (19) pero con Nic es distante, no tienen mucha cercanía en su relación.

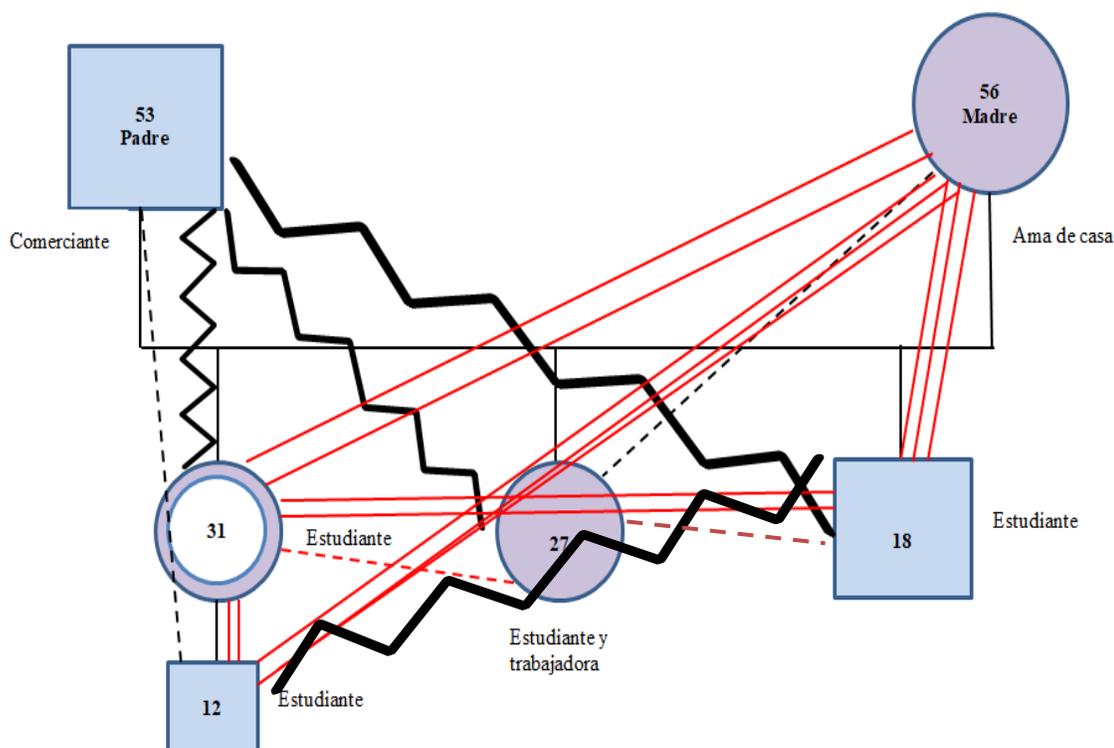
El hijo de 21 años, falleció a esa edad debido a un accidente automovilístico en donde viajaba con su padre el cual sobrevivió; se dedicaba al estudio, era muy comunicativo, tenía un carácter extrovertido y muy amigable pues mantenía muchas relaciones de amistad, al igual que sus padres y su hermana de (19) la relación que tenía con sus padres era buena y fusionada y con sus dos hermanos (19) y (23) igual.

El hijo de 23 años, el cual es el sujeto identificado suele ser solitario y bastante alejado de las relaciones familiares, al contrario de los demás miembros el más bien es introvertido, presenta anorexia nervosa con algunos periodos de bulimia nervosa, el continua con ese estilo de vida de no comer mucho, la relación con sus padres es distante, con su hermano (21) era más unida y con su hermana de (19) es con quien más vínculo afectivo tiene, pues dice que ella lo entiende en ciertas cosas, él se dedica a estudiar y trabajar, menciona que estudiar es su vida, tanto así que es a lo que más empeño le pone y se olvida hasta de comer ya que estudiar le genera una gran satisfacción.

Hija de 19 años, se dedica a estudiar, es extrovertida como sus padres, tiene amistades, asiste a fiestas y se lleva muy bien con sus padres, se llevaba bien con su hermano de (21) su relación era cercana, es la que más empatía tiene con Nic debido al problema alimentario que está pasando

pues también ha visto ese tipo de problemáticas con sus amigas por lo cual también trata de comprenderlo.

Ilustración 5. Familiograma Caso de Azu



Nota: Elaboración propia.

6.2.4 Descripción del famiograma de Azu

El padre corresponde a un hombre de 53 años de edad que se dedica al comercio y es el único proveedor en el hogar, su carácter es duro, fuerte y machista pues esa es la educación con la que creció según describe Azu y la señora Bea. La relación que tiene con su esposa (señora Bea) suele ser pobre con pocos vínculos afectivos, conflictiva y/o violenta al igual que con todos sus

hijos esto debido a su carácter, la relación con su nieto (12) hijo de Azu si bien no es conflictiva como tal pero si suele ser distante y débil.

La madre es una mujer de 56 años de edad (señora Bea) la cual tiene un carácter noble y preocupado por cada uno de sus hijos, ella se dedica al hogar, la relación con su esposo (53) como se mencionó es conflictiva, la señora Bea es la que más relación tiene con cada uno de sus hijos; su relación con Azu es cercana pero no muy fusionada, con su hijo de (18) es muy fusionada y se llevan bien, con su hija de (27) es distante pues argumenta que ella se ha alejado del sistema familiar y ya no vive en el hogar, con su nieto (12) la relación es fusionada ya que ella es quien lo suele cuidar.

Hija de 31 años, la cual es el sujeto identificado, es una chica tranquila y estudiosa, se dedica actualmente a estudiar, presentaba problemas alimentarios principalmente bulimia nervosa, con periodos de anorexia nervosa, actualmente también pasa por un proceso de ansiedad y depresión y algunos problemas con el peso y la imagen corporal, por lo cual tiene que acudir a terapias, ella no vive actualmente en casa de sus padres ya que renta en la semana debido a sus estudios, su hijo no vive con ella, vive en casa de sus abuelos y tío, a los cuales Azu visita los fines de semana, la relación que tiene con su madre, su hijo y hermano de 18 años es unida aunque no tan fusionada, con su hermana de 27 años es más bien alejada y distante ya que ella ya no vive en el hogar y no se le ve muy a menudo, con su padre la relación siempre ha sido conflictiva y no unida.

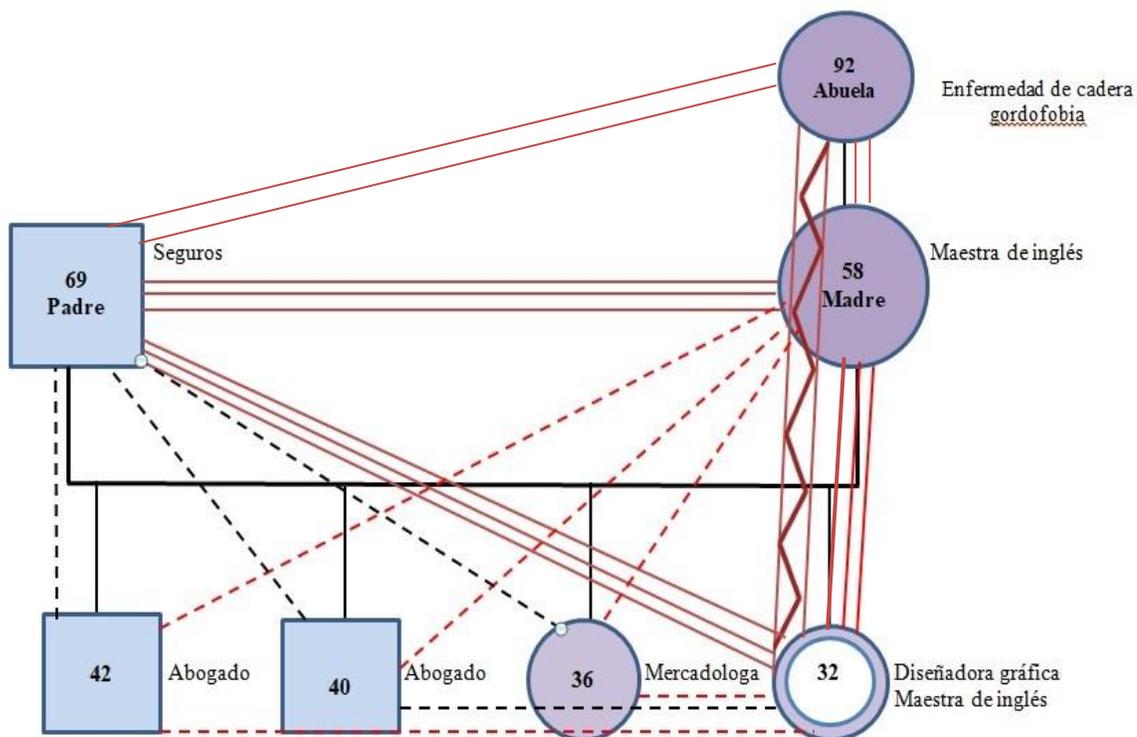
Hija de 27 años, es estudiante y trabaja, actualmente tiene una hija y se ha vuelto unir con una nueva pareja, ya que con la primera no le fue bien, ella no vive ya con sus padres y no tiene

mucha interacción y cercanía con ellos ni con sus hermanos y sobrino, así que las relaciones con todos ellos son distantes, con su padre la relación al igual que los demás miembros más bien suele ser conflictiva y pobre.

Hijo de 18 años, es estudiante, es un chico tranquilo, estudioso y que no sale mucho del hogar, la relación que tiene con su madre es muy unida y estrecha, con su hermana de (31) es unida, con la de (27) es más bien distante al igual que los demás miembros, con su padre es conflictiva y con su sobrino de (12) hijo de Azu es conflictiva, pues la señora Bea (56) argumenta que se la pasan discutiendo y no se suelen llevar bien.

Nieto de 12 años, es un niño tranquilo pero en ocasiones con berrinches pues se encuentra iniciando la etapa de la adolescencia, se dedica a estudiar y se lleva bien con su abuela pues su relación es fusionada, con su mamá Azu también se lleva bien, son unidos pero no fusionados, con su tío (18) la relación suele ser conflictiva pues suelen pelear a menudo y con su abuelo (53) la relación aunque no es conflictiva si es distante o separada.

Ilustración 6. *Familiograma Caso Maf*



Nota: Elaboración propia.

6.2.5 Descripción del familiograma de Maf

El padre es un hombre de 69 años de edad, que se dedica a trabajar en una aseguradora, es un hombre noble y tranquilo la relación que tiene con su esposa es muy unida y fusionada, se llevan bien. La relación que tiene con sus hijos mayores de (42), (40) y (36) suele ser débil ya que como estos ya han salido del hogar ya no se frecuentan tan a menudo, en cambio con Maf (32) la relación es muy unida y estrecha ya que ella aún vive con ellos, la relación con su suegra (92) es unida pero no estrecha.

La madre es una mujer de 58 años de edad, es una mujer tranquila, noble y muy jovial como la describe Maf, actualmente es maestra de inglés, como se mencionaba la relación que tiene con su esposo es estrecha y con sus hijos mayores también suele ser débil, en cambio con Maf es fusionada y cercana, la relación con su madre (92) es unida pero no fusionada o muy estrecha.

Abuela de 92 años, la cual debido a una caída presenta problemas en la cadera, Maf la describe como una persona que es gordo-fóbica, es decir que le teme a la gordura y en todas las personas en especial a Maf le insistía con el tema del adelgazamiento y el peso, actualmente vive en casa de los padres de Maf pues debido a su enfermedad y edad es difícil que ella pueda cuidarse por sí misma, la relación que mantiene con su hija y yerno es unida, pero no estrecha, con sus nietos mayores también suele ser distante esto debido a que cada quien se encuentra en sus asuntos y vidas y con su nieta menor Maf tiene una la relación podría decirse que es conflictiva debido a la insistencia de esta en el pasado porque bajara de peso.

Hijo de 42 años, es abogado, vive en la Ciudad de México y tiene 3 hijos por lo cual la familia ya casi no lo ve, por lo mismo la relación con todos los integrantes suele ser distante.

Hijo de 40 años, es abogado, vive en Monterrey como Maf y se frecuentan más a menudo aunque no mucho, por lo cual su relación con todos los miembros también es distante.

Hija de 36 años, es mercadóloga, y se mudó recientemente a Querétaro, por lo cual tampoco frecuenta a sus padres, hermanos y abuela así que la relación suele ser también distante.

Maf tiene 32 años y es el sujeto identificado, es noble, dulce, tranquila y en ocasiones poco expresiva con sus sentimientos sobre todo con el enojo, estuvo aproximadamente 15 años

enferma de anorexia nervosa, con periodos de bulimia purgativa, actualmente está recuperada y formando una asociación para los TCA, la relación que tiene con sus padres es muy unida y fusionada ya que es la única de los hijos que aún vive en el hogar, con sus hermanos la relación suele ser más distante debido a la distancia que los separa y las ocupaciones, con su abuela es con quien tiene una relación más tensa.

Como se puede observar, los familiogramas muestran que miembros pertenecen al sistema familiar y como son sus relaciones familiares, las cuales en su mayoría suelen ser débiles o conflictivas y en algunos miembros, estrechas y unidas, lo cual pone de manifiesto la importancia de observar esta importante herramienta que ha sido ampliamente utilizada por el trabajo social y que es muy útil para vislumbrar un panorama detallado de las familias con las que se está trabajando.

6.3 Aspectos sobre la anorexia nervosa y bulimia nervosa

En este apartado se plasman las cuestiones reportadas acerca de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa a través de las categorías, códigos y subcategorías establecidas de acuerdo a las guías de entrevistas (ver anexos), por lo cual en este apartado aparecerán algunos fragmentos que compartieron los informantes; tomando en cuenta los rubros que se cubrieron en las preguntas.

Para contextualizar respecto al tema del TCA, es importante mencionar que trastorno alimentario tiene cada informante, en el caso de All es (bulimia nervosa), Mar (bulimia nervosa), Nic (anorexia nervosa purgativa), Azu (bulimia nervosa) y Maf (anorexia purgativa), sin embargo todos los informantes han tenido ambos trastornos simultáneamente es decir, todos y todas han

experimentado tanto la anorexia nervosa como la bulimia nervosa, algunos iniciaron dejando de comer y luego vomitaban y otros comenzaron con atracones y vomitando y posteriormente dejaban de comer, por lo cual es necesario vislumbrar que generalmente en los TCA no se experimenta un solo cuadro clínico, sino que es una combinación de distintos síntomas, oscilando entre etapas anoréxicas o bulímicas que al final resultan en una combinación de las dos patologías.

Respecto al inicio de la enfermedad, todos y todas las informantes iniciaron en la edad de la adolescencia, la mayoría cuando cursaba la escuela secundaria.

Categoría Infancia (INF) ¿En tu infancia hubo algún detonante para que te preocuparás por tu imagen y tu peso?

“Cuando yo estaba en la primaria, pues si tenía sobrepeso entonces, de ahí empezó como que el bullying y todo eso... comentarios hacia mi cuerpo, hacia mi físico y pues como que todo eso comenzó a afectarme un poquito” (All, 19 años).

“En cuanto a si hubo algún detonante, yo creo que no puedo identificar uno solo, pues tiene que ver con la falta de cariño, la falta de figura paterna y la desprotección ¡vaya! Ese sentimiento de desesperanza, invalidez y desprotección cuando eres niño y el comenzar a callar tantas cosas que yo necesitaba expresar... todo comenzó cuando ahora sí literal de un día para otro empecé a desarrollar mucha ansiedad, que se fue convirtiendo en crisis de pánico, lo más gordito, o el mayor peso que pude tener ha sido de 70 y tantos kilos, comencé a tener conductas autodestructivas, comencé a consumir alimentos de una manera bastante descontrolada y posteriormente venía un sentimiento de culpabilidad, donde vomitaba, luego pues deje de comer, pasaba de la bulimia a la inanición o la anorexia total...” (Mar, 29 años).

“Durante la infancia realmente no, porque era un chico más bien normal y tranquilo aunque sí que me aislaba bastante, yo prefería estar leyendo que jugando con los otros niños, y tal vez por eso estoy un poco más retraído y menos dado a buscar ayuda con mis problemas, tampoco era muy comunicativo con mis padres, esa fue mi infancia.” (Nic, 23 años).

“En la escuela me hacían burla de todo, yo era una niña muy gordita, los niños de quinto y sexto de primaria me molestaban mucho, se referían a mí de una forma muy despectiva, a veces me hacían llorar y me dejaban de hablar, yo me recuerdo en el receso sentada en alguna banca... y se ponían todos alrededor y me decían –“saco de manteca o gorda”- hasta el punto de hacerme llorar...” (Azu, 31 años).

“Mira la verdad es que yo de niña nunca tuve algún problema lo único que si viví y mucho fue la preocupación por el peso, en la familia sobre todo de mi abuela materna, yo de niña no era gorda pero no era flaquita, pero por genética siempre fui mucho muy piernuda, y patinaba sobre hielo entonces, en los vestiditos de patinaje, lo que más enseñan son las piernas, y yo veía las piernitas de mis amigas y yo decía -¡Es que soy una gorda!- y con una abuela bastante gordo fóbica... yo llegaba de chiquita y le decía –Hola tita ¿cómo estás? Y decía... -¡Aay! -Que llenita te estas poniendo- eran sus comentarios, eso a mí me daba en toditita ya sabes que... Mi enfermedad empezó cuando yo tenía, calculo 8 años, pero siempre la vi reflejada en mi vida” (Maf, 32 años).

En cuanto a la categoría de la infancia, All y Azu describen el bullying que sufrieron por su peso ya que desde niñas se fueron dando cuenta que no eran aceptadas por no cumplir ese ideal de delgadez, lo cual les fue afectando gravemente. En el caso de Mar, había mucha angustia y ansiedad en su interior lo que le hizo buscar una “vía de escape” hacia ese sentimiento de auto rechazo que sentía por sí mismo y por callar muchas cosas que pasaban en su familia, lo cual a temprana edad lo hizo buscar en la comida un consuelo y una calma, lo cual se salió de control y terminó en un TCA.

En el caso de Nic relata una infancia solitaria centrada en sí mismo, sin mucha convivencia con niños de su edad, ni con sus padres, lo cual refleja lo incomprendido que siempre se ha sentido. En el caso de Maf, su infancia aparentemente no tuvo problemas, pues en su entrevista describía que sus padres jamás la maltrataron ni sufrió cuestiones de divorcios, violencia o abusos, sin embargo lo que marco su infancia fue el que su abuela materna se fijara mucho en el físico y tuviera un pavor a la gordura, lo cual fue creando desde pequeña una distorsión respecto a su cuerpo.

Como se puede apreciar, aunque hay cosas en común respecto a la infancia de los informantes, cada uno a su manera paso esta etapa angustiado no solo por su peso y su físico sino que además lidiaban con otra serie de factores sociales estresantes para su edad, lo cual les hizo ir creciendo con preocupaciones. Asimismo, la influencia de amigos y familiares contribuyeron a esa insatisfacción en su cuerpo.

Categoría adolescencia ADO ¿Cómo fue o ha sido tu adolescencia, consideras que hubo algún detonante en esta etapa para que te preocuparas por tu imagen y peso?

“Cuando entre a primero de secundaria se quedó mi mejor amiga de la primaria en la misma secundaria que yo, y empecé a recordar como que a ella le hacían más caso por estar más delgada, yo estaba más pasada de peso, entonces la empecé a admirar un poquito más; me acerque a ella para saber cómo le había hecho, al inicio no me dijo, luego fue sincera conmigo dijo que no comía y cuando lo hacía vomitaba. Pensé en hacer lo mismo, empecé a buscar dietas en internet y encontré las páginas pro Ana y pro Mia, entonces empecé a seguir todos los consejos de esas páginas, en ese entonces, yo no vomitaba todavía, pero sí empecé a restringirme, me quite la azúcar y así...”
(All, 19 años).

“Bueno, pues si yo creía que la etapa de la infancia había sido complicada, ahora sí que la adolescencia llega y me dice ¡quítate que ahí te voy! para empezar el miedo y la ansiedad fueron los dos sentimientos que me acompañaron; entonces también eso contribuyó mucho y como yo ya tenía antecedentes y la predisposición por todo lo que yo ya venía arrastrando pues nada más faltaba un desencadenante y fue rodearme de una sociedad superflua” (Mar, 29 años).

“Bueno, ahora que lo pienso fueron varias cosas, pero lo que sí podría decir es que tenía un hermano varios años mayor que yo, una de las cosas en las que me fijé es que él sí tenía un físico un poquito más definido, estaba realmente delgado y fuerte, y tenía muchas amigas y amigos y como dije yo era un niño muy solitario y retraído y por alguna razón yo veía en él algo como a lo que aspirar, ser como él y quizá por ahí me empecé a obsesionar con el peso, se me metió la idea en la cabeza, de sí no estas guapo, si no estás fuerte, si no eres carismático no te van a querer, entonces eso hizo que me preocupara más por mi físico” (Nic, 23).

“Si hubo un acontecimiento, lo recuerdo muy bien, fue una decepción amorosa, me acuerdo que había un chico que me gustaba mucho en la secundaria y en una ocasión le escribí una cartita expresándole mis sentimientos, mis amigas le entregaron la carta y después me enteré que éste chico la lee y lo que mencionó fue “hay no, es que ella no me gusta está muy gorda” y me dio tanta pena, que ese acontecimiento me marcó para que me saliera de la escuela y comenzara a buscar una alternativa para bajar de peso” (Azu, 31 años).

“Cuando era chiquita o cuando adolescente, de echo me odiaba con todo mi ser, nunca me vi a mi misma como yo era en el espejo, pero yo siento que se disparó más cuando mi abuela le dijo a mi mamá y me pusieron a dieta a los 8 años, ahí fue donde me obsesione con las calorías y con el sentimiento de querer bajar de peso, a los 11 más o menos me enferme muy fuerte de una sinusitis y estuve en cama como una semana sin querer comer y entonces cuando me cure me subí a la báscula y vi que había bajado bastante, entonces fue ahí donde mi cerebro hizo un clic de ah.... Entonces así es, no hay que comer y ahí fue donde deje de comer por completo...” (Maf, 23).

En la etapa de la adolescencia, es cuando se desencadena la anorexia y la bulimia de los informantes, pues aunque desde la infancia ya tenían problemáticas respecto a su imagen y peso

en la adolescencia se acentuaron, debido a los propios cambios físicos, psicológicos y sociales que comenzaron a experimentar, así como la influencia de familiares y amigos y unas relaciones familiares caóticas que les generaban angustia como en el caso de Nic y Mar lo cual desencadenó en cada uno insatisfacción por su imagen, lo que los llevó a buscar alternativas para bajar de peso y encajar con el medio en el que se desenvolvían.

Categoría anorexia nervosa y bulimia nervosa (AN y BN) Cuéntame tu experiencia con la anorexia nervosa y bulimia nervosa ¿cómo te sientes respecto a la situación?

“Al principio tú piensas que tienes el control de todo, dices ok, si no tengo el control de mi vida pues tengo el control en lo que como y pues el hecho de sentir hambre, mientras más horas ayunes es porque lo estás haciendo bien, pues yo me sentía feliz de eso, de no comer incluso se elevaba mi estado de ánimo, al ver yo en la báscula que estaba bajando de peso, pero al verme al espejo yo no veía cambios, yo no veía lo que mi familia decía, “pues es que estas más delgada”, yo me veía gorda...” (All, 19 años).

“Bueno, de ser una experiencia pues ¡híjole! La peor experiencia de mi vida, pues al principio sentía mucha culpa porque obviamente ver el sufrimiento de tu madre y volverte indolente pues... porque yo le llegue a decir que me quería morir y que me dejara morir y bueno es que uno vive encapsulado, vive enfrascado en sus propios problemas y como no podía controlar nada a mi alrededor era lo único de lo que tenía el control, la capacidad de de comer y vomitar inmediatamente, entonces era como también una conducta muy manera sutil de decir ¡miren como me estoy chingado por culpa de todos” (Mar, 29 años)

“Creo que el primer contacto que tuve con el trastorno fue cuando fui a un viaje que organizo la escuela y pues todos con traje de baño, realmente me sentía muy inseguro y ahí fue cuando empecé a dejar de comer y cuando regrese del viaje, volví a hacer ese tipo de cosas. Porque no sé qué había dentro de mí que me sentía bien con hambre, me sentía como que puro entonces empecé a dejar de comer más seguido y actualmente como una vez al día, realmente no me da mucha hambre... Todos mis problemas fueron directamente hacia la comida, o no comía lo

suficiente o tenía ataques de ansiedad en los que tenía que comer, porque la escuela también me estresaba e inmediatamente iba y lo desechaba, entonces básicamente es un poquito de anorexia y bulimia (Nic, 23 años).

“Fue una etapa muy fea, porque de alguna forma a pesar de que en meses comencé a ver resultados de que comencé a adelgazar y los chicos se comenzaron a fijar en mí, me veía bien, era una adolescente agradable a la vista, pero se fueron acumulando sentimientos negativos, entré en depresión, se me generó ansiedad y eso duró más de diez años, hasta la fecha todavía tengo las secuelas” (Azu, 31 años).

“Cuando comencé a bajar de peso todo el mundo se dio cuenta y le decían a mi mamá -¡ Maf tiene algo, no está comiendo y se desmaya y se marea! Y mi mamá, en un principio pues, yo creo que por la negación, las mando a la fregada y no hizo nada, pero luego, me fui de vacaciones con la hermana de mi mamá y ahí fue donde mi tía se dio cuenta que no comía y hacía ejercicio como loca, y le dijo a mi mamá, ahí fue cuando me llevaron por primera vez al pediatra, y yo no les hacía caso y decía que estaban locas y más o menos lograba librarme pero después mi mamá me puso una película para cómo hacerme recapacitar de lo que estaba haciendo pero en la película la chava les enseña a sus amigas como vomitar y entonces ahí fue donde descubrí eso y fue cuando me dio anorexia purgativa, porque empecé a vomitar todo lo que me obligaban a comer y desde ahí fueron un sinfín de internamientos...” (Maf, 32 años).

Respecto a las experiencias con la anorexia nervosa y la bulimia nervosa la similitud de los informantes se encuentra en esa satisfacción de orgullo y euforia que les hacía sentir el no comer y/o hacer ejercicio y los resultados que veían reflejados en la báscula, por lo cual se enganchaban más en continuar con la enfermedad. Si bien todos los casos son diferentes, la experiencia de All relata que nunca estaba satisfecha con su imagen corporal, Azu relata su experiencia como una etapa fea pues a raíz del trastorno se le generó ansiedad y depresión, al igual que Nic también le generó ansiedad, Maf inició a una etapa muy temprana y al intentar ayudarla su mamá le dio nuevas ideas para bajar de peso a través de los vómitos lo cual la hizo continuar con la

enfermedad y en el caso de Mar también considera que ha sido una etapa muy fea en su vida pero que eso lo ayudó a ser más empático con la gente.

En la misma categoría de AN Y BN se rescatan cómo se supo del problema y que conflictos se generaron en la familia en cuanto a la opinión de los informantes, posteriormente se rescatará la información de la mamá de All (señora Ver) y la mamá de Azu (señora Bea).

“Sí tenía ganas de decirle a mi mamá por lo que yo estaba pasando, pero a la vez no quería, porque sentía vergüenza, me avergonzaba que todos supieran que yo hacía esas cosas, le dije a mi mamá que me afectaba que también ella discutiera con mi papá o que incluso mi hermana me hiciera enojar, y bueno si empezaron a disminuir las peleas, mi hermana si dejó de molestarme durante un tiempo pero como que después se le fue olvidando y ya empezó como que otra vez...” (All, 19 años).

“Yo tenía 16 años, estaba en la preparatoria y así estuve por dos años hasta que una vez ya no pude más, yo ya no comía nada ya pesaba 40 kilos o menos creo yo, y ya había tenido intentos suicidas y una vez lo iba a llegar a consumir pero pues mi mamá estaba atrás de una ventana y observo todo y ella me detuvo ¡imagínate! Entonces, pues buscó ayuda y me interno en una clínica que por cierto muy cara, muy costosa en aquellos tiempos y pues ahí me quede guardadito dos meses y ¿sabes? Yo creo que en lugar de eso, de unir a la familia aquí no se habla mucho del tema, es como si no hubiera pasado, entonces realmente no tuvo un impacto en la misma relación familiar ya fracturada, ...” (Mar, 29 años).

“El problema se detectó muy rápido, yo realmente no lo consideraba problema porque como dije lo que quería era tener atención, amigos, que se fijaran en mi por ser guapo y realmente no pensé que hacía algo malo, pero como en ese viaje de escuela, el chofer era amigo de mi papá le comunicó todo esto y se enteró que yo no estaba comiendo, entonces me pregunto que, ¿qué pasaba? Si no tenía hambre, que si tenía algún problema, realmente les costaba asimilar que era un trastorno alimenticio, pensaban que lo hacía para llamar la atención o por coraje,

como hacerlos sufrir por huelga de hambre, pero nunca pensaron que era trastorno alimenticio realmente” (Nic, 23 años).

“Quien se dio cuenta fue mi mamá, entonces de alguna forma en algún momento y ya reflexionando quizá también fue una forma de llamar la atención, porque no me sentía bien en casa y bueno mi mamá buscó ayuda psiquiátrica para tratar eso, y ahí es cuando se da cuenta que yo tenía un trastorno alimenticio, creo que a ella la vi muy preocupada, mi papá yo creo que también, pero es como te mencionaba muy reservado en sus sentimientos, entonces no lo notaba tanto en él, sólo que estaba un poquito más agresivo de lo normal, no sé si era su forma de reaccionar, nunca lo supe y... yo creo que la relación de mi papá y mi mamá en ese entonces no estaba bien, como que surgieron problemas entre ellos...” (Azu, 31 años).

“El clima familiar era muy hostil por todos lados, o sea por el mío, por el de mis papás, por el de mis hermanos, por todos lados... era desde mi punto de vista un ambiente familiar muy enfermizo, porque ellos hacían todo lo que podían para sacarme adelante, pero yo estaba tan metida y tan sumergida en esto que no lo veía y entonces eran conflictos, tras conflictos, tras conflictos... discusiones y discusiones y no hallábamos la salida por ningún lado...” (Maf, 32 años).

En todos los casos presentados la anorexia y la bulimia han estado relacionadas con las problemáticas de la dinámica familiar de los informantes, si bien en todos los casos ya había problemas en el sistema familiar antes de que se iniciara el TCA, sin embargo estos problemas se hicieron aún más visibles y complejos al detectar la enfermedad, pues la dinámica familiar se fracturó más al no encontrar la forma de salir de la situación, pero en otros casos como el de Nic y Mar la problemática se ignoró y no se aceptó que fuera un TCA.

Categoría cómo inicio la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (INC AN Y BN) respecto a la opinión de la señora Ver y la señora Bea. Cuénteme ¿Cómo inicio la problemática de la AN y la

BN, que cambios noto en su hija (o), cómo reacciono usted y los demás miembros de la familia ante los síntomas, cómo es que se dieron cuenta?

Categoría (INC AN Y BN) Señora Ver, 41 años (como inicio el problema)

“Bueno en la secundaria ella estaba un poco llenita, ya saliendo fue cuando empezó a adelgazar mucho, como que trataba de no comer tanto pero yo la veía comer, yo no me imaginaba que se provocara el vómito, bueno pues, estamos en un lugar pequeño, digo se escucharía ¿no? y jamás eh! Jamás... jamás... por aquí me pasaba que ella se provocara eso; yo dije, bueno es por la edad que está adelgazando y ya se estiró un poquito...”

(Qué cambios noto)

“Cuando empecé a ver que se le caía mucho el cabello, ella tenía muchísimo, se le agarraba una cola y estaba gruesísima, y ahorita si la tocas es muy poquito el que tiene; empezó con muchos achaques que dolores de cabeza, dolores de estómago, comía cualquier cosita y se inflamaba... anduvimos de doctor en doctor, que colon irritable, y no se componía, yo hasta a veces pensaba que fingía para no ir a la escuela., yo decía ¿Me estará engañando? porque ya era mucho... y lo que si es que antes tenía unos cambios pero feos de carácter de que de repente estaba así sonriendo contigo y de repente como que te quería mandar a la goma, pero yo no sabía que era por lo mismo...”

(Cómo se dieron cuenta)

“Solita fue que ella nos dijo, ¿Yo enterarme desde mucho antes? pues no, realmente no lo sospechaba, pero ella me platico lo que hacía Porque yo le encontré unos cortes en la mano y le pregunté qué le había pasado, no recuerdo bien ese día si me aventó otro choro, pero poco después ella nos escribió una carta diciéndonos todo lo que hacía...”

(Cómo reacciono usted y los demás miembros)

“No pues yo me puse a llorar, o sea dices, como soy tan tonta que no me puedo dar cuenta de lo que está en mis narices, ¿Cómo es que no me di en tanto tiempo cuenta que ella vomitaba y se lesionaba? me dije, ¿Estoy mal o qué me pasa? y yo echándome la mega culpa a mí, decíamos ¿pero por qué? Y bueno ya se lo dije a mi esposo, y pues empezamos a ver opciones, la llevamos al éste de nutrición pero eso ya fue mucho tiempo después o sea realmente esto ya tiene, bueno según ella ya tiene muchos años...”

Categoría (INC AN Y BN) Señora Bea, 56 años (como inicio el problema)

“Yo pienso que el problema aquí que le ocasiono esto a mi hija, fue que a lo mejor como ella quería salir con amigas y amigos, y mi esposo como era muy estricto, yo me imagino que a eso se debió que hiciera eso de llamar la atención y yo me imagino que ese fue el problema de porque lo hizo... de que se cortaba y vomitaba...”

(Qué cambios noto)

“Bueno, nos dimos cuenta porque mi hija era gordita, pero a través del tiempo veíamos que cada vez iba adelgazando, no quería comer o comía mucho, se atragantaba mucho y luego de repente vimos que iba bajando y bajando de peso...”

(Cómo se dieron cuenta)

“Yo un día la fui a espiar y pues estaba en el baño vomitándose y yo le decía ¿Qué tienes? Y decía que nada y nada, y yo la lleve con una psicóloga y la psicóloga me mando a internarla...”

(Cómo reacciono usted y los demás miembros)

“Para la familia fue un gran shock nervioso y una sorpresa que tuvimos. Nos dolió mucho porque pues, queremos mucho a mi hija y no queríamos que se fuera a morir, porque lo que tenía ya era muy avanzado, tenía síntomas de anemia, estaba muy delgada, pues tuvimos que internarla y nos dolió mucho dejarla ahí internada,

pero gracias a dios, se compuso mi hija, pero si toda la familia estábamos muy angustiados por ella, porque pues este es un dolor que a nadie se lo deseo...”

Respecto a las opiniones que se pudieron rescatar de la señora Ver y la señora Bea, la AN y la BN fue algo que no esperaban, que no imaginaban y a pesar de que notaban conductas extrañas en la alimentación y el peso de sus hijas pensaron que era por llamar la atención, por el propio adelgazamiento por la edad, querer faltar a la escuela o rebeldía, los cuales son pensamientos comunes de los padres hacia los hijos que presentan un TCA. Sin embargo, una vez confirmada la enfermedad causó un gran impacto en ellas y en los demás miembros de la familia según su opinión, hubo mucho estrés y preocupación así como una culpabilidad por no haberse dado cuenta a tiempo.

A continuación se presentará las categorías que con base a las guías de entrevistas se tomaron en cuenta para resaltar a través de los fragmentos de los informantes y las dos mamás señora Ver y señora Bea, acerca de los aspectos de la dinámica familiar respecto a la comunicación, roles, autopercepción y relaciones afectivas, entre otros aspectos de las relaciones familiares, esto respecto a la anorexia y la bulimia.

6.4 Aspectos sobre la dinámica familiar

Categoría familia (FAM) Describeme a tu familia (autopercepción de la familia, comunicación, roles, relaciones afectivas, comportamientos, actividades en familia, reglas y límites)

Categoría (FAM) All 19 años

Autopercepción de la familia: *“Pues mi familia, es muy unida, pero como toda familia a veces tiene problemas y pues eso en varias ocasiones a mí también me afecta y la percepción que yo tengo de mi familia, es que a veces si es un poco perfeccionista, más de mis papás hacia nosotras, porque son como de, tienes que tener buenas calificaciones, o si teníamos algún logro nos felicitan pero bastante, entonces como que todo el tiempo se te queda eso, de tengo que ser buena en todo, pero en sí creo que mi percepción de ellos sería un poco... problemática en cuanto a mi papá y... entre las mujeres un poquito más unida”*

Comunicación: *“La comunicación entre nosotros, pues yo diría que no es tan marcada, no sé porque, o sea clara, porque al menos cuando yo siento alguna inquietud o algo, yo no le digo a nadie, como que me lo guardo hasta que yo vea que ya no puedo sola, pues ahí es cuando me acerco un poquito a mi mamá, porque con ella es con la que he tenido más comunicación, pero con mi papá no, es que soy muy inestable, y no platico mucho con ellos, todo me lo guardo, a menos que sea algo de salud o así, pero respecto a mis emociones y sentimientos no suelo hablar de ello con mi familia”*

Roles: *“Pues aquí en la casa todos tenemos que ayudar, pues en las tareas básicas, a veces mi hermana no está de acuerdo, pero aun así lo hace... mi mamá se dedica al hogar, mi papá trabaja y mis hermanas y yo estudiamos”*

Relaciones afectivas: *“Sí se expresan las muestras de afecto, si siento que ellos me quieren pero pues creo que ya es cosa mía, porque a veces si me siento sola o tal vez porque yo no me acerco a ellos y entonces, yo solita me aislé, y siento pues que no me apoyan tanto pero creo que solo es mi percepción...”*

Comportamientos: *“soy muy inestable, siento que la mayor parte de mi comportamiento soy como neutra o sea como que no estoy muy feliz ni triste, aunque si la mayor parte creo que es cuando estoy enojada con todos, o a veces triste pero esas dos son las que más permean...”*

Actividades en familia: *“En la casa tenemos que comer todos en familia, respecto a las actividades en común pues entre semana es más complicado, pero los fines de semana a veces si hacemos actividades juntos, pero yo a veces si me aisló un poquito, pero pues aun así salgo con ellos o trato de estar con ellos”*

Normas y límites: *“Sí, tengo que pedir permiso para salir, y depende que me digan voy o no, y pues nos dicen a qué hora tenemos que llegar o así...”*

Categoría (FAM) Mar 29 años

Autopercepción de la familia: *“Vivo con mi mamá y vivo con mis hermanos, yo creo que, como el gran porcentaje de personas que padecen un trastorno alimenticio, se relaciona con una disfuncionalidad en el núcleo familiar y esta no es la excepción; creo que la relación de mi familia es bastante disfuncional, compleja y por no llamar la palabra millennial “tóxica”, mi papá es alcohólico de toda la vida, mi mamá codependiente, pues ahora sí que un excelente complemento, la relación con mi hermano que es un año menor que yo hasta hace unos años era terrible. Y pues siempre crecí en un núcleo familiar plagado de violencia, de hecho cuando englobo la palabra violencia integro todos los tipos de violencia en los que se pudiera transgredir a alguien...”*

Comunicación: *“Yo reconozco que no soy una persona expresiva por lo menos me cuesta trabajo expresar palabras alusivas al sentimiento, al cariño con mi mamá, con mi papá y con mis hermanos, la relación y comunicación de mi mamá con mis hermanos, por lo menos con los más chicos no tiene mayor problema, pero con el que es un año menor que yo, ¡híjole! pues peleas gran parte del tiempo por cosas tan superfluas y por otros factores, entonces yo ya me deslindo de muchas cosas, cuándo observo que ya se está poniendo nuevamente medio tenso el ambiente sencillamente me retiro y hago como toda la vida, como si no pasara nada...”*

Roles: *“Mi mamá es maestra de preescolar y actualmente todavía sigue trabajando y hace las labores del hogar, mi papá tiene negocios y vive en otro municipio por el momento, tengo un hermano de 14 años él estudia en secundaria, tengo una hermana que acaba de cumplir 15 años y está en primer semestre de bachillerato y tengo un hermano que es un año menor que yo (28), y bueno pues se dedica al comercio...”*

Relaciones afectivas: *“Yo fui expuesto mucho al rechazo, principalmente al rechazo por parte de mi padre, posteriormente propenso al desamor, propenso a estar desaprobado siempre, entonces pues no se puede dar lo que no se tiene, no puedes darte a ti mismo amor cuando ni si quiera sabes el contexto de todo lo que engloba la palabra cariño, amor, protección, respeto hacia uno mismo, cuando los que se dicen ser tus progenitores no te lo han inculcado...”*

Comportamientos: *“Yo a éstas alturas me encuentro bastante apático, me la paso en el cuarto encerrado, si hay que ir a trabajar pues salgo y es algo así como el piloto automático...”*

Actividades en familia: *“¿Actividades en común? pues sí, en algunas ocasiones se hace como si nunca pasara nada y pues se vuelve al círculo vicioso hasta que mi papá otra vez se alcoholiza, comienza violento y al siguiente día mi mamá le aplica la ley del hielo por días... y esto ha sido así ¡híjole! Infinidad de tiempo...”*

Normas y límites: *“Realmente creo la disfuncionalidad de una familia se da precisamente por eso, porque nunca hubo límites y si los hubo nunca se respetaron, y pues en mi familia es el claro ejemplo de ello, aquí por lo menos no conocen la disciplina, mi padre siempre fue permisible en todo y creo que por eso es que jamás les inculco el respeto de mis hermanos hacia mi mamá, yo no me incluyo, yo creo que yo siempre fui muy apegado a mi mamá hablando solamente por mí, pero por los demás no existieron los límites, no existió la disciplina y pues si la existió era una línea muy delgada para transgredirla...”*

Categoría (FAM) Nic 23 años

Autopercepción de la familia: *“En la casa somos, éramos cinco, mi hermano de (21) desgraciadamente falleció en un accidente de auto y solamente tengo una hermana pequeña, unos cuatro años menor que yo (19), mis papás están juntos, no han tenido ningún tipo de discusión su matrimonio aparentemente va bien, solamente pues, siento que le prestaban más atención a mis hermanos, eso en cuanto a la percepción de mi familia y pues no hemos tenido problemas económicos, tenemos un buen estilo de vida y no hemos tenido realmente problemas internos, violencia ni nada, somos buenos ...”*

Comunicación: *“Su comunicación es bastante fluida, siempre se dicen lo que sienten, los problemas que hay, si algo en la casa no está bien se lo comunican, todas las necesidades se las dicen directamente, no hay ningún secreto ni se miran de mala manera y con nosotros pues la verdad, nunca han escondido nada de lo que a ellos les pasa, si llegan a tener algún problema siempre nos comunican a nosotros, son muy comunicativos realmente, con mi hermana pequeña (19) es con la que más comunicación tengo porque como es más joven, tiene un poquito de más empatía conmigo, pero siento que tras la muerte de mi hermano mayor, la familia se hizo más unida desgraciadamente no me incluía eso a mí, toda la atención se fue directamente a mi hermana menor, pero también la poca comunicación que tenía con mi familia realmente se hizo cero, después de que murió mi hermano...”*

Roles: *“Mi papá es un señor común y realmente no se le ve mucho en la casa, unos tres días a la semana porque trabaja, mi mamá también trabaja, en una escuela, pero a ella si la veo más seguido, tiene un rol de ama de casa común, realmente no es muy diferente de otras amas de casa y mi hermana y yo estudiamos”*

Relaciones afectivas: *“Realmente se podría decir que es una familia muy feliz, siempre le han mostrado su apoyo a mi hermano, antes de que falleciera y ahora a mi hermana, siempre le han dado todos los cuidados, todos los cariños, siempre que llega mi papá, se le escucha entrar gritándole mi reina a mi hermana y corren a abrazarlo y hay muchas muestras de afecto en la familia, pero como dije yo siempre salgo sobrando, yo no tengo ese tipo de cariños con mis papás, ni si quiera con mis tíos que de repente vienen y es algo que realmente les llega a incomodar porque tengo una especie de tic o maña, en la que no me gusta que me toquen, no me gusta el contacto físico, ni saludar de mano ni de beso y entonces... eso también ha ayudado a que no sea muy cariñoso con mis papás y básicamente los halagos que recibo de mi familia, son más como bromas o algo así, realmente no hay cariño de mi parte”*

Comportamientos: *“Mis padres, van a decir a la luz de toda la gente que se comportan y a todos nos tratan por igual, pero realmente no es así y se nota bastante en la familia. Si pudiera decir realmente el motivo es por la diferencia tan enorme de actitudes que tenemos, como dije mi hermano mayor era muy extrovertido y mi hermana mayor actualmente también está saliendo bastante a fiestas, incluso mis papás la llevan y ellos tres son muy*

parecidos en realidad; son extrovertidos, muy graciosos tienen montones de amigos en contraposición conmigo que me gusta estar solo, leyendo, me gusta más estar viendo la televisión, jugar solo y pues si siempre me he apartado de los miembros de la familia”

Actividades en familia: *“Con las actividades, cuando se puede los fines de semana, vamos a comer a algún lado o la presa a pescar o así, pero de esas actividades yo me empecé a alejar mucho y actualmente realmente ni me invitan, ni me entero si quiera que fueron a comer a algún lado, simplemente ellos van y hacen su vida aparte porque como dije, nunca me he sentido muy parte de la familia no me han prestado mucha atención yo también estoy muy ocupado con la universidad y el trabajo”*

Normas y límites: *“Sí, se podría decir que si hay reglas bastante definidas pero, como ellos son, como dije son muy comunicativos y hay mucha, mucha comunicación, realmente no hay una consecuencia clara de romper ciertas reglas, como salir sin avisar o, o llegar un poco tarde a casa cuando salimos”*

Categoría (FAM) Azu 31 años

Autopercepción de la familia: *“Somos tres hermanos, tengo una hermana de 27 años y un hermano de 18, mi mamá siempre se ha preocupado por nosotros, es la que prácticamente nos ha criado, mi papá siempre ha sido una persona muy estricta y un tanto desinteresada en su forma ser, su forma de educar era prácticamente infundiendo temor, actualmente ya se ha relajado mucho esa parte, pero cuando era niña si era una educación en la que no era tanto de respeto sino basada en el temor de que nos fuera a pegar o fuera a ser muy grosero con nosotros...”*

Comunicación: *“La comunicación entre nosotros no ha sido muy cercana, mi mamá si ha tratado de que hablemos con ella, pero mi papá si es un poco más lejano, no están cercano, a parte también creció en un mundo muy machista, así que él también ha replicado o sea esa forma machista de ser y no hay tanta confianza con él, ni entre nosotros como hermanos con mi mamá es con quien tenemos más comunicación”*

Roles: *“Mi papá es el proveedor, es el que se ha encargado del sostén económico, mi mamá siempre ha sido ama de casa, mis hermanos han estudiado, mi hermano, el más pequeño actualmente terminó la preparatoria y está*

por entrar a la universidad. Mi hermana, también terminó la universidad terminó técnico superior universitario, pero estuvo casada, tuvo una niña, le fue muy mal en su matrimonio, se separó del chico con el que estaba y actualmente se volvió a juntar con alguien más... pero está completando su ingeniería y también trabaja. Y yo actualmente estudio, de momento sólo me dedico a estudiar, respecto a las tareas del hogar, la mayor parte las hace mi mamá, mi hermano le ayuda en algunas cosas, mi papá no, él no colabora con las tareas, creo que mi mamá se ha ocupado prácticamente de todo”

Relaciones afectivas: *“Casi no, se muestran los afectos, bueno mi mamá ¡Sí! A veces nos felicita por lo que hemos logrado, pero mi papá no, nunca ha hecho eso, o al menos yo no lo he notado, si nos quiere pero se guarda mucho los sentimientos, quizás también sea por su forma de ser, pero no es muy frecuente que haya afecto o que se demuestre el afecto en el hogar, mi hermano también es una persona que se guarda mucho los sentimientos no confía tanto en contarle sus cosas personales a mis papás por lo que he notado”*

Comportamientos: *“Mis papás se llevan bien, sólo que mi papá se comporta a veces muy machista, entonces hace comentarios que no son agradables, el comportamiento entre mis hermanos es que no tienen tanta cercanía entre sí y yo tampoco los veo mucho, pero me llevo mejor con mi hermano menor”*

Actividades en familia: *“Cada quien se va por su lado, solo cuando mi mamá me llega a decir que si quiero ir con ella sí la acompaño, pero realmente no hay muchas actividades en familia y cuando las hay cada quién es por su lado”*

Normas y límites: *“En el caso de las normas y límites pues mi hermana y yo ya no vivimos en casa de mis papás, pero respecto a mi hermano, él casi nunca sale, es un niño que prácticamente está todo el tiempo en la casa, yo creo que si tiene amigos, por lo que veo en su perfil de Facebook, pero... siempre ha sido muy callado, muy reservado”*

Categoría (FAM) Maf (32 años)

Autopercepción de la familia: *“Actualmente vivo con mis papás, tengo tres hermanos más grandes, ya no viven en mi casa yo soy la más chiquita y ahí sigo, actualmente mi abuela materna vive conmigo y no es muy agradable pero esa es la realidad, respecto a mi familia la percepción que tengo es que yo la verdad los amo mucho, me encanta estar con ellos, pero prefiero estar con mis amigos, estar con mi novio, estar trabajando o sea prefiero estar lo más posible fuera de casa no sé porque si me llevo muy bien con mis papás sinceramente...”*

Comunicación: *“La verdad es que la comunicación puedo decir que es abierta pero no al cien por ciento, en cuanto a mí en lo particular, no sé si es porque estuve 15 años enferma y entonces mi papá no tolera verme triste o enojada pero yo batallo mucho para poder expresar mis sentimientos negativos, y me los guardo pero trato de no hacerlo porque me enferme básicamente por eso, o sea yo no podía estar triste, yo no podía enojarme, yo no podría explotar, yo no podía hacer nada de eso porque entonces era una niña mala o era una niña fea y las niñas bonitas no lloran y no se enojan, fue más o menos con la educación con la que yo crecí”*

Roles: *“Mi papá trabaja, mi mamá es maestra de inglés, mis hermanos trabajan y yo también en cuanto a los roles mi papá es todo, es mi guardián, es mi ángel, o sea mi papá funge todos los roles que existen en la familia, mi mamá es mi amiga, puede ser mi mejor amiga o no tan amiga, es muy jovial, desde mi punto de vista entonces a veces eso es raro y mi abuela es mi responsabilidad, bueno es la responsabilidad en la casa, porque tiene 92 años se rompió la cadera y pues todos le servimos a ella, mis hermanos pues ya no están en casa”*

Relaciones afectivas: *“Hoy en día si tenemos más apertura en cuanto a los sentimientos y mi papá me dice - ¡Mi amor exprésame todo lo que sientas! Y mi mamá también, pero yo tengo ese temor de expresarlos... y que me vean llorar o que me vean enojada, el enojo yo creo que es el que más trabajo me cuesta expresar, la tristeza todavía la puedo expresar un poco más fácil, pero el enojo ese si me cuesta mucho y sí, me siento mucho muy amada y muy apoyada por cada uno de ellos, me han ayudado, apoyado y amado muchísimo y lo siguen haciendo día con día...”*

Comportamientos: *“Los comportamientos de cada uno son diferentes, la verdad es que no creo que me parezca a ninguno de ellos para decir que algo me distinga, o sea obviamente soy hija de mi papá y de mi mamá pero no nos parecemos emocionalmente ni nos comportamos parecido”*

Actividades en familia: *“De niña había más actividades familiares obviamente, pero conforme uno va creciendo pues ya no hay tanto, porque ya no hay tanto tiempo o ya no hay tanto interés por lo menos de mi parte...”*

Normas y límites: *“En cuanto a las reglas sí hay obviamente como en cualquier familia, pero quien pone las reglas en mi casa básicamente es mi papá, llevo más de un año con mi novio y es así, de Maf tienes que llegar a la casa entre semana a las 9:30 de la noche y ya los fines de semana tenía más tiempo y pues reglas básicas, hacer la cama, recoger mi ropa, lavar mis trastes, eso siempre ha sido desde chiquita, soy una persona súper responsable y respetuosa, entonces, pues no tuvieron la necesidad de ponerme tantas reglas”*

En cuanto a la opinión de cada uno de los informantes respecto a su dinámica familiar, se observa que hay marcadas diferencias, pues cada familia es totalmente distinta y cada uno presenta diferentes problemáticas por ejemplo, respecto a la autopercepción en el caso de All percibe a su familia unida pero con problemáticas además de que siente que su familia suele ser perfeccionista, Azu nota a su mamá como la única que se preocupa por ellos y a su papá como desinteresado, Nic, ve a su familia como modelo, feliz, muy extrovertida y comunicativa sin embargo el no empata en ese estilo de vida, Maf dice amar mucho a su familia pero prefiere pasar tiempo fuera de casa y tampoco le agrada mucho la idea de que su abuela viva con ellos en cambio Mar ve a su familia totalmente disfuncional, con rasgos de agresividad.

Respecto a la comunicación en el caso de All no es tan marcada, en Azu tampoco y nadie de los miembros suele decirse las cosas, en la familia de Nic son muy comunicativos pero el no, Maf dice que la comunicación es abierta pero no al cien ya que ella le cuesta expresar sus sentimientos

y Mar dice que él no suele expresarse con nadie de su familia. Como se puede observar la mayoría comparten una comunicación poco expresiva.

En cuanto a los roles hay bastante similitud, en cuanto al papel de los miembros en la familia, en el caso de All y Azu sus papás son los únicos proveedores económicos y sus mamás se dedican al hogar, en los casos de Nic, Maf y Mar ambos progenitores trabajan sin embargo sus mamás son las únicas dedicadas a las tareas del hogar.

En las relaciones afectivas, All dice que si hay muestras de afecto en su familia pero ella no suele expresarlas y generalmente se aísla; en la familia de Azu la mamá es la que muestra afecto e interés por sus hijos pero el padre es raro que lo haga, lo mismo pasa en las relaciones entre hermanos. En el caso de Nic su familia expresa mucho los afectos pero él no se incluye no le gusta expresarlos; Maf en cambio dice que su familia actualmente ya los expresa más pero a ella le cuesta lidiar con sus emociones negativas principalmente el enojo y Mar dice que siempre se sintió rechazado especialmente por su padre por lo cual no suele expresar cariño. Como se aprecia, realmente los casos son similares ya que las muestras de afecto en la familia no suelen expresarse abiertamente.

El comportamiento de cada uno y de los miembros de su familia es distinto, ya que este cubre distintos rubros, por ejemplo All se describe con un comportamiento inestable, Azu es reservada y dice que su papá siempre se ha comportado alejado y machista, en el caso de Nic él es aislado y piensa que sus papás se comportan extrovertidos y ante los demás dirán que hay un trato igualitario con todos sus hijos, pero Nic no tiene la misma percepción, Maf dice que a pesar de que sus padres la aman no siente que se comporten parecido emocionalmente hablando, por lo

cual también prefiere pasar tiempo fuera de casa y Mar dice que el mejor suele alejarse del sistema familiar y que actualmente solo intenta cumplir sus actividades. Aquí también pueden encontrarse similitudes ya que el comportamiento de los informantes suele ser alejado.

Respecto a las actividades en familia, All dice que deben comer en familia e intentan hacer cosas juntos pero ella prefiere alejarse, Azu no suele hacer cosas en común con su familia ya que cada uno se va por su lado, Nic menciona que su papá, mamá y hermana salen juntos y se llevan bien pero él prefiere mantenerse en otras cosas y alejado, en cuanto a Maf dice que de niña tenían más actividades pero ahora ella no tiene mucho interés y prefiere pasar tiempo con su novio, trabajando o con sus amigos, Mar dice que se aísla de las actividades pues siempre se repite el mismo patrón de violencia en su familia, por lo cual él prefiere no participar.

En las actividades en familia, todos los informantes comparten el aislamiento de su sistema familiar, pues no se sienten cómodos con su familia y prefieren pasar tiempo fuera de casa con otras personas.

Por último respecto a las normas y límites en el caso de All si debe pedir permiso para realizar actividades y debe acatar esas normas y límites de sus padres, Azu dice que su hermano no sale así que no suelen existir muchas reglas, pero cuando ella creció sí las había y eran muy rígidas, Nic dice que las reglas y límites realmente sí existen pero no hay consecuencias si estas no se respetan, Maf dice que desde pequeña ella sabía sus responsabilidades por lo cual no tenían que imponerle muchas reglas, Mar en cambio menciona que su padre siempre fue indulgente al respecto y que sus hermanos jamás tuvieron disciplina, normas, ni límites, él no se incluye pues él suele ser muy responsable. Es así que en la mayoría de los casos los informantes no tienen

unas normas y límites tan explícitos, por lo cual pueden romperse con facilidad, posteriormente se discutirá más a detalle los aspectos de la dinámica familiar a la luz de lo expuesto en los capítulos anteriores.

Respecto a la opinión acerca de las relaciones familiares y dinámica familiar de las dos madres que se entrevistaron (señora Ver, mamá de All) (Señora Bea, mamá de Azu) se encuentran:

Categoría (REL) señora Ver 41 años

Autopercepción de la familia: *“En mi casa somos cinco, mi esposo, mis tres hijas y yo, mi familia yo creo que tiene problemitas como todos, pero ahorita actualmente considero la relación buena, mejor que antes...”*

Comunicación: *“Pues antes yo creo de más chica la mayor (19 All) me contaba más las cosas y ya últimamente, ahorita a su edad, dos años atrás como que se ha callado muchas cosas que le han sucedido, que nos hemos enterado por lo que ya sabe, por sus problemas de salud y todo eso, la de en medio ahorita en la secundaria, se ha vuelto un poco rebelde, quiere hacer las cosas que ella quiere y sí nos está costando un poco más de trabajo, en cuanto a la chiquita pues ahorita no hay tanto problema, yo si expreso las cosas cuando algo me molesta, pero los demás como que se callan las cosas...”*

Roles: *“Mi esposo es abogado, es el único proveedor del hogar, yo me dedico a la casa, mis hijas estudian, actualmente pues si me ayudan, todos más ahorita en vacaciones bueno hay ocasiones que sí de plano se levantan como que no quieren hacer las cosas, pero bueno al final de cuentas las terminan haciendo”*

Relaciones afectivas: *“A pesar de que todos tenemos problemas sí hay afecto, si hay cariño, somos unidos”*

Comportamientos: *“Mis hijas últimamente con eso del teléfono como que sí se aíslan un poco más, a la de en medio (15) de plano si se lo quite, porque ella si se embobaba todo el día”*

Actividades en familia: *“Pues para todos lados andamos juntos o tratamos de andar juntos, hay veces que ellas no quieren salir con nosotros, así son digo yo lo viví con mis papás también, que uno quiere estar metido nada más en sus cosas y no quiere uno salir, pero mi esposo, dice vamos y vamos. Y no quieren y se quieren quedar y hace que participen digo a veces a fuerza pero sí”*

Normas y límites: *“En cuanto a permisos, la mayor (19) es diferente porque ella siempre desde que entro a la preparatoria, me ha comunicado todo, con ella no tengo problema, con la que sí tengo un poco más de problema es con la de en medio, porque ella organiza antes de pedir permiso”*

Categoría (REL) señora Bea 56 años

Autopercepción de la familia: *“En mi casa vivimos cinco personas, mi esposo que tiene 53 años, mi hijo que tiene 18 años, mi nieto tiene 12 años, mi hija tiene 31 años, nada más que ella viene cada fin de semana y yo tengo 56 años y tengo otra hija que ya no vive aquí, ella vive muy aparte, tiene 27 años, pero cada uno son personas buenas, y eso es lo que yo considero de mi familia”*

Comunicación: *“Pues la relación familiar es que no hay mucha comunicación porque cada quien está en su rollo, no se saben mucho expresar, hacia uno, pero nosotros los queremos igual, nada más que mi esposo si es un poco más duro pero él los quiere también igual que yo, a su modo...”*

Roles: *“Yo soy ama de casa, en mi hogar mi esposo es el único que trabaja, es comerciante y ya mis hijas estudian igual que mi nieto”*

Relaciones afectivas: *“Sobre los afectos de la familia pues no, nunca se han sabido expresar, a penas ahora ya cuando están grandes ahorita ya como que comienza comunicarse el afecto los hijos con nosotros y nosotros con ellos...”*

Comportamientos: *“Bueno, en mi hogar yo me considero una persona tranquila, noble y pues mi esposo él si es de carácter fuerte y pues mis hijas Azu es noble, es comprensiva, mi hija de 27 es poco amorosa y como alejada”*

de sus padres y pues mi hijo de 18 si lo considero un niño estudioso, tranquilo y mi nieto (12) es un niño pues tranquilo también a veces tiene sus berrinchillos”

Actividades en familia: *“Pues en las actividades del hogar, yo soy la única que lo hago, más que mi hijo (18) es el único que a veces me echa la mano, porque pues mi esposo trabaja y los demás estudian o trabajan y no tienen tiempo de ayudarme y respecto a las actividades en familia no hay muchas cada quien está en lo suyo son separados”*

Normas y límites: *“Aquí los que ponemos límites somos mi esposo y yo y pues mis hijas y mis hijos si acatan lo que decimos aquí en nuestro hogar, ponemos límites, por ejemplo si van a una fiesta van a tales horas y deben llegar a tales horas, en ese aspecto si obedecen”*

Respecto a las opiniones de la señora Ver y la señora Bea en cuestión de las relaciones familiares y la dinámica familiar se observa que en el caso de la señora Ver, la autopercepción de su familia es que tiene problemas como todas, pero que a pesar de eso son unidos y la relación ya ha mejorado, contrario a lo que All expresa pues tiene la percepción de que si hay problemas y tiene una visión de que su familia es muy perfeccionista.

La señora Bea considera que son personas buenas pero sus hijos se muestran alejados del sistema familiar, en contraparte Azu dice que su papá es el desinteresado y su mamá si se preocupa por ellos.

En la comunicación la señora Ver, opina que antes su hija mayor (19) le contaba cosas pero a raíz de la BN se fue callando, su hija de (15) no suele comunicarle lo que hace pues es rebelde y su hija de (13) es tranquila y no hay problema con ella. All menciona que su comunicación no es muy marcada y que ella suele guardarse las cosas para sí misma, en ocasiones en la única que confía es en su mamá en su papá no. En cuanto a la señora Bea en su familia nunca ha habido

mucha comunicación, Azu concuerda con la opinión de su mamá, sin embargo dice que su mamá es la única que intenta hablar con ellos su papá no.

En cuanto a los roles ya se mencionaba que la señora Ver y la señora Bea tienen un papel de amas de casa y sus maridos son los proveedores y los hijos de ambas se dedican al estudio.

En las relaciones afectivas, la señora Ver expone que a pesar de los problemas son unidos y existe cariño, All indica que en su familia si se muestran los afectos pero ella se siente incomprendida y se aísla. En el caso de la señora Bea nunca se han expresado los afectos y menos cuando sus hijos eran pequeños, hasta a penas de grandes se han abierto más, Azu en cambio señala que su mamá es la única que los expresa y su papá no suele hacerlo, asimismo concuerda con su mamá en que no es común que en su casa se expresen los afectos entre los miembros.

Respecto a los comportamientos la señora Ver solo no le parece el comportamiento de sus hijas respecto al uso del celular, All solo manifiesta su opinión en cuanto a su propio comportamiento el cual dice que es inestable. La señora Bea alude a que su comportamiento es noble y preocupado y su esposo se comporta con un carácter fuerte, Azu es comprensiva, su hija de 27 alejada de ellos, su hijo de 18 estudioso y noble y su nieto 12 con ciertos berrinches, Azu en cambio menciona que sus hermanos y ella no suelen tener mucha interacción y que el comportamiento de su papá suele ser machista.

En a las actividades en familia, la señora Ver explica que sus hijas no quieren salir con ella y su esposo, pero que él las obliga a salir, All dice que se tiene que comer en familia y hacer cosas juntos pero que ella suele aislarse. La señora Bea dice que respecto a las actividades del hogar

ella hace todo y a veces su hijo de 18 le ayuda y respecto a las actividades en familia no hay, pues cada quien está en lo suyo, Azu concuerda con su mamá.

Finalmente, en cuanto a las normas y límites la señora Ver comenta que All no suele necesitarlas pues ella pide permiso para todo y le tiene confianza, pero que la mediana no suele pedir permiso y suele saltarse las normas y límites por lo cual le está costando más trabajo, y que su hija pequeña no tiene dificultades, All dice que tiene que pedir permiso para salir y acatar las normas. En el caso de la señora Bea los límites y normas los ponen ella y su esposo explícitamente y que si las acatan, Azu no las ejemplifica pues dice que su hermana y ella ya no viven ahí, y que su hermano suele estar en casa.

Pasando a otra categoría en concordancia con la dinámica familiar, la anorexia nervosa y la bulimia nervosa se encuentra la categoría descubrimiento de la AN y BN (DES) de acuerdo a los informantes y posteriormente se hablará sobre la categoría de cambios en la familia (CAM) donde se toma en cuenta la opinión de la señora Ver y la señora Bea y también sobre los pensamientos acerca de la AN y BN (PEN).

Categoría descubrimiento de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (DES) ¿Cómo han ido las cosas en tu casa a partir del descubrimiento del TCA? (cambios en la percepción, comunicación, roles, relaciones afectivas, conciencia de la enfermedad, cómo se ve a futuro)

Categoría (DES) All, 19 años

“El año pasado entre en el Instituto Nacional de Nutrición y ahí fue cuando me diagnosticaron bulimia y sé que esto es un engaño total, me engaño a mí y engaño a las personas de mi alrededor, pues sí mi mamá al principio

comenzó a vigilarme, incluso cuándo iba al baño pues se acercaba o me hablaba para ver que estaba haciendo, y pues a mí en cierta forma me incomoda un poquito y si me molestaba y les decía: No pues es que, es mi vida, mi cuerpo, mi salud y como casi, casi ustedes no se metan, entonces si cambio su percepción, si empezaron a disminuir las peleas pero fue también porque yo le dije a mi mamá que pues el hecho de que ellos discutieran o que mi hermana me hiciera enojar pues me afectaba pero en la comunicación sigo guardándome cosas ...”,

Los roles siguieron igual, cambio el papel que All ocupaba en su familia de ser un miembro más, paso a ser la atención del sistema familiar por la BN ya que antes ese lugar lo ocupaba su hermana de (13) pues está enferma y van constantemente al hospital, su mamá adquirió el rol de su cuidadora. Respecto a las relaciones afectivas, el cariño se sigue expresando pero All suele reservar en gran medida sus sentimientos y opiniones.

En cuanto a la conciencia de la enfermedad: *“Mis expectativas han cambiado un poquito, porque yo por ejemplo antes lo veía así como algo padre, o sea si pasas hambre o si pasas mucho tiempo sin comer pues, te sientes como... eufórica, como que tienes el poder de todo, pero pues ahorita ya no, ahorita ya siento que pues estas enfermedades te descontrolan totalmente, incluso deterioran la salud y te llevan a la muerte y eso es lo que yo no pensaba antes, yo lo veía como solo una forma de bajar de peso, de estar bonita, de conseguir lo que quisiera, pero pues no...”*

Cómo se ve a futuro: *“Yo al principio nunca pensaba en eso no, porque estaba tan obsesionada en otras cosas, que pensar en lo que realmente yo quería, entonces pues ya después de las terapias entendí que si hay planes que tengo que tener a futuro, después de esto a mí me empezó a gustar mucho la psicología, yo me veo como de psicóloga, ayudando a tal vez personas que tuvieron o tienen el mismo problema que yo...”*

Categoría (DES) Mar 32 años

“En lugar de eso, de unir a la familia aquí no se habla mucho del tema, es como si no hubiera pasado, volteo hacia atrás y digo, si es cierto de las experiencias se aprende pero, pude haberlo hecho mejor o pudiera no haberlo hecho y bueno en cuestión de mi familia al principio si hubo algo de empatía pero cuestión de tiempo para que todo volviera a ser como antes, para eso mis hermanos tenían uno o dos años o sea en realidad es que ellos no tenían noción, en cuanto a mi hermano un año menor que yo pues no, al principio pareciera que hubo algo de empatía pero la realidad es que posteriormente todo volvió a ser como antes...”

Los roles en la familia de Mar no cambiaron, solamente se descubrió la patología alimentaria y la enfermedad renal que ahora padece, por lo cual paso a ser el miembro enfermo, pero no tuvo otro impacto, tal como comenta acerca de las relaciones afectivas, hubo empatía pero pasando el tiempo todo regreso a ser como era antes de que se enteraran de la enfermedad.

Conciencia de la enfermedad: *“Actualmente no tengo ya conductas que tengan que ver con el cuidado de mi peso, contrario a lo que tu podrías creer ahorita ya casi en fase terminal renal donde mis riñones ya están a punto de dejar de funcionar pues al contrario me cuido más, para poder subir de peso sigo una dieta para cuidarme y poder ser candidato quizá a que me puedan trasplantar, no sé...”*

Cómo se ve a futuro: *“La realidad es que solamente vivo al día ahorita todavía continuo con ese desanimo, ese panorama medio nublado y pues hago solamente lo que tengo que hacer, la verdad es que ya no espero nada, solamente traigo el piloto automático; yo el consejo que doy siempre es que en serio cuiden y protejan a sus hijos, eduquenlos de manera correcta, porque yo creo que si yo hubiera vivido en un núcleo familiar lleno de amor, de protección quizá hubiera tenido la seguridad, las herramientas que ahora como adulto pues las tengo que conseguir con mis propios medios, pero es más complicado porque muchos pues nos quedamos ahí en la lucha...”*

Categoría (DES) Nic 23 años

“El problema se detectó muy rápido pero mi familia nunca lo considero como AN o BN y yo realmente no lo consideraba problema; nunca los veo y aunque este en la casa no me gusta comer con ellos, entonces no me preguntan, no saben si realmente como o no como. Respecto a mi percepción puede que sí deje de mirar a las personas súper delgadas como la meta de belleza y comience a verlas como son realmente y yo deje de pensar en eso como algo que alcanzar, respecto a la comunicación y relaciones afectivas desde que empecé a trabajar perdimos completamente la comunicación, yo voy en la mañana a la universidad y en la tarde al trabajo, paso básicamente como 16 horas fuera de la casa y nunca los veo”

Los roles en la familia de Nic no cambiaron, sus familiares siguieron con su vida normal y el comenta que a él simplemente lo ignoraron, no tienen mucho contacto ni relaciones afectivas, cada quien se encuentra en sus actividades.

Conciencia de la enfermedad: *“Por este problema de la alimentación, realmente no me ha acarreado problemas muy graves a la salud quizá, pero con mi familia pareciera que no les importará realmente, es raro pero no me siento a gusto comiendo, la sensación que pasa por mi garganta, la sensación de saciedad no me pone muy contento y tengo miedo de que se haya convertido en algo permanente, de que realmente le tenga miedo a la comida y ya no pueda comer un bufete o algo sin tener ansias de regresarlo o dejar de comer... ahora no estoy comiendo lo que debería y tengo mucha sensación de hambre casi todo el tiempo, entonces creo que se hizo habitual en mí”* No hay conciencia sobre la enfermedad

Cómo se ve a futuro: *“Es un poco desesperanzador lo que voy a decir pero, no creo volver a comer normalmente, es que aunque trate de recuperarme de los estereotipos de belleza y tal no... el estudio es mi vida, entonces si no trabajaré, pasaría todo el tiempo estudiando y me abstraeré tanto que se me olvida todo, comer e incluso dormir, por lo que quiera o no, no voy a volver a comer nunca más como antes...”*

Categoría (DES) Azu 31 años

Quien se dio cuenta fue mi mamá, primero, porque pues sí, ella noto que estaba bajando mucho de peso y que me obsesionaba mucho por la comida, yo no lo veía como un problema antes, no estaba consciente, creí que era algo que me estaba ayudando, y era mi estilo de vida, algo que me gustaba hacer, mi familia si cambió porque estaban más al pendiente de lo que yo hacía, mi mamá estaba súper preocupada y la vi muy mal, creo eso también ayudó un poco para que yo en algún momento desistiera de eso, pero si me prestaban un poco más de atención, eso sí fue lo que noté, respecto a la comunicación yo creo que siguió igual, pero la atención era un poco más hacia mí”

Los roles, siguieron igual a excepción del papel de Azu en su familia, pues como ella menciona la atención se centró en ella y adquirió un papel protagónico en la familia y paso a ser el miembro enfermo.

Conciencia de la enfermedad: *“Yo creo que soy más consciente ahora que estaba dentro de un círculo vicioso de una enfermedad que me estaba dañando y que al final de cuentas sigo teniendo las secuelas aun; pues todavía me veo al espejo y pienso es que hoy amanecí muy gorda o el sentimiento de culpa cuando comes mucho o no te queda algo y ya no sabes que hacer para volver a bajar de peso, ya no he hecho nada de lo anterior, pero quedan esas secuelas y es muy feo vivir atormentada y vivir dependiendo del espejo o de la ropa, preocupándote de tu cuerpo todo el tiempo...”*

Cómo se ve a futuro: *”Siento a veces tristeza porque es algo que no puedes superarlo tan fácilmente, es algo que ya se queda contigo, yo quisiera algún día levantarme y no tener la necesidad de preocuparme por el cuerpo, eso es lo único que me pone en ocasiones nostálgica, triste, pero bueno ya... ahora que recapacité y ahora que soy consciente de lo que hago, pues, trato de hacerlo de la mejor manera, trato de pensar que lo mejor para bajar de peso no es dejar de comer, sino buscar unas alternativas más saludables”.*

Categoría (DES) Maf 32 años

“Desde que me operaron del sistema límbico mi vida cambio 180 grados, mi personalidad de esa niña dulce regresó y es lo que más extrañaba, mi relación sobre todo con mis papás es muy buena cambió radicalmente, los amo con todo mi ser o sea si existen algunos conflictos pero como en todas las familias, pero la verdad es que mi convivencia con ellos ha sido impresionantemente buena y algo que si quiero mencionar es que cambió también sobre mi personalidad es la victimización, la soberbia y el orgullo todo eso se fue...”

Los roles en el caso de Maf cambiaron pues dejó de tener el rol del miembro enfermo, finalmente logró recuperarse y su familia se unió para ayudarla a salir adelante, así que las relaciones afectivas en su familia tal como ella menciona mejoraron.

Conciencia de la enfermedad: *“Con esta enfermedad no tuve secundaria, no tuve preparatoria, solo fueron entradas y salidas de las clínicas hasta que en el 2007 ya estaba en 30 kg y yo siento que dios me mostró la visión correcta y me cayó el 20 entonces se me ocurrió escribir un correo a empresas de mucho dinero donde me contestó una e hicieron el primer reportaje, entre a dos clínicas más y recaí, finalmente mi salvación fue la operación límbico cerebral y no sé qué logran hacer en tu cerebro que obtienes la madurez que no habías desarrollado en tantos años enferma y entonces ya los factores externos te llegan, te bombardean y dices ¡ay! no manches, ni al caso y los mandas a la basura y no los pelas...”*

Cómo se ve a futuro: *“Después de todo esto que pase, lo que estoy haciendo actualmente para ya formar mi asociación para las personas con trastornos alimentarios es dedicarme en las tardes a todo lo de la asociación y a hacer el canal de youtube, contestar todos los mensajes que me llegan y hacer realidad mi asociación que eso es lo que quiero ahora...”*

Respecto a la categoría cambios en la familia (CAM) ¿A partir del descubrimiento de la AN y BN qué ha cambiado en su familia, se habla abiertamente sobre el tema y qué expectativas tienen

al respecto? (percepción, comunicación, relaciones afectivas, roles y comportamientos) opiniones de la señora Ver y la señora Bea:

Categoría CAM señora Ver, 41 años

“Mi hija ha mejorado, si ha mejorado mucho, pero actualmente no se sí le platico que vamos a hablar con una terapeuta... y lo que ha cambiado es que somos más tolerantes con ella, cosa que antes no lo éramos, porque pues no sabíamos ni qué, ahora como que tenemos un poco más de paciencia a sus cambios, por ejemplo si se enoja, mejor nos hacemos menos en lo que se le pasa, ya que antes nos adentrábamos mucho en el problema de que si se enojaba pues también nosotros, ahora como que si hemos sido más pacientes y tolerantes, respecto a si hemos hablado abiertamente sobre el temán pues sí, mi mamá lo sabe, mis papás, mis hermanos, mis tíos... nosotros como somos cristianos nos apoyamos en oración...”

“Respecto a las expectativas que tenemos pues quisiéramos que se le quitaran todas esas ideas que tiene en la mente, que las hiciera a un lado, que sepa que tiene gente que la quiere que la está apoyando y estamos haciendo lo posible para que salga de esto, pero es como yo le digo es que la decisión es tuya, yo te puedo llevar con las mejores psicólogas, a los mejores hospitales, pero si tu no decides poner un alto y continuas con eso de nada nos va a servir, la decisión de seguirte haciendo daño es tuya...”

Categoría CAM señora Bea, 56 años

“Sobre el tema de la enfermedad pues no hablamos con toda la familia sino solo mi esposo, mi hija y yo estuvimos platicando sobre el asunto, pero ya ahorita empezamos a tener más cuidado sobre los demás hijos dándoles consejos y estamos más al pendiente para que no hagan eso que ella hizo. Y pues acerca de las expectativas, son casos que son muy fuertes y no se lo deseo a nadie, es una enfermedad muy fea aunque ya ahorita se curó, pero si quedan esas secuelas en uno como padres, del miedo de que vuelva a poder a pasar, pero gracias a dios ya está bien mi muchacha...”

“Antes no había nada de comunicación con los hijos y cada quien estaba en sus cosas y ya a raíz de lo que paso, pues si ya hay más comunicación con cada uno de los miembros de la familia y sería cuestión de que de que cada quien ya haga caso de los consejos de los padres, en el comportamiento ya cada quien cambió ya hay más comunicación con uno, ya nos dicen lo que les pasa y son más apegados, si respetan las reglas, los límites que uno les pone ...”

En la categoría pensamientos acerca de la anorexia nervosa y bulimia nervosa (PEN) ¿Qué piensa usted y los demás miembros de la familia acerca de la AN y BN que padece su hija? (sentimientos y problemáticas, entendimiento hacia la enfermedad, se esperaba de otro miembro y no de ella)

Categoría PEN señora Ver, 41 años

“Antes nosotros le insistíamos mucho a All a comer, y lo que una doctora me comento es que no le insistiéramos, que ella va a comer cuando le de hambre, y mi esposo a veces la verdad si se molestaba, le decía “es qué nunca quieres nada, te llevo a tal lado y nunca quieres nada”, y ahora ya no es tan insistente y ella luego solita se prepara otras cosas, a lo mejor la comida que yo hago no le gusta, pero yo la he visto mejor que como estaba antes, más consciente del daño, exactamente...”

“Yo no esperaba nada malo de ella, porque yo la veía tan bien, la veía bien emocionalmente, en la escuela siempre fue bien, o sea nunca me reprobó nada la veía muy centrada, muy consciente, se podría decir que muy madura para su edad, se ganó mi confianza, no es de esas niñas fiesteras o contestonas, nunca me esperaba algo así de ella, jamás, jamás, jamás... A lo mejor lo esperaba más de mi hija la mediana (15)”

Categoría PEN señora Bea, 56 años

“Antes mis hijos estaban más chicos y no se daban cuenta de lo que mi hija hacía por ese aspecto no se dieron cuenta, los que sabíamos éramos mi esposo, mi hija y yo, pero ya ahorita les hablamos sobre el tema y ya ellos

entienden que no deben de hacer cosas que les afecten a su organismo, pues antes no había información del tema y poco a poco fuimos dándonos cuenta de los peligros y de la información que tuvimos que investigar y por eso no creo que mis otros hijos hagan lo mismo porque ya les dimos información de lo que se trata, y los peligros que ocasiona en su cuerpo y en su organismo...”

Respecto a las opiniones de la señora Ver y la señora Bea, trataron de comprender la enfermedad de sus hijas y apoyarlas para que salgan adelante y se recuperen, ambas las llevaron con especialistas para que las oriente y las ayude a salir de la problemática, en el caso de All le queda camino por recorrer y su familia la quiere apoyar, en el caso de Azu si bien tiene secuelas aún ella es más consciente del daño que se causó por muchos años.

Ahora bien toda la información que ha sido presentada en este capítulo será tomada en cuenta para el siguiente capítulo donde se concentra la información proporcionada aunada al marco teórico expuesto a lo largo de la investigación.

Capítulo VII. Discusión y Conclusiones

El objetivo de este último capítulo es, analizar los efectos en la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa en los cinco casos presentados; posteriormente se realiza una discusión de lo expuesto en los capítulos de la investigación en relación a los casos de los informantes. Finalmente se concluye con algunas sugerencias, observaciones, reflexiones y las posibles participaciones de trabajo social en los trastornos de la conducta alimentaria resaltando el enfoque psicosocial de la problemática.

La anorexia nervosa y la bulimia nervosa son enfermedades que causan múltiples problemáticas en la vida de las personas y en sus relaciones familiares, como se pudo apreciar a lo largo de la investigación, la familia adquiere un papel fundamental pues suele estar implicada en el inicio, mantenimiento y recuperación de las personas, por lo cual la dinámica familiar suele tener efectos que se manifiestan en problemáticas y readaptaciones de acuerdo a la nueva situación que enfrentan, sin embargo el mayor problema o conflicto se presenta cuando las familias no se ajustan a los nuevos cambios que trae consigo una enfermedad como los TCA lo que puede generar fracturas en el sistema familiar y como consecuencia el trastorno puede continuar y agravarse. A continuación se analizaran los efectos que presentó la dinámica familiar en los casos expuestos en cuanto a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción de las familias ante la problemática.

La pregunta y objetivos que dieron origen a la investigación fueron:

¿Qué efectos son los que presenta la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa?

Objetivo General: Analizar los efectos en la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa

- a) Analizar los cambios que presenta la comunicación familiar ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa
- b) Analizar los cambios en las relaciones afectivas en las familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa
- c) Analizar los cambios de roles en las familias con anorexia nervosa y bulimia nervosa
- d) Analizar los cambios en la autopercepción de las familias ante la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa de uno de sus miembros

Los efectos que presenta la dinámica familiar ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa, en voz de los informantes han sido variables en cada caso, pero indudablemente fue un impacto para cada una de las familias, pues el descubrir que uno de sus hijos o hijas se encontraba mal y padecía un problema en su alimentación fue un choque emocional, lo cual impacto en las relaciones familiares, por lo que la dinámica familiar comenzó a tener desequilibrios; sin embargo ninguna familia es igual y aunque pueden compartir semejanzas ante la problemática, cada una tiene formas diferentes de afrontarlas y buscar soluciones, pues como se observó todas

tienen un sistema de convivencia, una autopercepción, normas, límites, comunicación y relaciones afectivas diferentes.

Es así que unas familias trataron de unirse y ayudar a la persona con AN y BN y otras no supieron cómo reaccionar ante el impacto que causó el trastorno en su familia, si bien antes de que se presentara el problema, las familias ya tenían otro tipo de dificultades, por lo cual el efecto que tuvieron en sus dinámicas familiares fue exacerbar esas problemáticas, en donde permeaban dos posibles escenarios, el primero intentar equilibrar el sistema familiar y hacerlo funcionar para que la persona se recuperará o el segundo, ignorar el TCA, seguir cada quien con su vida cotidiana y esperar a que el problema pasará solo, esto fue lo que se observó en algunas de las familias estudiadas.

Respecto a los cambios en los componentes seleccionados de la dinámica familiar, en rasgos generales se puede concluir que las familias ante la presencia de la AN y BN tuvieron cambios principalmente en la comunicación pues está se volvió escasa, dañada y poco clara. Pues el miembro con el TCA al ocultar la enfermedad dejó de comunicarse con la familia, lo cual trajo como consecuencia que los demás integrantes también dejaran de comunicarle cosas o lo dejaran de integrar a las actividades familiares; respecto a los roles el principal cambio que sucedió en todas las familias fue el cambio de papel que adquirió la persona con AN y BN pues el trastorno ocupó toda la atención de la familia y pasó a ser el rasgo principal de la personalidad de la persona, por lo que dejó de ser un integrante con ciertas características y funciones en la familia a ser la persona con el problema, el miembro enfermo, la/él anoréxico, la/él bulímico, asimismo otros cambios de roles que pueden apreciarse son referentes al papel de los demás integrantes,

pues las madres principalmente adquirieron el rol de cuidadoras principales y en el caso de los padres se exacerbó el papel de desinterés o menos involucramiento en la familia.

En cuanto a los cambios en las relaciones afectivas, en algunas familias no hubo cambios relevantes pues siguieron manteniendo los mismos afectos con la persona con AN y BN y los demás miembros, en cambio en otras familias se fracturaron los afectos, pues al no comunicarse efectivamente trajo como consecuencia que tampoco se expresaran los afectos, aunque en algunas familias no se expresaban ni antes ni durante el trastorno así que no tuvieron grandes cambios. En cuanto a la percepción de las familias la mayoría en opinión de los informantes se sintieron con enojo, con sorpresa e incredulidad de la problemática, en otras familias percibían a su familia como un fracaso al no darse cuenta lo que le sucedía a su hijo (a) por lo cual hubo culpa ante el surgimiento de la problemática.

En algunas familias se trataron de implementar soluciones, es decir trataron de tener una comunicación más eficaz y activa, mostrar más afectos, adquirir roles de cuidadores y tener una percepción más positiva de su sistema familiar, otras en cambio no tuvieron cambios duraderos y efectivos en ningún rubro, pues prefirieron seguir reproduciendo el mismo sistema familiar que se tenía antes de la AN y la BN, por lo cual optaron por ignorar el problema y como consecuencia la persona afectada decidió mantenerse alejada lo más posible del sistema familiar, por lo que puede concluirse que algunas familias tuvieron cambios y otras no los tuvieron, para que esto quede más claro se ejemplificara con cada uno de los casos presentados.

Caso de All:

La mamá de All intento que hubiera cambios en la comunicación, pues argumentaba que antes de la BN su hija le tenía mucha confianza y le comunicaba y expresaba sus sentimientos y cosas. Respecto a los demás miembros es decir el padre y hermanas de All, siempre han sido menos comunicativos y la mamá de All intentaba que le expresaran sus pensamientos ya que ella era la que siempre enunciaba sus opiniones y las cosas que no le parecían, pero su familia suele guardarse las cosas según su perspectiva.

Es así que ante la BN de All se hizo más cerrada y bloqueada la comunicación, pues All comenzó a guardarse cosas para sí misma por lo que la familia resintió estos cambios y comenzó a escasear la comunicación y tornarse conflictiva, pues al surgir peleas el ambiente familiar se tornó tenso y problemático. Es importante mencionar que quién comunico el problema de la BN fue la misma All a su mamá, pues se sentía sola y mal con lo que estaba pasando y siempre ha tenido más empatía con su mamá que con algún otro miembro de su familia.

Sin embargo, a pesar de esos intentos por volver a tener una comunicación más eficaz, All siguió guardándose cosas, por lo que no suele ser muy expresiva en su sistema familiar, es así que la comunicación si tuvo cambios ante la presencia de la BN pero sigue en proceso de que esta sea más clara y eficaz en todos los miembros.

Respecto a las relaciones afectivas, la familia solía expresarse los afectos All comentaba que si tenían algún logro o reconocimiento su familia expresaba mucho el orgullo o afecto, pero ella sentía que su familia al hacer eso lejos de hacerla sentir bien le daba la impresión de que tenía

que ser buena en todo, por lo cual la llenaba de frustración. Ante la BN el sentimiento de empatía en su familia se hizo presente y el afecto principalmente con su mamá y su hermana de 15 años pues con ella solía tener constantes peleas y a raíz de la BN comenzaron a disminuir, pero fue una relación armónica que no se mantuvo en el tiempo, pues en cuanto las cosas comenzaron a calmarse siguieron las peleas, es así no hubieron cambios significativos en las relaciones afectivas ante la BN, pues los que se tuvieron fueron momentáneos se intentó cambiar la relación problemática con su hermana, pero posteriormente todo volvió a ser como antes y All continúa guardando sus sentimientos.

Los roles en la familia de All, cambiaron principalmente en dos cuestiones, ella adquirió el papel de la persona que tenía la enfermedad o problemática, ya que ese rol antes solía ocuparlo su hermana menor (13) que presenta diversas enfermedades y la atención por lo mismo se centraba en ella y al presentarse la BN la atención y vigilancia se fue hacia All, asimismo por cuestión del trastorno All tuvo que dejar su rol de estudiante y hacer una pausa en sus estudios pues tenía primero que recuperarse y sentirse más fuerte para continuar. Respecto a su mamá ella además de tener el rol de ama de casa adquirió el papel de cuidadora principal de All pues es quien la lleva a sus consultas, terapias y trata de vigilarla y apoyarla, el rol de su papá no cambió pues siguió siendo el proveedor y jefe de hogar, el rol de su hermana de (15) como rebelde siguió también igual.

En cuanto a la autopercepción de la familia, All mencionaba que sentía que era muy perfeccionista. En cuanto a la autopercepción en general del sistema familiar, si hubo cambios ya que antes de la BN la familia solía tener problemas como todas las familias pero estos según la

mamá de All eran menores y subsanables, pero ante de la problemática se tuvo la percepción de que habían fallado como familia, sobre todo la mamá de All se preguntaba por qué y se echaba la culpa de cómo no se había dado cuenta de lo que le sucedía a su hija, por lo cual la autopercepción si cambió después de la BN pues la familia puso más atención en All y en los demás miembros y ahora suelen ocuparse de atender los problemas familiares.

Caso de Mar:

Respecto a su comunicación no hubo cambios ni antes ni después de la BN, pues argumenta que en su familia no se habla del tema del TCA, antes de que sucediera la problemática su comunicación ya estaba dañada, pues en su familia existen diversas formas de violencia, por lo que él ha optado por deslindarse, se enfoca en sus cosas y trata de ya no engancharse, por lo que la BN no generó efectos en la comunicación cada quien siguió apartado del sistema familiar y con una comunicación dañada principalmente por parte de su padre.

Las relaciones afectivas en la familia de Mar nunca fueron muy explícitas por lo cual no era común que se expresaran los afectos, si acaso la mamá de Mar mostraba más preocupación por los miembros de la familia, porque el padre no suele ser afectuoso con sus hijos y se comporta de manera violenta. Es así que ante la presencia de la BN, Mar comenta que no hubo cambios en las relaciones afectivas ya dañadas antes del TCA, si acaso su hermano un año menor que él (28) tuvo cierta empatía al inicio del padecimiento, pero después todo regreso a como era antes. Es así que las relaciones afectivas no tuvieron cambios, su mamá al inicio lo llevo a una clínica para que se recuperará pero después de eso no se habló del tema y cada quien siguió con su vida cotidiana, no se expresaron los sentimientos y efectos que causó la BN.

Los roles siguieron aparentemente igual, su mamá se dedica a trabajar y a realizar todas las labores del hogar, su papá trabaja y no se le ve mucho por la casa, sus hermanos estudian, el único papel que cambió fue el de Mar pues paso de ser un miembro más en el sistema familiar a ser quien tenía una patología alimentaria y además una enfermedad relacionada con los riñones, pero a pesar de ello no tuvo un mayor impacto en su relación familiar, pues la familia opto por ignorar la problemática.

En cuanto a la autopercepción de la familia tampoco cambio pues Mar la percibe como disfuncional y plagada de violencia, cuando se presentó la BN solo se hicieron más presentes esas problemáticas, pero no cambio la misma dinámica familiar que ya se tenía antes del trastorno, por lo cual la percepción respecto a como el ve su familia tampoco, pues continuaron los mismos patrones de conducta en la familia.

Caso de Nic

La comunicación antes de la AN ya era fluida y directa entre su hermano que falleció (21) su hermana (18) y sus padres, pero eso nunca incuyó a Nic, es así que ante la presencia del trastorno, la comunicación solo se hizo más distante y bloqueada, además la muerte de su hermano influyó en que Nic dejara de comunicarse con sus padres, sumando que estudia y trabaja por lo que casi no los ve, además comenzó a aislarse de las actividades y comidas familiares debido a la AN y la familia opto por ya no comunicarle si salían, por lo que tampoco ya lo invitan. Sin embargo, Nic dice que con la que si mantiene comunicación es con su hermana (18) ya que es con la única que tiene empatía, es así que la comunicación tuvo algunos cambios por la AN y por la muerte del

hermano mayor, si antes la familia no solía tener comunicación con Nic, después de esos dos acontecimientos se hizo más visible el bloqueo comunicacional.

Las relaciones afectivas en la familia de Nic siempre han estado presentes, pues menciona que a su hermano (21) y a su hermana (18) sus padres siempre les han expresado su cariño, pero a él no le gustan las muestras de afecto, por lo que no tiene estas relaciones afectivas con sus padres ni la demás familia que los visita, es así que la AN exacerbo esas relaciones distantes entre Nic y su familia, por ende no tuvieron un cambio positivo o más negativo, permanecieron igual en el.

En cuanto a los roles todos siguieron con el papel que ya desempeñaban en la familia, su madre trabaja y hace las tareas del hogar, su papá se ausenta por el trabajo, su hermana estudia y todos se llevan muy bien, Nic paso de ser un miembro más como en todos los demás casos a ser el que porta la problemática respecto a la AN, pero como no se aceptó y no se le dio importancia y cada uno continuo con su vida cotidiana, los roles no cambiaron después del TCA.

Respecto a la autopercepción de la familia, esta no cambio pues la familia es feliz, no tiene problemas económicos ni de violencia según argumenta Nic, ellos son muy extrovertidos y se entienden muy bien, lo cual no lo incluye a él, por lo que la AN no cambio la percepción que tiene acerca de su familia ni de la autopercepción que tienen los demás miembros, pues Nic mencionaba que sus padres tienen la percepción de que tratan a todos sus hijos por igual y él no comparte esa opinión ni antes ni después de presentarse la AN.

Caso de Azu

La comunicación en la familia de Azu nunca ha sido cercana, clara y directa no suelen comunicarse a menudo, pues cada quien se guarda sus pensamientos y sentimientos; cuando se presentó la BN su mamá argumenta que hablo con sus demás hijos dándoles consejos para que no padecieran los problemas alimenticios de Azu; su mamá piensa que la comunicación si cambio después del trastorno, pues dice que ahora se comunican más y los hijos son más cercanos a ella y su esposo, pero Azu tiene una percepción diferente ya que argumenta que siguen sin comunicarse mucho, por lo cual puede concluirse que la comunicación no cambió debido a la BN de Azu.

Las relaciones afectivas, en la opinión de Azu nunca se han expresado mucho en la familia, no son comunes y menos por parte de su papá y ante la BN esto tampoco cambió, pero en la percepción de su mamá si cambiaron pues dice que cuando sus hijos eran más pequeños no solían expresarse mucho los afectos pero que después del TCA y al estar más grandes todos sus hijos suelen ser más apegados a ella y a su esposo, pero difiere a lo que Azu opina pues ella sigue pensando que el afecto nunca ha estado muy presente en su sistema familiar, pues cada quien hace su vida. Por lo cual puede concluirse en que ante la presencia de la BN las relaciones afectivas intentaron cambiar pero no perduraron en el tiempo después de que paso el TCA.

En cuanto a los roles, todos continúan con su papel en la familia, su mamá siempre ha sido la encargada de las actividades del hogar, su papá el proveedor económico y jefe de familia, su hermano (18) estudiante, al igual que su hijo y su hermana (27) la cual se encuentra alejada del sistema familiar, lo único que cambio después de la BN fue que la atención se fue directamente hacia Azu y su mamá se convirtió en su cuidadora principal, pues la vigilaba y le ponía más

atención, Azu por su parte al igual que en todos los casos paso de ser un integrante más a ser el miembro enfermo.

Respecto a la autopercepción, Azu siempre ha tenido la percepción de que su mamá es la única que siempre se ha preocupado por ella, sus hermanos y su hijo. Pues su papá es una persona desinteresada, la mamá de Azu percibe a su familia como buena pero reconoce que sus integrantes suelen ser alejados; cuando se presentó la BN esta percepción familiar cambio para su mamá pues mencionaba que la familia era más unida, la comunicación se hizo más presente y las relaciones afectivas más explícitas, pero esa es su percepción y no la de Azu en ella no cambio, por lo cual se puede concluir los efectos en la autopercepción del sistema familiar son diferentes de un miembro a otro, para la mamá de Azu si hubo cambios en la forma de percibir a su familia ante la presencia de BN pero para Azu no los hubo.

Caso de Maf

La comunicación en la familia de Maf en su opinión suele ser abierta y clara pero no de su parte, ya que a ella le cuesta expresar sus sentimientos negativos sobre todo el enojo, sus padres ante la presencia de la AN le insisten más en que ella se exprese libremente y que no se guarde nada de lo que siente, pero a Maf le cuesta mucho trabajo, ya que creció con la educación de no poder expresarse libremente cuando era niña, pues le decían que las niñas bonitas no se enojaban ni lloraban; en conclusión a raíz del trastorno sus padres si intentaron cambiar la comunicación y que esta fuera más efectiva y clara pero Maf todavía sigue trabajando en ello, por lo cual puede concluirse que si hubo cambios en la comunicación en el sistema familiar de Maf pues la familia empezó a expresarse más efectivamente, aunque todavía continúan trabajando en ello.

Las relaciones afectivas en la familia de Maf siempre se han expresado, pero después de la AN se hicieron más presentes, pues sus padres, sobre todo su papá le insiste a que exprese lo que siente, pero como se mencionaba a ella aún le cuesta trabajo, pero a pesar de ello, Maf argumenta que se siente muy apoyada y muy amada por sus padres y hermanos más que antes de la AN, por lo que las relaciones afectivas si cambiaron después del TCA, mejoraron y los sentimientos se expresan más en el sistema familiar.

Los roles en cuanto a las ocupaciones de sus padres no cambiaron pues su papá sigue trabajando y su mamá también además de atender las actividades del hogar, Maf estudió pero no se dedica a su carrera. Los roles han cambiado varias veces en la familia, pues ahora ella y sus padres son cuidadores de su abuela materna debido a que ya tiene una edad avanzada y tuvo un accidente en la cadera, asimismo Maf antes era el miembro con mayor atención por la AN ya que duro alrededor de 15 años enferma, por lo que era el miembro que necesitaba la atención de la familia, después de su recuperación la atención y el papel de miembro enfermo ahora es de su abuela, por lo que si cambiaron los roles no solo por la AN sino por las propias circunstancias de la familia.

La autopercepción que Maf y su familia tenían de su sistema familiar si cambió después de la AN, pues antes y durante la enfermedad se tenía la percepción de un ambiente con problemáticas que se acentuaron más durante el transcurso de la AN, pues Maf argumenta que era un ambiente enfermizo y totalmente caótico, en donde no encontraban la salida por ninguna parte, pero después de su recuperación esa percepción cambio pues ahora ve a su familia amorosa y que la apoya mucho y su relación con ellos cambio radicalmente, pues ahora se lleva bien con sus

padres, sin embargo aún prefiere pasar tiempo fuera de casa pero dice no tener problemas como antes en su relación familiar, por lo que la autopercepción en la familia ante la presencia de la AN si cambió positivamente.

Como se puede apreciar, en algunas familias se presentaron cambios en la dinámica familiar después de detectarse la AN y BN pero otras no tuvieron cambios relevantes pues no perduraron en el tiempo, algunos cambios fueron positivos como en la familia de Maf, otros empeoraron como en la familia de Mar y Nic y en el caso de All la familia continua buscando esos cambios positivos en su sistema familiar para que puedan superar la BN, en el caso de Azu hay opiniones diferentes respecto a su mamá y ella para una hubo cambios positivos y para otra las cosas no tuvieron cambios relevantes.

Ahora bien, lo anterior se retomará en las conclusiones finales; a continuación es importante realizar una discusión de algunas cuestiones relevantes expuestas en los capítulos en concordancia con los casos analizados, lo cual da un sustento entre lo teórico y lo práctico de la investigación.

En relación al marco referencial, la investigación de Ruíz et al. (2010) titulada: “funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario” resalta que las personas que padecen de AN entre más síntomas de tipo bulímico presentan, suelen tener una menor expresión en su sistema familiar. Lo cual se ve ejemplificado en los cinco casos presentados pues todos los informantes (All, Mar, Nic, Azu y Maf) no suelen tener mucha expresión en su familia ya que tratan de mantenerse alejados del sistema familiar y esto guarda relación en que los cinco presentan anorexia purgativa o bulimia nervosa.

En otra investigación realizada por Sánchez et al. (2012) Titulada “El apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con anorexia”, argumenta que el haber crecido sin una figura paterna constante y fuerte puede ser una causa en el padecimiento en este caso de AN, lo cual tiene relación principalmente en el caso de Mar, pues el mismo manifestaba que creció sin una figura paterna constante, pues no le dio las bases principales que se deben dar a un hijo para que crezca adecuadamente. Lo cual pone a discusión que el crecer sin una figura paterna fuerte no solo afecta a las mujeres, sino también a los hombres.

En el caso de Azu, aunque si tuvo una figura paterna, la educación tan estricta y rigurosa que recibió por parte de su padre la hizo tratar de liberarse a través de su trastorno como ella misma manifiesta, trataba de llamar la atención ya que no se sentía bien en casa. En el caso de All si bien su padre no es biológico, pero desde pequeña la vio crecer, sin embargo cuando All se enteró de ello, esta nueva situación le tomo tiempo para asimilarla, lo cual además repercutió en el inicio de las purgas; en contraste Nic creció con una figura paterna pero sin una relación estrecha y sin identificación con el padre, en el caso de Maf si creció con una constante figura paterna, lo cual resalta que hay distintas realidades y que influyen además de ello otra serie de factores.

El siguiente artículo que vale la pena mencionar es el de Ruíz et al. (2012) titulado “Funcionamiento familiar en la población clínica y población con riesgo de trastornos alimentarios”, en donde se señala que el trastorno donde se ve más reflejado el deterioro familiar es en la BN, lo cual puede resultar cierto ya que la mayoría de los informantes tiene como diagnóstico BN y en el caso de las personas con AN también han tenido síntomas bulímicos y

efectivamente a raíz del trastorno hubo un gran deterioro familiar, ya que las familias a pesar de ya tener problemáticas estas se acentuaron más ante la presencia de la AN y la BN.

Otro factor a resaltar acerca de las investigaciones son los estilos de crianza, pues en la investigación de Losada et al. (2018) Titulada “Trastornos de la conducta alimentaria y estilos parentales” sugiere que si bien algunos estilos de crianza pueden influir en el padecimiento de AN y BN, pero realmente no hay un estilo común, lo cual es cierto pues todos los informantes tienen diversos estilos de crianza, oscilando entre ellos el intermitente, hiperprotector, autoritario, y democrático-permisivo.

También las investigaciones del marco referencial centran principalmente su interés y estudios en la adolescencia, si bien aunque todos los informantes han pasado esa etapa, la problemática inicio precisamente en esas edades, lo cual sigue justificado que la atención y prevención centre su interés en esa transición hacia la vida adulta, o incluso desde la infancia.

En el caso de la adolescencia las personas se encuentran más vulnerables e influenciadas, como en el caso de All y Azu que al experimentar burlas sobre su aspecto físico decidieron buscar alternativas para bajar de peso, asimismo, Mar y Nic iniciaron el TCA a esa edad, Mar por influencia de la propia sociedad superficial en la que se rodeaba y el no tener una familia con bases sólidas para que lo guiará, y en el caso de Nic debido a la influencia de su hermano mayor y querer sentirse aceptado en su grupo de pares, además influyó la poca cercanía con su sistema familiar; en el caso de Maf la problemática fue iniciada en la pubertad alrededor de los 11 años, sin embargo los problemas con su imagen y peso iniciaron desde los 8 años por influencia de su abuela materna.

Por lo tanto, los factores en los que estas investigaciones han puesto su atención han tenido congruencia con los casos expuestos, sin embargo en ninguna de las investigaciones se habla acerca de los hombres, lo cual debería tomarse en cuenta para realizar un contraste más amplio.

Respecto al capítulo II acerca de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, las principales cuestiones a resaltar son, en primer lugar los determinantes sociales de la salud mental, los cuales también toman en cuenta las etapas cruciales por las cuales las personas atraviesan y pueden ser un factor importante que compromete la salud mental, pues Schenker (2012), hace alusión que las etapas de difícil transición como la infancia y adolescencia aunado a las experiencias de violencia, van causando estragos en la salud mental de las personas; lo cual se ve estrechamente relacionado con los casos presentados, pues todos tuvieron etapas cruciales en sus vidas, como el tener una época difícil en la escuela como Azu y All por las burlas de sus compañeros hacia su peso, la violencia que sufría Mar en su familia, el impacto familiar que tuvo Maf con su abuela materna al recibir críticas sobre su cuerpo, Nic tuvo la influencia de su hermano mayor pues él siempre aspiró a ser como él y que sus padres no le prestaran la misma atención a él como lo hicieron con su hermano, lo cual claramente repercutió en la salud mental y se reflejó en el TCA de los informantes.

Respecto a la epidemiología de los TCA de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) menciona que las preocupaciones de las personas con TCA o en riesgo de padecerlos, se encuentran el engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come, al respecto en los cinco casos presentados existen estos temores, por lo cual al temer perder el control decidían con más ímpetu restringir su alimentación. Siguiendo con la encuesta, un dato

interesante a rescatar respecto a las diferencias entre las mujeres y los hombres, es que estos últimos suelen tener una mayor preocupación por comer demasiado y hacer ejercicio; en el caso de Mar y Nic esto no fue así, ya que su preocupación no estaba enfocada en el ejercicio, pero sí temían el comer de más.

Respecto al apartado de los factores predisponentes en el desarrollo de la AN y la BN, se encuentran diversos factores, entre ellos los biológicos de los cuales realmente no se puede concluir si influyeron en los casos, ya que no fue el objeto de estudio de la investigación, pero no hay que descartarlos; respecto a la vulnerabilidad psicológica que menciona Perpiña (2015) se encuentran las dificultades de autoaceptación lo cual se presenta en sí en todos los casos, pero se visualiza con mayor detalle en los casos de Mar, Nic y Maf, pues en el caso de Mar él mismo manifiesta que tenía problemas de autoaceptación, ya que creció sin guía e identificación por parte de su padre, en el caso de Nic no aceptaba que su forma de ser era diferente a la de sus demás familiares, él prácticamente quería encajar en el mismo molde, ser atractivo, extrovertido y con muchas amistades, lo cual lo hizo buscar a través de su físico una cercanía hacia esos ideales; Maf en cambio menciona que desde pequeña tuvo problemas para autoaceptarse lo cual tuvo que ver con la influencia de su abuela.

Pero sin duda los factores que más resaltaron fueron los socioculturales y familiares, de acuerdo a lo que mencionaban Cruzat et al. (2010) los TCA suelen manifestarse debido a que la sociedad valora la imagen y corporalidad de las personas en la cual la delgadez se vuelve sumamente importante, lo que se ve reflejado en los cinco casos, todos tenían ese ideal de

delgadez y percepción distorsionada de su imagen corporal, por lo cual buscaban la constante pérdida de peso para lucir atractivos ante los ojos del mundo.

Acerca de los factores familiares Cruzat et al. (2010) mencionan que si existen conflictos en los miembros pueden resultar detonantes en el padecimiento de los TCA, pues al existir desorganización, familias poco unidas, exigentes y rigurosas o por el contrario sobreprotectoras, pueden contribuir de múltiples formas en la predisposición, mantenimiento y recuperación de los TCA. Esto se encuentra claramente en los cinco casos, pues en sus familias existían problemáticas y desorganización. Por ejemplo All percibía a su familia como exigente, Azu como rigurosa, Nic y Mar poco unidas y Maf con cierta desorganización, pues el permitir que la abuela dictaminara la forma en que ella tenía que verse o comer hablaba de una intromisión hacia la propia organización de su sistema familiar.

Los factores precipitantes al instaurarse, resultan ser sumamente importantes en la aparición del TCA, como argumentan Baños & Montilla (2016) los antecedentes de sobrepeso son importantes pues generan insatisfacción con la imagen, los propios cambios físicos de la pubertad, el haber sufrido de críticas hacia el aspecto físico y los problemas familiares suelen ser factores de riesgo, lo cual lleva a una insatisfacción corporal y la posterior realización de dieta. En los cinco casos esto estuvo presente, por ejemplo All y Azu son las que sufrieron de más críticas hacia su aspecto físico pero por parte de sus compañeros de escuela, Maf en cambio también sufrió críticas pero de su familia en este caso de su abuela, en el caso de Mar y Nic realmente no hubieron críticas de personas externas, pero en sus casos influyeron los problemas

familiares, lo cual de una forma u otra los llevo a tener insatisfacción en sus vidas y con su imagen.

Respecto a los factores de mantenimiento todos los informantes los padecen o padecían, Baños & Montilla (2016) mencionan que estos factores hacen que el TCA se mantenga en la persona, por ejemplo el mantenimiento de pautas alimentarias inadecuadas como dietas, ayunos y conductas compensatorias, así como las reacciones familiares que permiten que los síntomas continúen y dominen el funcionamiento familiar, muchas veces por la negación de la problemática.

En los cinco casos estos factores de mantenimiento fueron los que hicieron que los informantes no pudieran salir de la AN y la BN, pues entre más dejaban de comer mejor se sentían, describen el ayuno como esa euforia y satisfacción de orgullo aunado a las conductas compensatorias, ya que los hacía sentir que tenían el control de algo en su vida. Las familias se percataban de los síntomas pero no les dieron la importancia temprana que merecían y dejaron que esto continuara hasta que repercutió en la salud de la persona y en el sistema familiar. Por ejemplo, en el caso de Maf su mamá entro en negación, en el caso de All su familia no lo esperaba de ella, en las familias de Mar y Nic su familia no lo acepto y no lo veían como problema, en el caso de Azu su mamá fue la que se preocupó y ocupo, su papá se reservó más.

Respecto al aparatado de la AN y BN en hombres y mujeres se puede rescatar principalmente de acuerdo a Gorab & Iñarritu (2014) que la tendencia masculina del cuidado corporal suele estar más asociada a prácticas deportivas y al desarrollo de musculatura que el tener un peso bajo como en el caso de las mujeres. En los dos casos de hombres, (Mar y Nic) se contradice con lo

que los autores opinan ya que el interés de ninguno de los dos se encontraba en realizar deportes para desarrollar su musculatura, por el contrario ambos querían ser más delgados y sin músculos como en el caso de las mujeres.

Otra teoría a resaltar es la que menciona Faus (2016) en donde la menor incidencia de TCA en los hombres se atribuye a que ellos están menos sometidos a presiones socioculturales y la influencia de los medios de comunicación. Lo cual en el caso de Mar y Nic no fue así, pues ambos estuvieron sometidos a esas presiones socioculturales, aunque a Nic le afectaron más, pues él manifiesta que su prototipo a seguir era el ideal del hombre delgado como los coreanos y que él se admiraba a las personas delgadas de youtube y demás medios.

Otra creencia que se tiene acerca de los TCA en hombres es lo que Faus (2016) manifiesta, respecto a que están altamente relacionados con la orientación sexual, pues los homosexuales se encuentran sometidos a mayor presión, esto si bien no podría ponerse en duda, pero en el caso de Mar y Nic ninguno es homosexual. Por último Faus (2016) también alude que los hombres suelen tener niveles más altos de peso previos a la aparición del TCA que las mujeres, lo cual en el caso de Mar y Nic tampoco es así, pues no tenían altos niveles de sobrepeso, el sobrepeso se daba más en los casos de All y Azu ya que en Maf tampoco había sobrepeso si acaso dos kilos de más pero era una niña de 8 años, que aún no se desarrollaba completamente.

En cuanto a los estereotipos sociales en hombres y mujeres se rescata de acuerdo a Mosteiro (2010) que el caso de las mujeres suele haber más proteccionismo y control por parte de los padres, que hacia los hijos varones. Esto se ejemplifica en el caso principalmente de Azu pues su educación era más estricta que la que vive ahora su hermano y su hijo. Por otra parte Rocha &

Díaz (2014) dicen que dentro de las conductas esperadas por las mujeres están el trabajo doméstico y el estar al servicio de otros. Esto se observa en todas las familias de los cinco casos, pues aunque varias de las madres de los informantes trabajan, no por eso dejan de ser las únicas que realizan las labores del hogar, así que tienen doble carga de trabajo, en el caso de All y Azu sus mamás se dedican exclusivamente al hogar.

Por otra parte de acuerdo a los estereotipos de los hombres Rocha & Díaz (2014) encuentran que tienen que ser los principales proveedores del hogar y ser la autoridad de la familia. En los cinco casos esto es así, en el caso de Azu su papá es quien lleva el control de la familia y es el único proveedor, en el caso de Maf su papá es quien tiene el control principal de la familia, en el de Mar lo mismo, en el de All su papá es el único proveedor y por último en el caso de Nic sus dos padres trabajan, no se sabe si su papá tiene las decisiones del hogar pero tal parece que se reparten, sin embargo no es así con las tareas de la casa.

Por otra parte el tema del estigma en la AN y BN es sumamente importante, ya que influye en que las personas no quieran hablar de ello y no quieran recibir ayuda. En congruencia con Aretio (2009) las personas que sufren algún TCA no suelen hablar de ello, solo con sus iguales; es decir con aquellas personas que sufran lo mismo que ellos, esto debido a que hay incompreensión y creencias erróneas acerca de los trastornos de alimentación, pues las personas que los padecen suelen ser vistos como los únicos culpables de su enfermedad y por lo tanto en sus manos se encuentra la solución y cura a “su problema”, por ejemplo en la participación de la mamá de All y Azu (señora Ver y señora Bea) se daban este tipo de creencias, en el caso de All se mencionaba que la decisión de curarse y cambiar estaba solo en ella, en el caso de Azu se vio como una forma

de llamar la atención y que su curación se debió única y exclusivamente a su ingreso hospitalario tal como mencionan Treasure, et al. (2011) lo cual no fue así, ya que Azu siguió arrastrando esos problemas por mucho tiempo y aunque actualmente ya no recurre a ayunos o conductas compensatorias, si continua lidiando con la insatisfacción de su imagen.

También los TCA suelen verse como un signo de rebeldía o como una forma de castigar a los padres, lo cual se ve ampliamente en el caso de Nic, pues sus padres no aceptaron que él tuviera AN sino que creyeron que era una forma de protesta hacia ellos. Además un estigma común es que solo son enfermedades de mujeres y aunque la menor incidencia se encuentra en los hombres, ellos también sufren este tipo de trastornos; en las familias de Mar y Nic sus padres no aceptaron que se tratara de AN y BN sino solo problemas de autoestima propios de la adolescencia.

Respecto a las principales consecuencias que se pueden rescatar acerca de la AN y la BN es lo que Rausch (2002) dice, las personas con TCA suelen estar irritables y con cambios constantes de humor, con retracción y aislamiento social, además de las secuelas físicas evidentes como la piel amarillenta, caída del cabello, trastornos del sueño y desmayos. En los cinco casos esto se presentó todos cambiaron su carácter pues se encontraban de mal humor y trataban de aislarse principalmente de su sistema familiar y tuvieron secuelas físicas evidentes debido al deterioro de su organismo.

Aunado a lo anterior Perpiña (2015) pone de manifiesto que la relación emoción-ingesta es muy importante, pues las emociones negativas suelen asociarse con los atracones y vómitos, en el

caso de All por ejemplo lo que desato sus purgas y vómitos eran los problemas de sus papás, en el caso de Nic y Mar fueron su ambiente caótico familiar y la soledad que sentían.

En cuanto al capítulo III sobre las concepciones teóricas de la familia, las principales asociaciones que se encuentran respecto a los casos presentados son:

Acerca de la tipología de familia que plantean Suares (2002) y Eguiluz (2003) la familia que prevalece en los casos presentados es la nuclear, conformada por ambos padres y hermanos esto en el caso de All, Mar, Azu y Nic, en el caso de Maf es extensa, ya que además de los padres se encuentra viviendo bajo el mismo techo la abuela materna.

Respecto a los modelos de familia descritos por Nardone & Giannotti (2013) en el caso de All el modelo que más se acerca a su familia es el intermitente, pues los padres tienen posiciones rígidas o mórbidas las cuales tienen mensajes contradictorios en los hijos, por ejemplo All es obediente pero su hermana de (15) fácilmente se salta esas reglas.

En el caso de Azu y Mar se trata de un modelo autoritario, pues uno de los padres en este caso el padre ejerce el poder sobre los hijos y estos tienen poca voz, hay una constante disciplina, un deber y control constante, la consecuencia es que los hijos no quieren pasar tiempo en casa.

Respecto a Nic se trata del democrático-permisivo pues las cosas en su familia se hacen por convencimiento y consenso y no por imposición lo cual se obtiene a través del diálogo, las reglas se pactan con suavidad, por lo cual tampoco hay consecuencias claras si estas se rompen.

En el caso de Maf el modelo que más se asemeja es el hiperprotector, pues los padres se comunican con dulzura, cariño y amor, pero se tiene una preocupación constante respecto al

éxito, alimentación, salud y aspecto físico por lo cual los hijos constantemente no pueden expresarse, ni expresar sus emociones y sentimientos con libertad.

Respecto a las cuestiones de la dinámica familiar y sus principales componentes se encuentran el ciclo vital de la familia, en las familias de All, Azu, Mar y Nic se encuentran en la etapa de hijos adolescentes según Eguiluz (2003) los padres deben intentar tener un equilibrio y flexibilizar las normas, pues las que habían funcionado en la infancia puede que en esta etapa no funcionen. Además Azu, Mar y Nic tienen una combinación en su ciclo vital pues además de la adolescencia tienen hermanos adultos y ellos mismos ya se encuentran en la edad adulta lo mismo que en el caso de Maf pues según Eguiluz (2003) es cuando los hijos han crecido y probablemente han abandonado el hogar, lo que trae un reacomodo al sistema familiar.

El siguiente componente de la dinámica familiar es la comunicación, la cual es uno de los elementos más importantes de una familia, pues de acuerdo a Eguiluz (2003) es muy probable que en ella emerjan conflictos y también las soluciones. De acuerdo a Cudicio & Cudicio (2002) hay diferentes tipos de comunicación: clara, bloqueada, dañada y desplazada.

Por ejemplo en el caso Maf la comunicación parece ser clara, abierta y fácil de comprender, pues sus padres se expresan con mensajes coherentes. Sin embargo, Maf dice que a ella le cuesta trabajo expresarse sobre todo en lo alusivo en sus sentimientos negativos, ya que desde niña creció con la censura de no poder expresar cuando se sentía triste o enojada, por lo cual ahora le cuesta trabajo.

En el caso de All, Azu y Nic hay una comunicación bloqueada pues poseen poco diálogo e intercambios entre los miembros de la familia, los miembros suelen comunicarse superficialmente sin interés de vínculos afectivos profundos, esto se ve más ejemplificado principalmente en el caso de Azu, pues todo su sistema familiar tiene este tipo de comunicación, en el caso de All y Nic son ellos los que generalmente no tienen diálogo y tratan de no crear vínculos afectivos profundos ya que no hay una identificación con el sistema familiar o no confían en ellos para expresarles sus cosas.

En cambio en la familia de Mar hay una comunicación dañada, pues las relaciones familiares están selladas por intercambios que se basan en reproches, sátiras, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados, Mar decía que su padre no tenía respeto por su mamá ni por ellos y era agresivo y que al alcoholizarse y su mamá enojarse, se aplicaban la “ley del hielo” es decir, no se hablaban durante semanas y ese ciclo siempre se repetía, lo cual dañaba la comunicación.

En cuanto a las relaciones afectivas y la cohesión familiar cobran un papel relevante en la dinámica de las familias, pues de acuerdo a Gallego (2012) es importante que a los hijos se les dote de seguridad y que sientan amor, afecto y cohesión en su núcleo familiar. Al respecto en los casos presentados las relaciones afectivas no solían ser muy acentuadas antes de la AN y BN. En los casos de Azu, Nic y Mar esto no cambió después de la AN y BN pues su familia siguió teniendo las mismas relaciones afectivas. En el caso de Maf y All sus familias intentaron dotarlas de más afecto y seguridad, así como apoyo para salir adelante de los problemas alimentarios.

En cuanto a la autoridad o ejercicio de poder que menciona Gallego (2012) en todos los casos es mayormente ejercida a cargo del padre. En cuanto a los roles los cuales pueden ser el papel

que cada uno tiene en la familia, así como los roles de género de cada sexo, se observa que en las familias de los cinco casos, las madres son las que realizan las labores del hogar y todos los padres trabajan, en el caso de Maf, Nic y Mar sus mamás trabajan fuera de casa pero también realizan las actividades domésticas.

En cuanto a los papeles de los miembros dentro de las familias, claramente en todos los casos los miembros detectados con AN y BN pasaron de ser un miembro más del sistema familiar y tener otros atributos a ser el centro de atención de la familia debido a la problemática, por lo cual fueron catalogados como “el enfermo” o “el que tiene el problema”. Hay miembros que además tienen otro papel fundamental como ser el rebelde de la familia como en el caso de la hermana de All (15) y el hermano de Mar (28), el estudioso como el hermano de Azu (18) el alejado del sistema familiar como en el caso de la hermana de Azu (27) y los tres hermanos de Maf (42) (40) (36) los extrovertidos y amigables como los hermanos de Nic (21) (18).

Respecto a las normas y reglas en las dinámicas familiares de acuerdo a Agudelo (2012) estas pueden ser explícitas o implícitas, en todas las familias existen reglas de ambos tipos pero generalmente suelen ser más implícitas es decir, aquellas que se sobreentienden y no se hablan con claridad, las explícitas son las que se enuncian y todos los integrantes conocen perfectamente y su no cumplimiento genera consecuencias también conocidas por los miembros.

En los casos de All, Azu, Maf y Nic hay reglas de ambos tipos, pero permean las explícitas pues se les deja claro lo que es admisible en el sistema familiar y lo que no, sin embargo en el caso de Nic no hay una consecuencia clara de romperlas, por lo cual pueden ser flexibles, en el caso de Azu suelen ser más bien rígidas. En cuanto a Mar las reglas en su familia son implícitas

pues argumenta que su padre jamás puso reglas claras. En cuanto a los límites según Cea (2013) hay rígidos, difusos y flexibles. En el caso de Azu los límites son rígidos pues cuesta salir de ellos, en el caso de Mar son difusos pues no los hay y son muy permeables, en el caso de Nic, All y Maf son flexibles pues se generan con cierto respeto, pero pueden ser semipermeables, es decir pueden cambiar.

El punto siguiente de la dinámica familiar es la autopercepción, que en este caso tienen los informantes respecto a su familia según Calero (2001) esta se refiere a todo lo que las personas registran a su alrededor. Como se percibió en el capítulo anterior cada uno de los informantes tiene una percepción distinta de su familia, All por ejemplo la ve perfeccionista, Azu la ve como que su mamá es la única que siempre se preocupa por ella y sus hermanos y su papá es más desinteresado, Nic la ve como una familia buena, feliz y comunicativa pero eso no lo incluye a él, Maf ve a su familia amorosa sin embargo no le gusta estar mucho tiempo en casa, Mar en cambio la ve totalmente disfuncional, tóxica y plagada de violencia.

Todos los informantes ven algún desequilibrio en su sistema familiar, por lo cual eso influye en que la mayoría quiera alejarse, no convivir con los miembros y en cambio prefieran pasar su tiempo con otras personas.

En cuanto al apartado de las familias ante la AN y BN los puntos esenciales que se rescatan son, en primer lugar al tener un miembro con problemáticas alimentarias como menciona Onnis (2015) puede significar para la familia que esta rechazando la comida de la persona que la prepara, lo cual puede significarse una rebelión y una libre elección sobre la propia alimentación.

Por ejemplo la mamá de All (señora Ver) mencionaba que a su hija a lo mejor no le gustaba su comida y ella se preparaba ciertas cosas, lo cual puede ser tomado como una ofensa.

Por otra parte Rausch (2002) indica que para las familias en ocasiones es difícil darse cuenta cuando alguno de sus miembros transforma sus hábitos alimentarios, pues el tener múltiples actividades impide que realicen sus comidas en compañía y al encontrarse en una sociedad que normaliza hacer regímenes alimenticios y ejercicio suele pasarse por alto. En los cinco casos esto sucedió, pues sus familias creían que era lógico que se cuidaran pues estaban creciendo y pasando por la adolescencia, la mamá de All y la de Azu (señora Ver, señora Bea) decían que veían restringirse o atragantarse a sus hijas, pero finalmente las veían comer, por lo cual no pensaron que se tratara de un trastorno sino de algo pasajero.

Respecto a las características que generalmente presentan las familias con un TCA Rausch (2002) menciona que no influye el orden de nacimiento de los hijos, lo cual en los cinco casos es verdad All, Azu y Mar son los hermanos mayores, Nic es el del medio y Maf es la menor. Asimismo se menciona que es más probable que en las familias haya tendencias a la depresión y alcoholismo de las pacientes bulímicas. En este caso se tiene un antecedente de alcoholismo en el padre de Mar.

Las familias de las personas con anorexia nervosa suelen inhibir la agresión y hostilidad, esto podría verse ejemplificado en el caso de Maf que tenía AN y su familia solía inhibir los conflictos y agresiones, por lo mismo ella se encontraba censurada a expresar su sentir.

Contrariamente el nivel de conflicto suele ser más acentuado de acuerdo a Raush (2002) en familias con personas con AN de tipo bulímico o de BN. Por lo general los padres se sienten engañados y defraudados. Lo cual se ve claramente en el caso de All pues su familia tenía conflictos y su mamá no se lo imaginaba de ella, en el caso de Azu y Mar solían también existir un nivel de conflictos y en la familia de Nic aparentemente no los había entre ellos pero eso no incluía a Nic.

Siguiendo a Rausch (2002) suele haber una relación más abierta y estrecha con las madres y se ve al padre menos empático, el cual no muestra sus emociones, lo que contribuye a que las hijas los perciban más distantes. En el caso de Azu esto se ve claramente pues ella manifiesta que la que se preocupó por ella en el transcurso de la BN fue su mamá y su papá se guardaba sus emociones, en el caso de All también menciona que ve más involucrada a su mamá y confía más en ella, en el caso de Mar también fue su mamá quien le apoyo, finalmente en el caso de Nic su padre suele estar más alejado por cuestiones de trabajo y con Maf esto no se ve reflejado pues ambos padres se han involucrado.

Asimismo, se dice que si no fuera por el problema del TCA parecería que en las familias todo va muy bien Rausch (2002). Esto se ve reflejado en los cinco casos, pues a partir de que se presenta la AN y BN se centraron en solo ver esa problemática olvidando aquellos problemas que ya se tenían.

La comunicación y reglas también se ven obstaculizadas pues las reglas que en su momento fueron útiles en esta nueva situación a la que se enfrentan las familias dejan de serlo, y por ello se dan constantes enfrentamientos, esto se vio en los cinco casos, se tensó la dinámica familiar, los

hijos dejaron de comunicarles cosas a sus padres y comenzaron a comportarse de acuerdo a sus intereses y normas del TCA.

En el siguiente punto acerca de la familia se resaltan los principales conceptos tomados de las teorías de sistemas de Bertalanffy y Luhmann aunados al sistema familiar de All, Mar, Azu, Nic y Maf.

En primer lugar la familia en esta investigación ha sido vista como un sistema, esto es así porque se compone de un aspecto estructural, es decir aquello que le da estructura y soporte, como los elementos de la dinámica familiar tomados en cuenta en la investigación: comunicación, relaciones afectivas, roles, autopercepción, límites y normas. También el sistema se compone por un aspecto funcional donde interactúan un conjunto de partes que están relacionadas y que interactúan entre sí. Es decir los miembros que pertenecen a ese sistema familiar.

Asimismo es importante resaltar que al hablar de un sistema, se habla de un sistema abierto, ya que se encuentra en interacción con su medio y entorno, es decir la familia se encuentra interactuando con la sociedad y con cada uno de sus miembros.

Respecto a los elementos de la teoría de Bertalanffy (1976) se rescatan:

Sinergia o totalidad: Se refiere a aquellos componentes que están en permanente y mutua interacción, y toda decisión que afecte al sistema producirá sinergia en otras partes. Por ejemplo la forma de ser del sistema familiar y las decisiones que han tomado respecto a la crianza de los hijos suele afectarlos a ellos y a los demás miembros, pues el sistema no puede sobrevivir por

separado, por ejemplo al presentarse el TCA afecta a todos los miembros, aunque se ignore la problemática como en los casos de Mar y Nic de alguna manera el que su familia no suela interactuar con ellos y no se comuniquen está hablando intrínsecamente de un sistema familiar afectado.

Recursividad: el sistema familiar forma parte de otros suprasistemas y subsistemas, en el caso del suprasistema se habla que son familias insertas en una sociedad y en un determinado contexto social, que las hace desarrollarse de manera diferente. En cuanto a los subsistemas, estos se refieren al conyugal (relación de pareja del padre y la madre) parental (relaciones de los padres con los hijos) y fraternal (formado por las relaciones de hermanos). Estos subsistemas componen a la vez el sistema familiar, por lo cual al haber una falla en alguno de ellos, el sistema queda vulnerable y no funcional para que la familia pueda desarrollarse en plenitud, por ejemplo si el sistema conyugal es disfuncional repercutirá de alguna manera en los problemas de los hijos, como en el caso de Mar, Azu y All que sus padres tenían problemáticas y ellos se vieron afectados y probablemente fue una de las causas del surgimiento de la BN.

Equifinalidad: trata de llegar a un mismo fin a partir de puntos distintos, el sistema familiar tiene que llegar a ciertas metas que permitan el desarrollo de todos sus integrantes, la meta misma de un sistema familiar sería el ser funcional y que sus miembros se encuentren en armonía, protección y dotados de las bases necesarias para sobrevivir fuera del sistema familiar, es decir en el contexto externo, pero al no tener esta equifinalidad, se presentan disfuncionalidades que dan lugar a patologías como la AN y la BN de los informantes.

Diferenciación; los sistemas pueden asumir múltiples funciones, esto hablaría claramente de los roles, pues cada integrante en la familia de los informantes tiene un rol o papel a desempeñar, en el caso de All, Mar, Azu, Nic y Maf su papel paso de ser un miembro más con diversas facetas de su personalidad a solo resaltar el atributo de la enfermedad, por lo tanto pasaron a ser el centro de atención y su diferenciación respecto a los demás miembros es la AN y la BN que presentan, en el caso de las madres son las cuidadores principales y amas de casa y los padres los principales proveedores y jefes de familia.

Causalidad circular: se refiere a las reglas o comportamientos al interior del sistema, esto puede ser vinculado con la forma de organización que tienen los miembros al interior de la familia, pero al presentarse la AN y la BN se traduce como una desorganización y perturbación del sistema familiar, lo cual genera desequilibrios en la dinámica familiar, entonces el propósito sería regresar el sistema familiar a una armonía y organización sin olvidar que se tiene una problemática que resolver en uno de los miembros, ya que en el caso de Nic y Mar su familia al optar por ignorar el trastorno y volver a su vida cotidiana, se pone al descubierto que el sistema familiar carece de los elementos necesarios para organizarse de acuerdo a la nueva situación y se deja vulnerable al miembro.

Límites en un sistema: se refiere a lo que separa al sistema de otros y de su medio ambiente, el sistema sufre de cambios y variaciones debido a presiones internas y externas. En este caso el sistema familiar en todos los casos ha tenido cambios y variaciones debido al propio ciclo vital en el que se encuentra y a la situación a la que se enfrenta con la AN y la BN.

Negentropía: se refiere a sistemas abiertos y vivos como lo es la familia que importa entropía negativa, que les permite tener un estado estable. Por ejemplo el sistema familiar hace uso de otros suprasistemas para que el sistema se siga manteniendo, por ejemplo las familias en estos casos hicieron uso de ciertas instituciones y profesionales, así como sus propios recursos familiares para salir de la AN y la BN esto se ve reflejado en el caso de All, Azu y Maf principalmente porque su familia las ha ayudado a salir de la problemática, en el caso de Nic y Mar también hubo intentos pues también acudieron a recibir ayuda pero al no haber una aceptación por parte del sistema familiar respecto a que se trataba de un TCA e ignorar la problemática el sistema no pudo mantenerse en un estado estable.

Homeostasis: se trata de la conservación de la forma del sistema para mantenerse estable, esta puede ser de una forma positiva o negativa. Por ejemplo en la forma positiva el sistema familiar puede optar por ser funcional y adecuar la dinámica familiar al cambio generado por la AN y BN lo que implica enfrentarse a los desafíos que vienen y los reajustes en el sistema familiar, por ejemplo el inicio a estos reajustes es aceptar que habían ciertas cosas que no estaban bien en la familia y realizar cambios a favor del miembro que necesita apoyo.

O la forma negativa donde no se trata o se ignorara la problemática, o si no se ignora se triangulan los problemas entre los miembros a través de la persona con AN y BN, es decir se centran exclusivamente en el TCA no ven o no quieren ver las otras problemáticas de la familia más que el trastorno y se trata de olvidar o no se quiere admitir que causó la enfermedad y solo se encargan de adjudicar la culpa a la persona que padece el trastorno, lo cual no resulta óptimo para restaurar el sistema familiar.

De acuerdo a los postulados en la teoría de Luhmann (1995) y (1998) se rescatan algunos conceptos:

El sistema social es un sistema abierto que se encuentra en interacción con su entorno y posee una autonomía relativa, pues puede decidir que entra y que no a su sistema. En el caso del sistema familiar la familia posee la autonomía de decidir cómo quiere que sea su familia, sus normas, límites, comunicación y relaciones afectivas.

El concepto principal que toma relevancia en la teoría de Luhmann, es la comunicación la cual es esencial para explicar la situación de la familia ante la AN y BN, de acuerdo a la teoría esta comunicación produce y reproduce la sociedad, todo el sistema social se encuentra compuesto por comunicaciones que a su vez generan comunicaciones, además de acuerdo a los postulados de Luhmann la comunicación es el único fenómeno que cumple con los requisitos de un sistema social, por ende todo proceso sistémico se produce gracias a ella, es decir la familia se produce y reproduce por la comunicación.

En el caso de la familia, es un sistema que comunica lo que está sucediendo en su interior y lo proyecta en el exterior, es decir al haber una enfermedad como la AN y BN, la familia comunica que algo está funcionando inadecuadamente en el sistema y con cada uno de sus miembros, no solo con la persona enferma, pues para que se haya llegado a ese punto tuvieron que existir detonantes dentro del sistema familiar que no estaban funcionando, por ejemplo la violencia que existe en la familia de Mar, los límites tan rígidos en la familia de Azu, el sentimiento de no pertenencia e identificación con los demás miembros de Nic, la intromisión al sistema familiar de la abuela de Maf, que debido a sus creencias respecto a la gordura, le inculco la insatisfacción

corporal; y la poca expresividad de All hacia los miembros de su familia y su visión sobre que su familia espera demasiado de ella, así como los problemas entre sus padres y con su hermana, esto es lo que comunican subjetivamente los miembros afectados y lo que dice de sí mismo el sistema familiar.

Es así que además la comunicación actúa como un proceso organizador del propio sistema, si está bloqueada como en varios de los casos, dañada o simplemente no es lo suficientemente clara, el sistema fallará pues es lo que lo mueve, lo mantiene y organiza. Pero cuando este proceso falla en lugar de optar por ignorar o sacar del sistema al miembro con AN y BN tendría entonces la familia que reorganizar su proceso comunicativo para volver funcional al sistema, con la nueva condición que enfrentan.

Otros conceptos retomados en la teoría de Luhmman son:

Autoorganización: se refiere a la construcción de estructuras propias dentro del sistema, es decir la producción de las propias estructuras. La familia se ve involucrada bajo un contexto social que la rige y de ahí toma ciertos modelos para llevar a cabo su propio sistema e incluso toma referencias de los sistemas de donde viene cada integrante de la pareja, lo cual repercute en la formación de su propio modelo de familia. Asimismo cada familia tiene su propia autoorganización a través de sus roles, normas, comunicación, autopercepción, relaciones afectivas y límites.

Autopoiesis: es cuando un sistema adquiere la suficiente dirección interna que hace posible la autoreproducción es decir, el sistema se produce a sí mismo mediante sus propias operaciones y

no solo a sus estructuras, la autopoiesis de los sistemas sociales es perdurable y ha creado mecanismos para garantizar la continuidad autopoiética, es decir el propio sistema familiar debe reproducirse y mantenerse a sí mismo, debe procurar su equilibrio y funcionalidad a pesar de las problemáticas surgidas como la AN y BN.

Límites: se refiere a lo que adquiere sentido para el sistema, la familia tiene sus propias creencias no solo respecto a la autopercepción de su propio sistema familiar, sino a las creencias sobre la AN y BN de uno de sus integrantes, para algunas familias adquiere un significado relevante y para otras no, por ejemplo en el caso de Nic y Mar su sistema familiar no le dio un sentido relevante y por eso decidieron continuar con su propia organización sin tomar en cuenta el problema, en cambio para la familia de All, Azu y Maf adquirió una relevancia significativa y una preocupación, por lo cual se buscaron soluciones, aunque si bien no todos los miembros participaron igual hubo algún miembro que acaparo la responsabilidad, en el caso de All y Azu fue la madre y en el de Maf ambos padres.

Noción de equilibrio y desequilibrio: es donde los sistemas adquieren su estabilidad, en la medida en que éste puede quedar expuesto permanentemente a las alteraciones y seguir siendo estable, es decir se llega a preguntar ¿hasta dónde el sistema es capaz de soportar cambios? En el caso del sistema familiar se pone a prueba la resistencia de la familia para tolerar la situación que viven respecto a la AN y BN, por ejemplo en las familias de todos los informantes les fue muy difícil soportar los desequilibrios y los cambios de la nueva situación, por lo cual en el caso de All y Maf principalmente se buscó reestablecer el equilibrio, pero en la familia de Azu, Mar y

Nic no se vio claramente esta búsqueda de equilibrio por lo que el sistema familiar no tuvo una estabilidad adecuada y perdurable en el tiempo.

Conclusiones y hallazgos finales

Ahora bien, una vez realizado el análisis respecto a los cambios en la comunicación, roles, relaciones afectivas y autopercepción de los cinco casos presentados y la discusión con los apartados esenciales de la investigación, se realizan las conclusiones hallazgos y reflexiones finales que guardan relación con la pregunta de investigación y los objetivos, y se resalta el papel del trabajador social ante la problemática de la AN y la BN.

Conclusiones de los casos presentados:

- La familia es una parte esencial en todas las etapas del ser humano, en ella se deben encontrar las bases necesarias para desarrollarse plenamente y afrontar las problemáticas y desafíos que presenta la vida cotidiana.
- En los cinco casos estudiados las familias son diversas, tienen diferente conformación pero las une la problemática de la AN y la BN, algunas tuvieron efectos en la dinámica familiar ante la presencia de AN y BN y en otras no tuvieron impacto.
- La familia de All: se generaron cambios en la comunicación ante la presencia de la BN, principalmente la madre intentó que todos expresaran sus sentimientos y problemáticas, pero continúan trabajando en ello, ya que All sigue guardándose cosas sin confiar plenamente en su familia, en cuanto a los roles hubo cambios en el papel que All ocupaba en su familia, paso de ser un integrante más a ser la que recibía ahora la atención y ya no

su hermana menor debido a los problemas de salud que presenta, ahora la vigilancia se encuentra en All debido al TCA, la madre adquirió el papel de cuidadora principal; respecto a las relaciones afectivas siempre se ha expresado el afecto en la familia, pero a raíz de la BN All se volvió más reservada con sus sentimientos, su madre ha intentado que se exprese nuevamente, así como todos los integrantes de la familia y están trabajando en ello todavía, respecto a la autopercepción de la familia antes de la BN creían que los problemas eran menores y subsanables pero a partir de la BN si cambio la autopercepción pues se evidenciaron problemas que la familia ya tenía y no les había dado importancia, hubo culpa sobre todo por parte de la madre, por lo cual finalmente se concluye que si hubieron cambios en la dinámica familiar de All.

- La familia de Mar: en rasgos generales la familia no tuvo cambios en cuanto a la comunicación, roles, relaciones afectivas y autopercepción debido a la BN de Mar, esto debido a que antes del TCA la familia ya tenía serios problemas pues se encuentran en un ambiente caótico y lleno de violencia según manifiesta la autopercepción de Mar, cuando se presentó la BN los problemas se hicieron más agudos e intensos, pues además de los problemas entre el padre y la madre se encontraba el tener un hijo enfermo, la mamá de Mar lo llevo a una clínica a recibir ayuda sin embargo, pasando el tiempo de internamiento la familia regreso a su vida cotidiana, al inicio uno de los hermanos de Mar le mostró cierta empatía y preocupación pero posteriormente la dinámica familiar siguió como era antes de la BN, la comunicación dañada, falta de normas y límites, poca demostración de afectos, y una autopercepción de una familia violenta, el único rol que cambio fue el de

Mar a ser el miembro enfermo, por lo que se concluye que no hubo cambios en la dinámica familiar de Mar.

- La familia de Nic: la familia de Nic no tuvo cambios en la dinámica familiar ante la presencia de la AN, la familia antes del TCA era feliz, extrovertida y comunicativa lo cual no incluye a Nic, el sistema familiar paso por cambios a partir de la muerte del hijo primogénito, pues hubo una etapa de duelo y la comunicación disminuyo en el caso de Nic hacia sus padres pero no con su hermana menor; posteriormente al presentarse la AN los padres llevaron con un especialista a Nic pero la causa fue debido a sus problemas de autoestima, más nunca hubo una aceptación en el sistema familiar de que se trataba de un TCA, por lo cual la familia continuo su vida normal, dejaron de invitar a Nic a comidas, reuniones, paseos, no se enteran si come o no come, la comunicación, afectos y autopercepción de la familia siguió como antes, una buena comunicación entre padre, madre e hija, demostración de afectos y una percepción de que es una familia feliz, lo cual no incluye a Nic, por lo cual se concluye que la familia no tuvo efectos en la dinámica familiar ante la presencia de la AN de Nic, pues se optó por ignorar el problema.
- La familia de Azu: en la familia de Azu hay dos opiniones la madre argumenta que a partir de la BN la familia se volvió más comunicativa y más demostrativa en las relaciones afectivas, sin embargo Azu argumenta que su familia no es muy unida cada quien está en lo suyo, a partir de la presencia de la BN la atención se enfocó en Azu, la madre además de tener el rol de ama de casa adquirió el rol de cuidadora y protectora, y Azu tuvo el rol de la persona enferma o la que tenía el problema; la comunicación no fue más fluida y clara pues siguieron sin expresarse ni demostrar muchas muestras de afecto, la autopercepción

de la familia según Azu es que es rígida la educación por parte de su padre y hay una constante preocupación de su madre por sus hijos lo cual se exacerbo más a raíz del TCA, por lo cual se concluye que la familia tuvo algunos cambios ante la presencia de la BN pero que no perduraron en el tiempo, pues el sistema familiar sigue siendo inexpresivo y poco unido, además de que Azu ya no vive bajo el mismo techo familiar.

- La familia de Maf: la familia tuvo cambios y efectos en la dinámica familiar ante la presencia de la AN, el ambiente familiar que tenía la familia cuando Maf estaba enferma era caótico y con constantes problemas según la autopercepción de Maf, cuando logró recuperarse, la familia se volvió más unida, más comunicativa y se demostraron más los afectos, el rol de enferma que ocupaba Maf en su familia cambió pues ahora recuperada se encuentra viviendo su vida sin la enfermedad y la abuela materna ocupó ese rol pues ahora ella padece de su salud y la familia de Maf y ella la cuidan. Por lo que se concluye que si hubo cambios en la comunicación, roles, relaciones afectivas y autopercepción de la familia ante la AN de Maf.

Otras conclusiones a resaltar:

- Las personas que sufren un TCA son muchas veces incomprendidas y estigmatizadas por la sociedad y por la propia familia, esta problemática de salud a pesar de ser incidente, se ha visto como de menor importancia respecto a otro tipo de enfermedades, ya que se cree que es de fácil curación y solo influye la voluntad de la persona para poderse recuperar.
- Las instituciones que atienden este tipo de problemáticas al menos en el contexto mexicano suelen ser insuficientes y deficientes, no todas, pero al menos en los relatos de

las personas entrevistadas que llegaron a estar hospitalizadas e internadas debido al TCA resaltaron esos inconvenientes. Hay poca empatía con los pacientes, el propio sistema de salud al estar tan saturado no se da abasto y en las instituciones privadas los costos son sumamente elevados y desnaturalizan el contexto social de las personas.

- En México hay poco apoyo a los investigadores que nos interesamos por este tipo de problemáticas, en mi experiencia particular al elaborar esta tesis me topé con muchas negativas y trámites burocráticos que no me dejaron acceder a la población de los hospitales y al no tener acceso a sus datos no podía contactarlos fuera de ella. Algunos profesionales e instituciones son poco empáticos con los estudiantes que nos estamos formando y nos interesa contribuir con investigaciones valiosas para nuestra profesión y país, por lo cual debemos intentar abrirnos espacios para llegar a los casos que necesitan ser visualizados para poder intervenir.

Respecto al papel del trabajador social:

Al estudiar una problemática en este caso los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, pone de manifiesto la diversidad de familias a las que los profesionales nos tenemos que enfrentar, es así que la participación del trabajador social en torno a la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria vistos desde un enfoque psicosocial tiene que estar enfocado en diversas cuestiones.

El trabajador social tiene que estar más presente en el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, pues a pesar de que múltiples profesionales en Trabajo Social tratan el tema, su participación en ocasiones ha sido secundaria, ya que al tratarse de una enfermedad de tipo mental, los profesionistas que suelen participar más activamente son los médicos, nutriólogos, psicólogos y psiquiatras pues tratan de restaurar la salud física y mental de las personas, donde existe la posibilidad de que el problema se individualice al tratar solo a la persona afectada y no a todo el contexto social que da origen y mantenimiento del TCA.

Sin embargo la cuestión social como se vio a lo largo de la tesis es importante, porque en sociedad se aprenden las bases de convivencia para toda la vida y es en las familias que se inculcan los valores, educación, tradiciones, amor, comprensión y las formas de enfrentar las problemáticas de la vida cotidiana; he ahí un espacio para el involucramiento del trabajador social, pues este tendría que estar presente en cada etapa de la vida del ser humano, en las instituciones escolares, en la familia, en hospitales y en la comunidad, ya que como se mostró en los casos, los TCA suelen iniciar en edades muy tempranas, los problemas por los que pasan los niños se gestan en las instituciones escolares y en las familias, la incomodidad que el niño o la niña va sintiendo por su cuerpo podrían iniciar desde la infancia, así como la existencia del bullying por parte de los compañeros, pueden repercutir en el desarrollo de una patología alimentaria y si no hay un trabajador social en las instancias educativas pueden no detectarse muchos casos, los cuales se pueden pasar por alto. El papel entonces de trabajo social sería el detectar esos casos que presentan signos de alerta de un TCA, sirviendo como un puente permanente de constante comunicación con las familias, pues por ejemplo si en el caso de All,

Azu, Nic, Mar y Maf hubiera estado presente ese profesional que detectara los factores de riesgo de un TCA en las escuelas y de haber tenido un papel activo con la familia a través de visitas domiciliarias y planes de intervención para la detección y la solución del problema, quizá se podría haber evitado el daño que se gestó e inicio cuando se encontraban en la etapa de la adolescencia, con múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales y con una gran presión por encajar; si bien también el trabajador social tendría que estar en las etapas adolescentes en las escuelas pues si no se gesta el problema desde la infancia sí que puede presentarse posteriormente, entonces su participación tiene que ser activa y atenta para detectar los casos y trabajar con las personas de una forma diferente a la infancia, pues cada etapa del ser humano implica una forma de intervención distinta.

En las familias también tiene que tener incidencia tanto a nivel preventivo como cuando el TCA ya está detectado, respecto a la prevención como se dijo tiene que ser un puente de comunicación y alerta en las familias, para prevenir que el ambiente familiar pueda gestar este tipo de trastornos.

Una vez instaurado el TCA debe colaborar con los distintos profesionales en la detección y elaboración del diagnóstico y posterior tratamiento, dando un enfoque social a la problemática destacando la situación familiar que vive la persona, el ambiente donde se desenvuelve y las distintas relaciones sociales que tiene, porque el TCA puede gestarse en alguno de esos contextos por lo cual es necesario prestar especial atención para detectar los factores de riesgo que pueden hacer recaer a la persona o no dejar que salga de la situación en la que se encuentra. El trazar un plan social en coordinación con la persona con el TCA y su familia puede ser muy benéfico, ya

que no se deja de lado a nadie, pues en ocasiones el profesional puede trazar sus planes solo o solo en compañía de la familia sin tomar en cuenta la opinión y sentir de la persona que está padeciendo el trastorno.

Este plan puede incluir, la evaluación de las diferentes áreas de la persona (familia, situación económica, laboral, relaciones sociales, vivienda y necesidades y problemas), tomar en cuenta sus intereses y necesidades tanto de la persona como de su familia así como sus expectativas. Se tiene que brindar una información, orientación y un constante apoyo sobre todas las dudas que presenten los usuarios y sus familiares, así como una constante motivación a la familia para que sean un punto de apoyo para la persona.

Es importante resaltar que aunque suene tentador realizar un solo plan de intervención para las personas que sufren este tipo de trastornos, no se debe olvidar que el plan social debe ser individualizado ya que como se mostró en la tesis cada persona y cada familia son totalmente diferentes, pueden tener ciertas similitudes pero nunca podrán ser iguales, pues cada una se desenvuelve en contextos diferentes y vive de forma distinta, se debe revisar qué objetivos y expectativas tiene cada familia y tomar en cuenta su situación personal y social, sin olvidar que trabajamos con seres humanos que sienten, piensan, tienen anhelos, sueños y dificultades por lo cual no debemos olvidar el lado humano de la profesión.

Referencias

- Agudelo, M. E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas y extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3 (1), 1-19. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v3n1/v3n1a07.pdf>
- Albin, M. P. (Ed.). (2007). *El corsé invisible*. Barcelona, España: Urano.
- Aldreen, J. (2002). *Dios mío, hazme delgada*. México: Libra
- Aretio, A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23 (2010), 289-299. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A>
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Bährer-kohler, S. (2012). Foreword: Introduction to the book. En S, Bährer-Kohler (Ed.), *Social Determinants and mental health* (pp. 1-7). New York: Nova.
- Bailey, G. (2012). The social determinants of mental health: An internacional perspective. En S, Bährer-Kohler (Ed.), *Social Determinants and mental health* (pp. 9-14). New York: Nova.
- Baños, R. & Montilla, M. (2016). Los trastornos alimentarios y sus causas. En Martínez, M.A., A. (Comp.). *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 50-65). España: Alfaomega.

- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación, tercera edición*. Colombia: Perarson Educación.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de Sistemas*. Nueva York: Fondo de Cultura Económica.
- Cabrera, A. et al. (2011). Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. En C, Eibenschutz., S, Tamez & R, González (Comp.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* (21-25). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Calero, J. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista cubana salud pública*, 27 (1), 1-8. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu07101.pdf>.
- Cathalifaud, A. & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio*, (3), 1-12. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/101/10100306.pdf>
- Cea, J. (2013). *Familia funcional: factores que influyen en su ciclo de vida. Estrategias de comunicación en pareja y crianza de los hijos*. Alemania: Publicia.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. España: Pirámide.
- Chávez, J. (2004). *Perspectiva de género*. México: Plaza y Valdés.
- Churchill, L (2010). *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid, España: Panamericana.

- Corona, S. & Kaltmeier, O. (2012). El diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales. En S, Corona & O, Kaltmeier. *Diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y culturales* (pp. 14). España: Gedisa.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry & research design choosing among five approaches*. United States of America: publications, Inc.
- Crichton, P. (1966). Were the roman emperors Claudius and Vitellius bulimic?. *International Journal of eating disorders*, 19 (2), 203-207. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291098-108X%28199603%2919%3A2%3C203%3A%3AAID-EAT11%3E3.0.CO%3B2-V>
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (2011). *Anorexia y bulimia un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona, España: Gedisa.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. & Haemmerli, C. (2010). Significados y vivencias subjetivos asociados a la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de mujeres que lo padecen. *Psyke*, 19 (1), 3-17. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000100001
- Cudicio, P. & Cudicio, C. (2002). *La pareja y la comunicación*. España: Desclée De Brouwer.
- Cunjama, E. D. & García, A. (2018). *¿Hasta dónde la familia es responsable de la delincuencia? Historias de jóvenes transgresores de la ley*. Ciudad de México: INACIPE

- Doley, J., Hart, L., Stukas, A., Petrovic, K., Bouguettaya, A. & Paxton, S. (2017). Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50 (3), 210. doi: 10.1002/eat.22691
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Engels, F. (2011). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. México: Fontamara
- Faus, G. (2016). Los trastornos alimentarios y sus causas. En Martínez, M.A. A, (Comp.), *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 43-60). España: Alfaomega.
- Fernández, G.T. & Ponce de León, L. (2012). *Trabajo social con familias*. España: Ediciones Académicas.
- Fernández, M. A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47 (6), 1-5. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/12822/12141>
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D. & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias psicológicas*, 9 (2), 1-10. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/14GdJxsuU60jjJFzHNOEWUmk6d9Y0G4F5/view>
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 8-20. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364>

- Goffman, E. (1995). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorroutu
- González, (1997). Aspectos históricos de la familia en la ciudad de México. En M.A., Solís. (Coord.), *La familia en la ciudad de México presente, pasado y devenir* (pp. 33-45). Ciudad de México, México: Asociación científica de profesionales para el estudio integral del niño, A.C.
- González, L., Romero, M., Rascón, M.L. & Caballero, A. (2013). Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud Mental*, 36 (1), 1-7. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n1/v36n1a5.pdf>
- Gorab, A. & Iñarritu, M.A. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia*. México: ¿Cómo ves?.
- Gutiérrez, J.P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L. et al. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación, cuarta edición*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Icart, A. & Freixas, J. (2013). *La familia: comprensión dinámica e intervenciones terapéuticas*. Barcelona: Herder.
- Infante, V. (2004). La masculinidad desde la perspectiva de género. En Chávez, J. (coord.), *Perspectiva de género* (pp. 57-82). México: Plaza y Véldez.

- Jurkowski, E. T. (2012). Psycho-Social determinants of mental health. En S, Bährer-Kohler (Ed.), *Social determinants and mental health* (pp. 19-35). New York: Nova.
- Livianos, L. & Rojo, L. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En Rojo, L. & Cava, G. (Ed.). *Anorexia nerviosa* (pp. 28-52). España: Ariel.
- López, C., Botella, L. & Herrero, O. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de psicoterapia*. 24 (99), 69-82. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4970168>
- López, G. & Sánchez, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid, España: Pirámide.
- Losada, A.V. & Charro, A. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Revista Perspectivas Metodológicas*. 1 (1), 1-24. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/1901>
- Lozano, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In Crescendo*, 3 (2) 1-13. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127559>
- Luhmann, N. (1995). *Introducción a la teoría de sistemas*. México: Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales Lineamientos para una teoría general*. España: Universidad Iberoamericana.
- Mc Goldrick, M & Gerson, R. (2003). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. & Fleiz, C. et al. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental*, 26(4) 1-23.
- Melo, C. V. & Vázquez S. C. (2015). Estilos de socialización parental percibidos por adolescentes diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria. *Huella de la palabra Revista de Investigación Educativa*, 9, 1-18. Recuperado de <http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/huella/article/view/347/344>
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familia*. México: Gedisa.
- Mondragón, J. & Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. España: Siglo veintiuno.
- Mondragón, J. & Trigueros, I. (2005). *Trabajador Social, volumen IV. Campos de intervención del Trabajador Social*. España: Editorial Mad, S.L.
- Mosteiro, M.A., J. (2010). Los estereotipos de género y su transmisión a través del proceso de socialización. En Radl, M. (Ed.), *Investigaciones actuales de las mujeres y del género* (pp. 239-252). España: Santiago de Compostela.
- Nardone, G. Giannotti, E. (2013). *Los modelos actuales de la interacción familiar*. Barcelona: Herder.
- Nasser, M. (1993). Aprescription of vomiting: historical footnotes. *International Journal of eating disorders*, 13 (1), 129-131. Recuperado de

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X%28199301%2913%3A1%3C129%3A%3AAID-EAT2260130116%3E3.0.CO%3B2-Y>

Onnis, L. (2015). *El tiempo congelado Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.

Ortega, F. (2001). *Terapia familiar sistémica*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla.

Oudhof, H., Barneveld, V. & Robles, E. (2014). *Familia y crianza en México entre el cambio y la continuidad*. México: Fontamara.

Palomar, M., Suárez, E. (2000). El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Cuadernos de Trabajo Social* (2) 169-183. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5868/1/ALT_02_10.pdf

Perpiñá, T. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. España: Síntesis

Raich, R. (2016). Evaluación de los trastornos alimentarios. En Martínez, M.A, A (Comp.), *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 97-120). España: Alfaomega.

Rausch, C. & Bay, L. (2004). *Anorexia nerviosa y bulimia amenazas a la autonomía*. Argentina: Paidós.

Rausch, C. (2002). *La esclavitud de las dietas*. Argentina: Paidós.

Reyes, G. (2003). Autoconcepto académico y percepción familiar. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*, 8 (7), 1-1. Recuperado de

https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/6953/RGP_9-27.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rocha, T.E. & Díaz, R. (2014). *Identidades de género más allá de cuerpos y mitos*. México: Trillas.

Rodríguez, D. & Arnold, M. (2007). *Sociedad y teoría de sistemas, elementos para la comprensión de la teoría de Niklas Luhmann*. Santiago, Chile: Universitaria

Rojo L. & Livianos, L. (2003). Trastornos de la imagen corporal en el varón. En Rojo, L. & Cava, G. (Ed.), *Anorexia nerviosa* (pp. 509-522). Barcelona, España: Ariel.

Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., López, X., Álvarez, G. & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 447-455. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200012&lng=en&tlng

Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J.M., Viladrich, C. & Halley, M.E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006&lng=es&tlng=es.

Ruíz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J.M., Lucio, M.E. & Aizpuru, A. (2012). Funcionamiento familiar en población clínica y población con riesgo de trastornos alimenticios. *Revista*

mexicana de trastornos alimenticios, 3 (2), 1-12. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n2/v3n2a5.pdf>

Sainos, D. G., Sánchez, M.A., Vázquez, E. & Gutiérrez, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*. 22 (2), 54-57. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300499>

Sánchez, M. & Grau, A. (2006). Los trastornos alimentarios y sus causas. En Martínez, M.A., A. (Comp.), *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 301-335). España: Alfaomega.

Sánchez, R., Robles, E., Zarza, S., Villafaña, L. & Vírveda, J. A. (2012). El apego y los estilos parentales en mujeres diagnosticadas con Anorexia. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), 1-18. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32366/29762>

Schenker, S. (2012). The present and future importance of social determinants, aspects of political implementation for switzerland. En S, Bährer-Kohler (Ed.), *Social Determinants and mental health* (pp. 15-19). New York: Nova.

Serrato, G. (2000). *Anorexia y Bulimia trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid, España: Libro-Hobby-Club.

Sherman, R. & Thompson, R. (2008). *Bulimia una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Suares, M. (2002). *Mediando en sistemas familiares*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Iberica.

- Tejedor, P., García, E., Franco, L., Juarros, Ma. C. & Ballesteros, C. (2006) Los trastornos alimentarios y sus causas. En Martínez, Ma. A, (Comp.), *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 273-300). España: Alfaomega.
- Toro, J., Walters, K. & Sánchez, I. (2012). El cuerpo en forma: masculinidad, imagen corporal y trastornos en la conducta alimentaria de atletas varones universitarios. *Acta de investigación psicológica*, 2 (3), 1-16. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000300007
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A. & Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), pp. 31-56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>
- Treasure, J., Gráinne, S. & Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación. Guía para cuidar de un ser querido*. Serendipity: Descleé de Brouwer.
- Unikel, C., Díaz de León, C. & Rivera, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. México: Casa abierta al tiempo.
- Urteaga, E. (2009). La teoría de sistemas de Niklas Luhmann. *Contrastes, Revista Internacional de Filosofía*, XV, 301-317. Recuperado de <https://www.uma.es/contrastes/pdfs/015/contrastesxv-16.pdf>
- Vargas, J. & Ibáñez, J. (2006). *Ciclos de la familia y la pareja*. México: Pax.

Yin, R. (2003). *Case study research design and methods*. London: SAGE publications.

Anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL



Proyecto de investigación:

“Efectos en la dinámica familiar dante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa”

Guía de entrevista semi-estructurada 1

Lic. Marilyn Martínez Andrade

Presentación: En el marco del programa de maestría en trabajo social impartido por la Universidad Nacional Autónoma de México, me encuentro realizando el trabajo de investigación: “Efectos en la dinámica familiar ante la presencia anorexia nervosa o bulimia nervosa”, el cual tiene como propósito analizar los efectos en la dinámica familiar ante la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. La investigación es de corte cualitativo dentro de la modalidad de estudios de caso.

Esta entrevista tiene como propósito obtener información para llevar a cabo la investigación arriba citada, por lo cual los datos obtenidos mantendrán la confidencialidad de los informantes, se anexa consentimiento informado.

INICIO:

Fecha:

Parentesco con la persona:

Ocupación:

Edad:

PREGUNTAS:

1. ¿Cuántos miembros viven en su casa y quiénes son? (sexo, edades, ocupación, enfermedades)
2. ¿Cómo es su familia y cómo es su relación familiar, puede describirla?

Pautas a evaluar:

Quién trabaja

Se comunican de manera clara y directa

Se expresan abiertamente los afectos

Como la familia se percibe a sí misma

Cómo es el comportamiento cotidiano de cada uno de los miembros

¿Cómo son los límites, normas y jerarquías? ¿se respetan, son claras, flexibles y aceptadas?

Los hijos participan en las actividades familiares

3. Cuénteme, ¿cómo inicio la problemática del trastorno alimentario, que cambios noto en su hija (o), cómo reacciono usted y los demás miembros de la familia ante los síntomas, cómo es que se dieron cuenta?

Pautas a evaluar:

La familia reconoce la enfermedad

Había otros problemas antes de que se presentara la enfermedad

Que soluciones han intentado

Que sentimientos se generan a raíz del trastorno alimentario

4. partir del descubrimiento del trastorno alimentario, ¿qué ha cambiado en su familia, cómo la percibe ahora? ¿la familia hablo abiertamente sobre el tema? ¿qué expectativas hay?

Pautas a evaluar:

Qué percepción tiene de sí misma la familia ahora

Que sentimientos emergen en la familia al tener la problemática, ¿cambiaron?

¿Cómo es ahora la comunicación?

Han cambiado los roles, comportamiento y actitud de los miembros

5. ¿Qué piensa usted y los demás miembros de la familia, acerca del trastorno alimentario que padece su hija (o)?

Pautas a evaluar:

Sentimientos

Problemáticas han enfrentado

Entendimiento del trastorno

¿Se esperaba de otro miembro y no específicamente de ella (el)?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL



Proyecto de investigación:

“Efectos en la dinámica familiar ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa”

Guía de entrevista semi-estructurada 2

Lic. Marilyn Martínez Andrade

Presentación: En el marco del programa de maestría en trabajo social impartido por la Universidad Nacional Autónoma de México, me encuentro realizando el trabajo de investigación: “Efectos en la dinámica familiar ante la presencia anorexia nervosa o bulimia nervosa”, el cual tiene como propósito analizar los efectos en la dinámica familiar ante la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. La investigación es de corte cualitativo dentro de la modalidad de estudios de caso.

Esta entrevista tiene como propósito obtener información para llevar a cabo la investigación arriba citada, por lo cual los datos obtenidos mantendrán la confidencialidad de los informantes, se anexa consentimiento informado.

INICIO:

Fecha:

Entrevistado:

Ocupación:

Edad:

PREGUNTAS:

1. ¿En tu infancia hubo algún detonante para que te preocuparas por tu imagen y peso?
2. Descríbeme a tu familia

Pautas a evaluar:

Cómo es su comunicación

Qué roles fungen los diferentes miembros
 Cuál es el comportamiento cotidiano de la persona
 Toma en cuenta lo que le dicen sus padres
 Participa en las actividades familiares (tiempo libre, actividades del hogar)
 Que lo distingue de los demás miembros
 Se muestran afecto en la familia
 Percepción que tiene el paciente acerca de su familia
 Se siente amado (a), apoyado (a)
 Qué tipo de reglas, límites y normas tiene que cumplir dentro de la familia

3. ¿Cómo fue o ha sido tu adolescencia, consideras que hubo algún detonante en esta etapa para que te preocuparas por tu imagen y peso?
4. Cuéntame tu experiencia con el trastorno alimentario (Anorexia o Bulimia) ¿Cómo te sientes respecto a la situación?

Pautas a evaluar:

Cuándo inicio y porqué

Que sentimientos emergen

Que conflictos considera el paciente que ha traído en su familia

Cuándo decidieron pedir ayuda, quién lo sugirió

5. ¿Cómo han ido las cosas en tu casa a partir del descubrimiento del trastorno alimentario?
 Pautas a evaluar:
 ¿Qué percepción tiene el paciente respecto a su enfermedad?
 ¿Es consciente de ella, quiere recuperarse?
 ¿Cómo siente que lo percibe su familia, cambió algo a partir del padecimiento?
 ¿Siguen comunicándose como antes del trastorno alimentario
 ¿Qué sentimientos emergen en el paciente?, ¿La familia le expresa sus sentimientos y apoyo?
 ¿Tiene ahora la familia otros roles (papeles en la familia, comportamiento, creencias, actitud, valores)?
6. ¿Cómo se ve la persona a futuro?



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría en Trabajo Social

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Título del protocolo: Efectos en la dinámica familiar antes la presencia, Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa.

Investigador principal: Marilyn Martínez Andrade

Sede donde se realizará el estudio: Universidad Nacional Autónoma de México, Maestría en Trabajo Social

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados, accesible a todas las personas).

1. **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:** Se realiza esta investigación con la finalidad de conocer qué efectos ha tenido la anorexia nervosa y la bulimia nervosa en la dinámica familiar.

2. **OBJETIVO DEL ESTUDIO** A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos

1. Analizar los efectos en la dinámica familiar en función a los cambios en la comunicación, relaciones afectivas, roles y autopercepción ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa
2. Analizar los cambios que presenta la comunicación familiar ante la presencia de anorexia nervosa y bulimia nervosa
3. Analizar los cambios en las relaciones afectivas en las familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa
4. Analizar los cambios de roles en las familias con anorexia nervosa y bulimia nervosa
5. Analizar los cambios en la autopercepción de las familias ante la anorexia nervosa y bulimia nervosa de uno de sus miembros

3. **BENEFICIOS DEL ESTUDIO** (Explicar brevemente los beneficios esperados)

La familia resulta ser muy importante en cuanto al padecimiento, mantenimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios y dichos trastornos suelen tener efectos en las relaciones familiares, este estudio permitirá observar qué efectos tiene la dinámica familiar de personas con trastornos alimentarios, Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa. Con este estudio conocerá de manera clara si usted: Tiene efectos en su dinámica familiar respecto al trastorno alimentario de su hija (o).

Este estudio permitirá que en un futuro otras personas con un trastorno de la conducta alimentaria e investigadores puedan beneficiarse del conocimiento obtenido: Los estudios posteriores a este, podrán tener un panorama respecto a los efectos que existen en las familias de personas con anorexia nervosa y bulimia nervosa, y podrán continuar con investigaciones más específicas en cuanto a trastornos alimentarios y familia.

4. **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO** En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, el trastorno alimentario y sobre aspectos personales de su familia.

5. **ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Yo, _____

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor _____

Fecha _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado al Sr(a).

La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador _____

Fecha _____