

Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia

Berenice
López-Coutiño,
Bertha L.
Nuño-Gutiérrez

Unidad de Investigación
Epidemiológica
y en Servicios de Salud
del Adolescente,
Instituto Mexicano del
Seguro Social, Jalisco,
México

Grant 2004-078
del Fondo de Fomento
a la Investigación
del Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Bertha L.
Nuño-Gutiérrez.
Tel y fax: (33) 3683 2970.
Correo electrónico:
bertha.nuno@imss.gob.mx

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la estructura familiar de dos generaciones en mujeres con anorexia o bulimia.

Métodos: estudio cualitativo a través de la construcción de un genograma de dos generaciones, entrevistas semiestructuradas y audiograbadas a ocho mujeres jóvenes con tratamiento por anorexia o bulimia. El análisis de los datos fue a través de teoría fundamentada.

Resultados: la estructura familiar de ambas generaciones estuvo caracterizada por pautas rígidas expresadas en control e inflexibilidad para asumir cambios, y aglutinamiento manifestado en conductas sobreprotectoras. Las pautas de la familia contemporánea fueron más aglutinadas entre padres-hijas y desligadas y rígidas entre madres-hijas.

Conclusiones: el aglutinamiento y rigidez fueron las principales características de la estructura familiar de ambas generaciones. Todo parece indicar que estas pautas estructurales se transmiten de una generación a otra.

SUMMARY

Objective: to characterize the structure of two-generations with the narrative story of women with anorexia or bulimia.

Methods: descriptive, qualitative-type retrospective study. Information was gathered from a genogram of two generations, and focused on tape-recorded interviews with eight young women being treated for anorexia or bulimia.

Results: the family structure of both generations was characterized by rigid pattern expressed in a controlled and inflexibility behavior to assume changes displayed in overprotective manners. Contemporary family patterns showed closer bonds between fathers and daughters, and lesser bonds and more rigidity between mothers and daughters. The grandparents' generation did not use health services for attention of eating disorders.

Conclusions: bonding and rigidity were the main characteristics of the family structure in both generations. It suggests that these structural patterns are transferred from one generation to the next.

Recibido: 26 de junio de 2007

Aceptado: 20 de junio 2008

Introducción

En México, la investigación sistemática de los trastornos de conductas alimentarias no tiene más de 20 años.¹ Algunas perspectivas teóricas han explicado el desarrollo de los problemas relacionados con la imagen corporal²⁻⁴ a partir de estudios cuantitativos. Sin embargo, la literatura en general ha informado que el funcionamiento de las familias donde algún miembro padece anorexia y bulimia establece pautas transaccionales disfuncionales más exacerbadas que en una familia capaz de funcionar como sistema abierto, transformador y adaptable a las circunstancias.^{5,6}

Las explicaciones de los trastornos de conductas alimentarias cobraron mayor relevancia en la década de 1970, y de manera particular los estudios empíricos de la terapia familiar sistémica de Minuchin.⁶ Estos estudios postulan que las demandas funcionales organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia con el portador del trastorno,^{6,7} y que la disfunción familiar y los problemas de comunicación en la familia pueden exacerbar el trastorno. No obstante, estos resultados solo fueron tomados como experiencias clínicas por falta de sistematización metodológica.^{6,8,9}

Otras investigaciones han identificado la rigidez como una característica de las familias con trastornos

Palabras clave

anorexia
bulimia
familia
trastornos de conducta
alimentaria

Key words

anorexia
bulimia
family
eating disorders

de conductas alimentarias, que se expresa en el deseo de mantenerse sin cambios, así como en conductas sobreprotectoras y de la aparente unión.¹⁰⁻¹² Un estudio informó que las familias portadoras de dichos trastornos son en apariencia saludables y sin conflictos evidentes, pero su funcionamiento revela dificultades maritales crónicas, pobre comunicación, hostilidad no expresada, depresión y problemas de orden sexual.¹³ Se señala que estas familias no son capaces de percibir necesidades, de expresar emociones y sentimientos,¹⁴ y se ha propuesto que la anorexia y la bulimia son síndromes que se transmiten generacionalmente de una familia a otra.¹⁵ Otras características de estas familias aluden a la incapacidad para la resolución de los conflictos, a la falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa, la ausencia de límites generacionales, historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo e historias de abuso sexual o físico entre los miembros.⁶

Lo cierto es que estas interacciones suelen estar más relacionadas con la evolución de la enfermedad que con su origen. Al respecto se afirma que la desinformación científica ha generado que actualmente aún se defienda el papel causal prácticamente exclusivo de la familia.

Otro tipo de análisis sostiene que no existe estructura, funcionamiento familiar o estilos educativos que deban considerarse como factores de riesgo o causales específicos de los trastornos de conductas alimentarias.¹⁶ Tanto los estudios cualitativos como el marco teórico de la terapia familiar sistémica se niegan a establecer las causas sobre el efecto o a buscar un "agente específico" para entender los trastornos de conductas alimentarias, ya que la relación, interacción, retroalimentación y comunicación hacen que la interpretación de los fenómenos no posibilite dicha distinción. Las construcciones subjetivas explican un fenómeno determinado desde el mapa del sujeto y cómo la persona interactúa con él.

Bajo esta perspectiva teórica, el objetivo del estudio fue caracterizar desde la perspectiva de mujeres jóvenes mexicanas con anorexia y bulimia, la estructura familiar de dos generaciones.

Métodos

Se incluyeron ocho mujeres jóvenes localizadas mediante diferentes estrategias como el contacto con dos grupos de autoayuda y una terapeuta especialista en trastornos de conductas alimentarias. Sin embargo no fueron autorizados los contactos con

las informantes. Posteriormente se estableció contacto con una mujer que padeció anorexia y aceptó participar en el estudio. Después se tuvo comunicación con otra mujer con anorexia a partir de un foro sobre anorexia, quien aceptó participar y refirió a una segunda informante con bulimia. Al mismo tiempo se incluyeron dos participantes con bulimia mediante otro contacto en común. En total se contactaron cinco informantes a través de esta técnica de bola de nieve.

Otras tres fueron invitadas a través del Instituto Jalisciense de Salud Mental del Sector Salud (SALME), para lo que fue necesario presentar a revisión el proyecto de investigación. El procedimiento fue que los médicos tratantes hicieron la invitación vía telefónica y expusieron el motivo de la investigación; de cinco pacientes solo dos aceptaron participar. Todas padecían bulimia. Finalmente, una de estas mujeres refirió a otra participante con trastorno alimentario que aceptó participar.

Los criterios de selección de las informantes fueron:

- Tener diagnóstico de anorexia o bulimia de acuerdo con los criterios clínicos del *Mental Statistics Disorder IV* (DSM-IV).
- Estar en tratamiento por este motivo o haberlo concluido.
- Que otorgaran su consentimiento para participar en el estudio.

De las mujeres participantes dos padecían anorexia y seis bulimia, sus edades oscilaron entre 22 y 38 años de edad, siete eran solteras y una vivía en unión libre, dos tenían hijos, cinco habían concluido una licenciatura, tres aún estudiaban y una concluyó estudios de posgrado. Seis trabajaban, tres como empleadas, dos como profesoras en escuelas públicas de nivel secundaria, licenciatura y posgrado y una era dueña de un negocio comercial. Sus ingresos oscilaron entre dos y tres salarios mínimos; una era la principal proveedora económica de su hogar y otra aportaba al ingreso familiar. Sus familias nucleares estaban integradas entre cuatro y 11 miembros y al momento del estudio siete vivían con sus padres y hermanos; cuatro eran las hijas mayores, tres ocupaban entre el segundo y tercer lugar de orden de nacimiento y una era la ultimogénita.

Trabajo de campo

Se realizó entre mayo de 2002 y diciembre de 2004 y la estrategia para la recolección de datos fue la

entrevista semiestructurada, que se focalizó en la exploración de la estructura familiar en el momento que inició el trastorno alimentario. La entrevista fue apoyada con una guía temática con preguntas abiertas sobre datos personales, exploración de la estructura familiar a través de pautas de interacción en forma de jerarquías, roles, alianzas, límites, fronteras, triangulaciones, coaliciones, movimientos familiares y comunicación. Esta guía fue utilizada para la construcción de un genograma de dos generaciones, en el que se trazó un árbol familiar para explorar la composición familiar (edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación y educación), así como el funcionamiento y organización familiar (pautas de interacción, normas) y eventos familiares (crisis familiares, migración, accidentes y sucesos de la vida, como pérdida de empleo, muertes inesperadas).

Las entrevistas se realizaron individualmente en cuatro sesiones, con un intervalo de cuatro a seis semanas entre cada entrevista. En la primera sesión se obtuvo información mediante el trazado inicial del genograma, datos sociodemográficos y composición familiar. En la segunda se completó y profundizó en el trazado del genograma de dos generaciones (figura 1). En esta etapa se inició el análisis de texto de los

datos con la finalidad de profundizar en los puntos contradictorios o poco claros. En la tercera se profundizó en la organización y funcionamiento familiar, y en la cuarta se aclararon puntos poco claros.

Las entrevistas fueron realizadas en los domicilios de cuatro de las informantes, donde solo se encontraban ellas. Otros escenarios fueron restaurantes elegidos por ellas. Todas las entrevistas fueron audiograbadas bajo pseudónimos y con previo consentimiento de las informantes. La duración promedio de cada entrevista fue de hora y media.

Análisis de los datos

Las grabaciones fueron transcritas directamente en el editor del software Atlas-ti.¹⁷ El procedimiento de análisis se realizó de acuerdo con la teoría fundamentada.¹⁸ El primer paso fue segmentar a través de códigos, los textos de las entrevistas según emergían de la lectura línea por línea. El segundo fue relacionar los códigos afines para construir categorías, lo que remitía a las pautas de interacción de la estructura y funcionamiento familiar. El tercero fue elaborar matrices que concentraron los datos de cada entrevista para identificar su frecuencia, diferencias

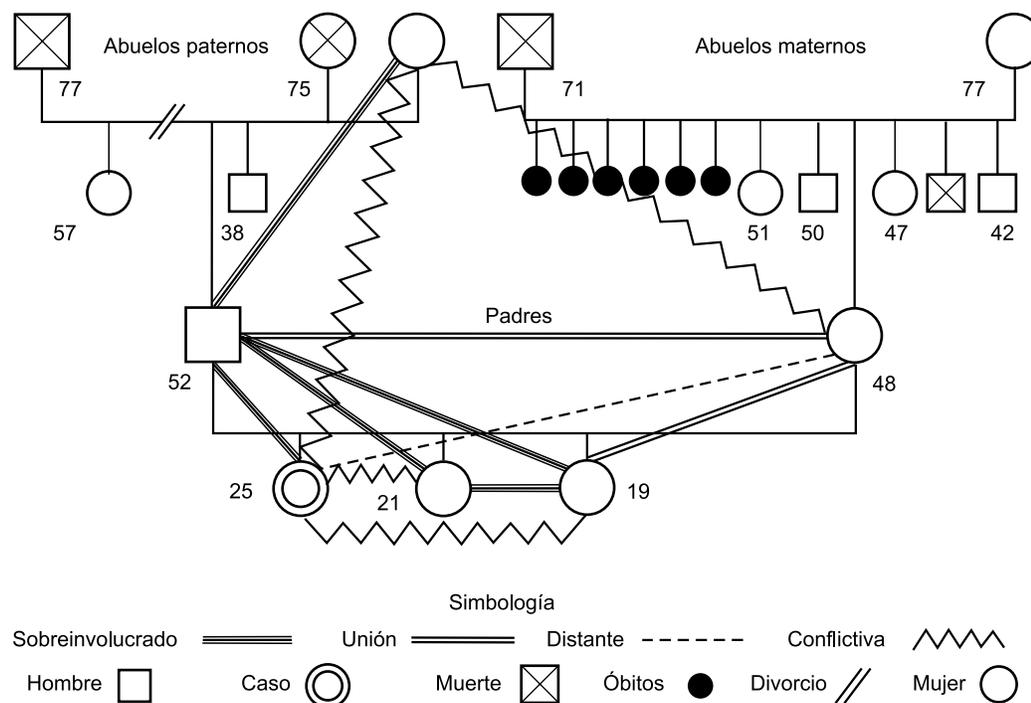


Figura 1. Genograma de la estructura familiar de un caso durante la aparición de trastornos de conductas alimentarias

y similitudes. Después se separaron temporalmente los códigos utilizando como criterio de corte la primera y segunda generación de las familias.

El análisis de los genogramas fue vertical, en el que se describen las pautas de funcionamiento transmitidas históricamente de una generación a otra y de tipo horizontal, que identificó las tensiones de la familia nuclear y la forma como los miembros afrontaron las crisis y sus cambios.¹⁹ Finalmente, la información fue contrastada e interpretada con la literatura y las notas de campo.

Resultados

Primera generación: los abuelos

La generación de abuelos fue caracterizada por pautas transaccionales en forma de alianzas: “la relación entre mi papá y algunos de sus hermanos ha sido buena, principalmente con dos de ellos”. (Mariana, 38 años).

Algunas familias incrementaron su comunicación y preocupación ante el trastorno de conducta alimentaria entre sus miembros, lo que provocó que la distancia disminuyera y los límites desaparecieran. La diferenciación del sistema familiar se hizo difusa, lo que dificultó su adaptación al cambio ante circunstancias estresantes:

Con mi tía la más grande, mi papá ha tenido problemas, es una relación que se cobija bajo el signo de discontinuidad, de inestabilidad; de repente se quieren y se prestan dinero y luego se odian, o se dejan de hablar dos años. (Mariana).

Otras familias se desarrollaron con límites en extremo rígidos y la comunicación entre los subsistemas fue descrita como difícil. Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar que todas estas familias pertenecían a un punto situado entre un *continuum*, cuyos polos son los dos extremos de límites, difusos por un lado y sumamente rígidos por el otro: “mi papá se crió muy al ahí se va... nunca tuvo broncas. Y mi mamá siempre fue muy ortodoxa, su educación, muy revolucionaria y disciplinada”. (Azul, 25 años).

En algunas de las generaciones de abuelos se relató que ejercían control rígido, tanto sobre los hijos como sobre los nietos, aun al momento de la entrevista:

Mi abuela materna es dominante, siempre quiere tener a sus hijos controlados en todo lo que ha-

cen, incluso a nosotros sus nietos nos está diciendo qué hacer, cómo hacerlo, por qué hacerlo o no. Ella quiere controlar nuestras vidas. (Fa, 25 años).

Estas pautas transaccionales hicieron referencia a los límites de un subsistema, los cuales constituyen reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Todo subsistema familiar posee funciones y plantea demandas específicas a sus miembros. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros y definidos, con suficiente precisión para permitir a los miembros el contacto con otros subsistemas, lo cual no se observó en esta generación, ya que cuatro participantes percibieron que sus abuelos mostraban límites rígidos con sus hijos en forma de violencia física y psicológica: “La relación entre ellos es pésima [entre su abuelo y su padre], de que mi abuelo lo golpeaba mucho y lo corría, porque tuvo puras hijas”. (Mariana).

El aglutinamiento y desligamiento se refieren a un tipo de interacción, no a una diferencia cualitativa entre lo funcional y lo disfuncional. Los relatos caracterizaron a la mayor parte de estas familias como subsistemas aglutinados y desligados: “Mi papá no es unido a sus hermanos, pero tienen buen trato, no son conflictivos”. (Isa, 29 años) Esto significa que podrían aparecer como desligados al interior del sistema, pero eso no dañaría al subsistema.

Las pautas transaccionales aglutinadas entre los padres e hijos estuvieron caracterizados por sobreprotección en algunas familias:

Mis abuelitos (paternos), en paz descansan, eran personas que no les enseñaban a trabajar a sus hijos, todo les resolvían con dinero, les solucionaban sus problemas. Por ejemplo, mi abuelita duró manteniéndonos a nosotros muchos años. Todos los hermanos de mi papá eran muy flojos y viciosos. (Valeria, 26 años).

Generación actual: la familia de origen de las participantes

Las participantes relataron que el estrés de alguno de los miembros afectó al resto de los integrantes. Por ejemplo, el padre y la madre de una participante tenían problemas laborales y frecuentes discusiones por la incapacidad de establecer acuerdos, desviando su conflicto mediante un ataque contra alguno de los hijos. Ello reducía el estrés conyugal pero afectaba a otro miembro. Otras participantes refirieron que sus padres solían hacer comparaciones entre sus hermanos y ellas, en las que situaban a los primeros como exitosos, aceptados, con aptitudes intelectuales y

físicamente atractivos. Algunos padres se dirigían a las participantes con descalificaciones negativas hacia su imagen y comportamientos.

Otras formas sobre cómo se manifestaron los límites difusos fueron cuando algunos de los hermanos de las participantes asumían posiciones de autoridad:

Plutarco (hermano mayor) siempre que intervenía era para fregarme, decía: tu hija es un desmadre! Y todo para apoyar a mi mamá que decía que yo era un desmadre... entonces, así era siempre. (Azul).

Se informó unión de las madres con algún hijo en contra de alguna participante o del padre, lo que formó coaliciones. Esto constituyó un límite alrededor del subsistema conyugal difuso y configuró un subsistema transgeneracional rígido. En los relatos de coaliciones entre madres/hermanos contra las participantes, describieron límites y controles rígidos expresados a través de celos, perfeccionismo, obsesividad, no negociación, autoritarismo, restricción y descalificación de su imagen corporal:

Yo era instructora y mi hermana tenía mejor cuerpo que yo, y eso que yo daba clases de ejercicio físico y ella no hacía nada. En diciembre, mi mamá me compró ropa para mi cumpleaños, me la puse y no me quedó, entonces le dije no me quedaban y dijo ¡No, qué vas a caber! (Annet, 25 años).

Otra manifestación de coaliciones fue de forma intergeneracional, donde algunas participantes se unían al padre contra la madre: "con mi mamá siempre hubo una rivalidad, porque como soy la única mujer, el premio entre ella y yo era mi papá". (Frida, 25 años). Una de las participantes percibía coaliciones cada vez más sólidas y con tendencia destructiva. Ella relató que frecuentemente utilizaban la agresión verbal para culparlas por el desequilibrio de la familia:

Mi mamá dijo: —La verdad está la situación de la refregada y estoy muy mal, ya tengo diabetes, la verdad me está matando, no puedo más con Azul, no sé qué hacer con ella y me está matando a mí—. Yo estaba escuchando la conversación entre mi mamá y mi tía. (Azul).

Cuatro de ocho participantes afirmaron que vivían relaciones trianguladas con sus padres en la medida en que se exacerbaba su trastorno. Una vez que había sido diagnosticada la anorexia y la bulimia, las progenitoras se mostraban enérgicas y exigentes en cuanto a la preparación y consumo de alimentos de las participantes. Ante la negativa de

estas últimas a comer nutrientes, las madres se dirigían a ellas mediante agresión y descalificación verbal, lo cual provocaba el enojo de algunos padres y repetidas discusiones verbales entre los progenitores. A su vez, las pautas hacia el interior de la familia fueron más aglutinadas entre padres e hijas, y desligadas entre madres e hijas.

Al menos en siete casos, las participantes relataron que sus padres varones negaron la presencia del trastorno o solo se involucraron afectivamente con ellas:

Cuando empecé a ir con el psiquiatra y la psicóloga, mi papá no opinaba. Siempre ha sido así; su manera es no entrar en problemas, como que él vive muy tranquilo y deja que mi mamá lo resuelva todo. (Azul).

En cuatro casos, se caracterizó una parentalidad rígida y encubierta por rasgos de sobreprotección expresados en métodos de vigilancia y excesivos cuidados en la alimentación, como obligarlas a consumir grandes cantidades de carbohidratos, proteínas y azúcares.

Mis papás me empezaron a meter la comida a fuerzas, me llevaron con una nutrióloga, me pusieron una dieta de engorda, todo me lo tenía que comer porque mi mamá no se me despegaba y me revisaba las bolsas y, mis mañas ya no las podía hacer. Mi mamá todo el tiempo estaba arisca para ver que comiera, para que no tirara la comida. (Annet).

Todo parece indicar que ambos tipos de relación provocaron problemas familiares cuando se activaron los mecanismos adaptativos. La familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual, con una excesiva rapidez e intensidad. A diferencia de la familia desligada que tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.⁶ En estas familias, las madres llevaron a cabo pautas transaccionales para movilizar el subsistema:

En el momento en que mi mamá empezó a darse cuenta de que yo tenía el problema de anorexia, empezó a buscar ayuda, mientras yo pensaba, ya déjenme morir, yo me quiero morir, es mi voluntad. Ella me hizo ir al psiquiatra, al psicólogo, en contra de toda mi voluntad. (Azul).

Por último encontramos algunas diferencias y similitudes de la estructura familiar de ambas generaciones que se presentan en el cuadro I.

Cuadro I
Diferencias y similitudes en la estructura familiar de dos generaciones según la narrativa de mujeres con trastorno de conducta alimentaria

Característica	Generación de los abuelos	Generación de los padres
Composición familiar	De 2-11 miembros; 2-4 separaciones; presencia de enfermedades crónico-degenerativas, sobrepeso-obesidad, anorexia y bulimia. Abuso sexual e intento suicida.	De 1-4 miembros; presencia de enfermedades crónico-degenerativas, sobrepeso-obesidad, anorexia y bulimia. Abuso sexual e intento suicida.
Disfunciones estructurales	Alianzas y coaliciones: entre hermanos y contra hermanos.	Alianzas y coaliciones: uniones entre miembros con hermanos, diferencias de edad, comparación. Triangulaciones: posición poco estructurada de hija entre ambos padres.
Ejercicio parental	Rigidez: orden extremo, perfeccionismo, control. Padres rígidos: control y violencia. Aglutinamiento: sobreinvolucramiento. Jerarquías no claras.	Rigidez: orden extremo, perfeccionismo, control. Madre rígida, padre y hermanos periféricos. Límites rígidos. Aglutinamiento: sobreinvolucramiento en toma de decisiones, cuidado excesivo. Jerarquías no claras
Pautas vinculares	Conflictivas y destructivas.	Distantes y separadas Conflictivas y destructivas
Pautas de comunicación	Descalificación y agresión verbal.	Mensajes de doble vínculo, agresión verbal y descalificación
Funcionamiento familiar	Aglutinamiento: padres-hijas. Desligadas: padres-hijos; madres-hijos(as); abuelas-nietas.	Aglutinados: padres-hijas, admiración al padre Desligadas: madres-hijas
Afrontamiento familiar	Movimientos familiares: intento de negación, evasión.	Movimientos familiares: intento de negación y uso servicios de salud.

Discusión

La estructura familiar de ambas generaciones estuvo caracterizada por la manifestación de rasgos rígidos y de aglutinamiento. Tal como ha sido informado previamente,⁷ pudimos advertir que los trastornos de conductas alimentarias afectan la dimensión de flexibilidad-rigidez de la estructura de las familias. Adicionalmente, la estructura familiar estuvo caracterizada por la formación de límites rígidos, coaliciones y la adopción de estilos de comunicación que colocó al paciente identificado entre ambos padres, en un conflicto de lealtades encubierto²⁰ con una ausencia clara de límites generacionales.⁸ Las pautas de comunicación configuraron mensa-

jes de doble vínculo relacionados con la imagen corporal ideal,²¹ pero al mismo tiempo rechazando la búsqueda obsesiva de ese ideal.

Desde el punto de vista sistémico,^{2,7-9,19,20,22,23} la configuración de esta estructura mostró un inadecuado funcionamiento familiar en relación a las jerarquías, interacciones entre sus miembros y sus límites. De acuerdo con Minuchin,⁶ el aglutinamiento es una respuesta típica de las familias cuyos límites entre sus miembros son difusos y en los que no existe espacio para el desarrollo individual dado que se encuentran sobreinvolucrados, de tal forma que los deseos personales están indiferenciados con los del colectivo.

En este estudio advertimos que las pautas de la familia fueron más aglutinadas entre madres/hijas

y desligadas entre padres/hijas a medida que se exacerbó el trastorno de conducta alimentario. Este mismo patrón se informa en la generación de los abuelos, lo que alude a jerarquías no claras y sin límites. De acuerdo con McGoldrick y Gerson,¹⁹ estas pautas se transmiten de una generación a otra inconscientemente y es precisamente lo que va uniendo a una generación con otra.

Los estudios en poblaciones con el trastorno en Estados Unidos,^{7,10,13-15,23} Colombia,¹¹ Bélgica,²⁴ y México¹ no habían explorado los antecedentes familiares de la generación previa, por lo que una de las ventajas de esta investigación fue indagar las características de la estructura familiar de la generación de los abuelos, a fin de identificar pautas que se repiten de una generación a otra e hipotetizar que más que tratarse de un fenómeno de repetición es un fenómeno de transmisión inconsciente que une una generación con otra. A pesar de que prácticamente encontramos la misma pauta de relación entre padres/hijas y madres/hijas en la generación de los abuelos, se pueden advertir diferencias finas que nos llevan a plantear dos hipótesis:

1. Parece que la pauta de relación entre la rigidez y el aglutinamiento se acentúa en la generación contemporánea, subrayándose la rigidez y agresión de la madre contra la paciente y el proteccionismo del padre ante las agresiones de la figura materna, configurando así un juego parental en el que parece dibujarse un divorcio emocional en la pareja y un atrapamiento de la paciente que parece inmovilizarla. Tal vez esta diferencia en la pauta de relación entre madre/hija que aparece en la generación contemporánea, podría deberse a que en la tradición familiar no existieron figuras femeninas valoradas que fueran imitables, por lo que la agresión a la paciente es en realidad una agresión hacia la figura masculina que ama-odia porque dentro del grupo familiar él tiene el poder y la valoración anhelada. Es posible, por otro lado, que la paciente identificada al sentirse abandonada por la madre, y apoyada pero a la vez instigada por el padre, siente la necesidad de diferenciarse de la madre y de asumir el modelo ideal propuesto por la moda, en la tentativa confusa por independizarse y sentirse mejor socialmente. En este sentido, el trastorno de conducta alimentaria se configura como un elemento que parece desafiar a la madre.^{12,22}
2. Dado que el diseño del estudio no nos permite plantear la dirección de la relación entre el trastorno de conducta alimentaria y la división que

se configura entre los miembros de la familia del mismo sexo contra el otro sexo, proponemos que los trastornos alimentarios parecen configurar juegos internos con tendencia destructiva entre hombres-mujeres contra mujeres en forma de coaliciones y triángulos. Sin embargo, la dirección de esta hipótesis deberá explorarse con mayor profundidad con diseños longitudinales.

Nuestros hallazgos coinciden con los de Selvini²² y León, Fulkerson, Perry y Dub,²¹ en cuanto a que las formas en que las familias enfrentan el síntoma son a través del juego de la pareja y del atrapamiento de la paciente. Selvini²⁵ puntualizó que si la madre adopta actitudes de protesta contra el padre, él podía responderle, ignorarla o bien mostrarse impulsivo para bloquear cualquier posibilidad de interacción. Pero sin duda, en la narrativa de las jóvenes, la táctica comúnmente encontrada fue la del padre silencioso, al mostrarse afectivamente periférico en el grupo familiar o al negar la presencia del trastorno de su hija. Tal vez porque él como miembro de su familia aprendió la estrategia de evasión, a fin de mantener en pseudohomeostasis la organización de su familia.

Los movimientos familiares se caracterizaron por rigidez y aglutinamiento en las dos generaciones, de tal forma que no se permitieron asumir nuevas pautas y mantener así un contexto que favorecía el mantenimiento del síntoma² durante un tiempo. La identidad de las jóvenes fue asumida como anoréxica y bulímica tanto por ellas mismas y por el grupo familiar.⁴

La metodología de evaluación familiar^{7,19} empleada nos permitió contar con un panorama parcial de la estructura familiar de mujeres con trastornos de conductas alimentarias y da cuenta de cómo estas relaciones familiares en su conjunto detienen la búsqueda temprana del uso de servicios de salud, por lo que es recomendable incorporar estos hallazgos en el tratamiento y considerar a la familia como parte esencial de éste.

Por último, una de las limitaciones de este estudio fue no haber podido incluir al resto de miembros de las familias, quienes habrían aportado mayores elementos para caracterizar de manera más íntegra la complejidad de la estructura familiar. Pero como ha sido señalado en otros estudios,^{16,20,26} la población con este tipo de trastornos tiende a esconderse por el estigma del que son víctimas, por lo que es difícil incorporar a la familia, además de que no se sienten parte del problema. Sin embargo, pese a estas limitaciones, el estudio representa a uno de

los pocos que ha incluido a población con trastornos alimentarios, lo cual constituye una de las primeras caracterizaciones de la estructura familiar de dos generaciones, por lo cual habría que continuar con su análisis desde otros enfoques y contextos culturales.

Agradecimientos

Al Fondo de Fomento a la Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social por el financiamiento 2004-078 otorgado, así como al Centro de Atención Integral de Salud Mental, por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

Referencias

1. Unikel-Santoncini C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002;25(2):49-57.
2. Ochoa-de Alda I. Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona, España: Herder, 1995. p. 36-42, 127.
3. Toro J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel; 2001. p. 309-326.
4. Navarro-Ballesteros R. El cuerpo de la anorexia. En: Carriroza-Hernández S, editor. *Cuerpo: significaciones e imaginarios*. México: UAM Xochimilco; 1999. p. 107-113.
5. DeAngelis T. Research boosts support for tough-to-treat eating disorders. *Monitor Eating Disorders* 2004;33:1-14.
6. Minuchin S, Fishman. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa; 1999. p. 125-167.
7. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
8. Campbell TL. Family's impact on health. A critical review. *Family Systems Medicine* 1986;135-200.
9. Cusinato M. *Psicología de las Relaciones Familiares*. Barcelona, España: Herder; 1992. p. 35-334.
10. Laliberte M, Boland FJ, Leichner P. Eating disorders and Weight Preoccupation Program and McMaster University. *J Clinical Psychol* 1999;55(9):1021-1040.
11. Ávila G, Ávila M, Cala C, Henríquez D, Laguna L, Morales S, et al. *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes femeninas: Santafé de Bogotá, Colombia*. Colombia; 1993. p. 90.
12. Kuba SA, Harris DJ. Eating disturbances in women of color: an explanatory study of contextual factors in the development of disordered eating in Mexican

- American women. *Health Care Women Int* 2001; 22(3):281-298.
13. Fornari V, Wlodarczyk-Bisaga K, Matthews M, Sandberg D, Mandel FS, Katz JL. Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Compr Psychiatry* 1999;40(6):434-441.
 14. Neumark-Sziner D, Story M, Falkner NH, Trish B, Resnick MD. The role of family and other social factors. *Disordered Eating among adolescents with chronic illness and disability*. *Arch Gen Psy* 1999;56:468-476.
 15. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *M J Psychiatry* 2000;157(3):393-401.
 16. Toro J. *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Ariel; 2004. p. 88, 89.
 17. Muhr T. *Scientific Software Development's Atlas-Ti. Visual qualitative data. Version 4.1 for Windows 95 and windows NT*. Berlin, 1997. p. 10-57.
 18. Corbin J, Strauss A. *Basics in qualitative research. Grounded theory, procedures and techniques*. Inc Newbury Park California: Sage Publications; 1990. p. 389-409.
 19. McGoldrick M, Gerson R. *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona, España: Gedisa; 1987. p. 20-180.
 20. Giddens A. *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona, España: Península; 1997. p. 133-139.
 21. León R, Fulkerson JA, Perry CL, Dube A. Family influences, school behaviors, and risk for the later development of an eating disorder. *J Youth Adolescence* 1994;23(5):499.
 22. Selvini PM, Cirillo S, Sorrentino AM. *Muchachas anoréxicas y bulímicas. La terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós; 1999. p. 20-229.
 23. McIntosh W, Bulik CM, McKenxie JM, Luty SE, Jordan J. Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *Int J Eating Disorders* 2000;27(2):125-39.
 24. Kog E, Vandereycken W. Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: a review of the research literature. *Bélgica University Psychiatric Center*; 2002.
 25. Selvini-Palazzoli M, Stefano C, Selvini M, Sorrentino AM. *Los juegos sicóticos en la familia. Terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós; 1995. p. 187-191.
 26. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. *Anorexia y bulimia lo que hay que saber*. Barcelona, España: Gedisa; 2005. p. 79-82.