



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARTHA ESTEPHANIA RUIZ ARREGUI**, con C.I. 020130184-3, autora del trabajo de graduación intitulado: **“CARÁCTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR EN LAS MUJERES QUE PRESENTAN TRANSTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA.”** Estudio sistémico realizado en la Clínica Noos de la ciudad de Quito en el período de enero a agosto del 2014, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2014

MARTHA ESTEPHANIA RUIZ ARREGUI

C.I. 020130184-3

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

“Características de la dinámica familiar en las mujeres que presentan
Trastornos de Conducta Alimentaria.

Estudio sistémico realizado en la Clínica Noos de la ciudad de Quito en
el período de enero a agosto del 2014.”

Martha Estephania Ruiz Arregui

Directora: Mtr. Soledad Ávila

QUITO, 2014

DEDICATORIA

A mi familia, quienes han sido parte de este camino profesional, a mi directora por su acertada orientación y a las mujeres que aportaron con sus experiencias a este trabajo investigativo.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi mamá por todo el amor que me ha dedicado, a mis abuelitos quienes han guiado mi vida desde pequeña, a mi hermana que con su ternura ha llenado nuestra familia de alegría. A mi nuevo pequeño hogar, mi esposo y a mi bebita con quienes disfruto y aprendo día a día.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TABLA DE CONTENIDOS	IV
RESUMEN	VI
INTRODUCCIÓN:	1
CAPITULO I: ENFOQUE DE LA ESCUELA DE MILÁN Y EL ESTUDIO REALIZADO POR MARA SELVINI-PALAZZOLI.	5
1.1 Comprensión teórica del enfoque propuesto por la escuela de Milán.	5
1.2 La relación de pareja.	16
1.3 La paciente en relación con sus padres.	17
1.4 Hermanos y hermanas de la paciente anoréxica.	19
CAPÍTULO II: LA ESCUELA ESTRUCTURAL DE SALVADOR MINUCHIN.	21
2.1 Comprensión teórica del Enfoque Estructural.	21
2.2 Conceptos básicos de la estructura familiar.	25
2.3 Patologías estructurales.	28
2.4 Conceptualización de Dinámica familiar	32
CAPITULO III: CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIO DESDE EL CIE-10.	39
3.1 Anorexia nerviosa.	39
3.2 Anorexia nerviosa atípica.	40
3.3 Bulimia nerviosa.	40
3.4 Bulimia nerviosa atípica.	41
3.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	42

3.6 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	42
3.7 Otros trastornos de la conducta alimentaria.	42
3.8 Trastornos de la conducta alimentaria sin especificar.	42
CAPITULO IV: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES OBTENIDAS POR MARA SELVINI-PALAZZOLI Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR IDENTIFICADAS EN LAS MUJERES QUE PRESENTAN TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LA CLÍNICA NOOS.	
4.1 Caso (X).....	45
4.2 Caso (Y).....	53
4.3 Caso (Z).....	62
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS.....	78
ANEXOS.....	81
Aspectos de la entrevista semiestructura sobre dinámica familiar	82
Caso (X).....	84
Caso (Y).....	99
Caso (Z).....	109

RESUMEN

La presente disertación busca dar relevancia a las características de la dinámica familiar en el desarrollo de los Trastornos de Conducta Alimentaria. La misma se basará en los estudios realizados por la Escuela de Milán con autores como Mara Selvini-Palazzoli y la Escuela Estructural con Salvador Minuchin. Las características y conceptos expuestos por estos autores nos permitirán identificar los rasgos que determinan el funcionamiento familiar y cómo este ha influenciado en el desarrollo de un síntoma como la anorexia o bulimia. Esta investigación es cualitativa y utiliza el estudio de caso como método de investigación. Para recabar la información se realizó un formato de entrevista semiestructurada que fue posteriormente aplicada a los casos pertinentes en la Clínica Noos. Estas entrevistas fueron previamente grabadas bajo el consentimiento informado de las pacientes, lo cual permitió analizar a profundidad las características del sistema familiar en cada caso estudiado. Finalmente, se realizó un análisis comparativo entre los enunciados publicados por ambos autores y los datos obtenidos en la Clínica Noos; esto con el propósito de cotejar dichos estudios con nuestra realidad.

INTRODUCCIÓN:

El planteamiento del presente estudio brinda la oportunidad de ampliar la perspectiva de los Trastornos de Conducta Alimentaria al ámbito familiar y busca dar relevancia al trabajo multidisciplinario en nuestro país, pues permite teóricamente contemplar la idea de que el sujeto aprende a interactuar desde la familia consigo mismo y con el entorno y que según las distintas interacciones que se generan entre sus miembros van a desarrollar diferentes formas de adaptarse socialmente. Por ende no se puede considerar únicamente el aspecto individual que ha generado el síntoma, sino que se debe incorporar en el campo terapéutico al individuo, a la familia, al síntoma y al contexto. La motivación personal de la presente investigación está orientada a los profesionales, ya que al ampliar el conocimiento sobre la estructura de la dinámica familiar en nuestro entorno se espera perfeccionar el abordaje; incursionando en las características familiares de terminada paciente se puede realizar una intervención con mejores resultados.

El tema central de la disertación es la dinámica familiar, que en base a los aportes teóricos e investigativos que fueron realizados por Mara Selvini-Palazzoli y Salvador Minuchin, engloban las modalidades de comunicación y formas de relación que presenta determinado sistema familiar. De esta manera se busca entender que característica específicas tiene un sistema que produce como síntoma un Trastorno de Conducta Alimentaria.

La interrogante que guía el presente trabajo investigativo tanto en el aspecto bibliográfico como en la aplicación de campo, es: ¿qué características de la dinámica familiar presentes en el estudio de Mara Selvini-Palazzoli son similares a las características de la dinámica familiar de las mujeres que presentan Trastornos de conducta alimentaria en la Clínica Noos? Para responder esta pregunta nos basaremos en conceptos como: límites, roles, jerarquías, alianzas, coaliciones, comunicación, liderazgo, culpa y relaciones, todos estos pertenecientes a las escuelas y autores

mencionados anteriormente. La hipótesis de la disertación es: Las características de la dinámica familiar presentes en el estudio de Mara Selvini-Palazzoli son similares a las características de la dinámica familiar de las mujeres que presentan Trastornos de conducta alimentaria en la Clínica Noos.

Los Trastornos de Conducta Alimentaria serán planteados como el síntoma producto de las pautas interaccionales y el intercambio comunicacional que se presentan en dichas familias, los mismos que serán conceptualizados desde la visión de salud expuestos en el CIE-10.

El Enfoque Sistémico es la base teórica sobre la que se va a trabajar, dentro de este se estudiarán únicamente la Escuela de Milán y la Escuela Estructural. Los autores que abordaremos son: Mara Selvini-Palazzoli, Giuliana Prata, Mateo Selvini, Von Foerster, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Paolo Bertrando, Salvador Minuchin, Bernice Rosman, Lester Baker, Carter Umbarger, Dorys Ortiz y los aportes de Nathan Ackerman con respecto a dinámica familiar.

Se tomará en cuenta a estas dos escuelas porque, los conceptos de la Escuela Estructural son la base teórica que Mara Selvini-Palazzoli toma en cuenta para realizar los estudios sobre la familia de la paciente anoréxica. Posteriormente la autora amplía determinados conceptos y denomina *juego familiar* a lo que Minuchin nombra como *estructura familiar*, es decir los conceptos estructurales forma parte de la comprensión teórica que surge en la Escuela de Milán.

El objetivo general de la disertación es cotejar las características de la dinámica familiar presentes en los estudios de Mara Selvini-Palazzoli con las características de la dinámica familiar de las mujeres que presentan Trastornos de Conducta alimentaria en la Clínica Noos. Los objetivos específicos son: revisar teóricamente el enfoque de la Escuela de Milán y el estudio realizado por Mara Selvini-Palazzoli, explicar teóricamente los conceptos de estructura familiar

presentados por Salvador Minuchin desde la Escuela Estructural Sistémica, exponer la clasificación que presenta los Trastornos de Conducta Alimentario desde el CIE-10 y analizar comparativamente las características familiares obtenidas por Mara Selvini-Palazzoli y las características de la dinámica familiar identificadas en las mujeres que presentan Trastornos de Conductas Alimentarias en la Clínica Noos.

Para cumplir tanto con el objetivo general como con los objetivos específicos del presente estudio, en el capítulo I se trabajará la comprensión teórica del enfoque propuesto por la escuela de Milán, a partir de los planteamientos realizados desde el año 1967, luego abordaremos los estudios realizados por Mara Selvini-Palazzoli, en los cuales expondremos cómo se entiende la relación de pareja, la paciente en relación con sus padres y los hermanos y hermanas de la paciente anoréxica. Es importante mencionar que este capítulo planteaba también la conceptualización de la dinámica familiar, pero posterior al acercamiento bibliográfico y en pro de la profunda comprensión del concepto, se ha decidido trasladar este apartado al capítulo II ya que al conocer todos los conceptos expuestos por ambas escuelas será más factible englobar y entender lo que a dinámica familiar se refiere.

En el capítulo II se ahondará en la teoría de la Escuela Estructural, se expondrá los conceptos básicos de dicha escuela y se señalará las patologías estructurales que pueden surgir en el intercambio relacional de un sistema. A continuación se conceptualizará la dinámica familiar, la misma que conjuga los planteamientos y estudios de Selvini-Palazzoli y el funcionamiento estructural de Salvador Minuchin. El capítulo III redactará los conceptos de cada uno de los Trastornos de Conducta Alimentaria que constan en el CIE-10.

En el capítulo IV se determinarán las características de la dinámica familiar presentes en las pacientes de la Clínica Noos, estas se basarán en la información obtenida en las entrevistas

previas. Finalmente se desarrollará el análisis comparativo de las características familiares obtenidas por Mara Selvini-Palazzoli y las características de la dinámica familiar identificadas en las mujeres que presentan Trastornos de Conductas Alimentarias en la Clínica Noos.

CAPITULO I: ENFOQUE DE LA ESCUELA DE MILÁN Y EL ESTUDIO REALIZADO POR MARA SELVINI-PALAZZOLI.

1.1 Comprensión teórica del enfoque propuesto por la escuela de Milán.

La Terapia Sistémica surge a finales de 1930, como parte de su desarrollo se considera de mayor relevancia a la Escuela de Palo Alto, con Watzlawick y Bateson, la Escuela Estructural cuyo principal representante es Minuchin y la Escuela de Milán que tiene como figura sobresaliente a Mara Selvini-Palazzoli.

Inicialmente el enfoque sistémico se desarrolló en Estados Unidos de América, pero a finales de la década de los 60, los aportes teóricos y prácticos realizados hasta entonces llegan a Europa, permitiendo el desarrollo de diversas líneas de investigación en terapia familiar. Aunque Mara Selvini-Palazzoli trabajaba desde una orientación netamente psicoanalítica, su práctica con pacientes anoréxicas fue evolucionando de lo individual a lo familiar, del aspecto únicamente intrapsíquico al relacional y cómo este influía tanto en el síntoma como en la cura; desde aquí en adelante la autora se ve atrapada por el “análisis existencial que enseña a permanecer en el presente, en el mundo actual de los fenómenos” (Selvini, 1990:20).

Mateo Selvini (1990) expone que en 1967 separada ya del modelo psicoanalítico Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, todos pertenecientes a los mismo inicios teóricos, fundan el Centro para el Estudio de la Familia en Milán, aquí inician el abordaje terapéutico con la terapia comunicacional la misma que considera a los trastornos de comunicación como la causa del surgimiento de las patologías psíquicas. No contentos con su eficacia en 1972 influidos por Gregorio Bateson adoptan una concepción cambiante del sistema familiar en contraposición a la concepción predominantemente homeostática hasta entonces trabajada, ligada fundamentalmente al concepto de paradoja-contraparadoja. Posteriormente dan

sus primeros pasos a la investigación sobre el “juego” el mismo que trabaja sobre la idea de sistema y reglas, abriendo así el camino para ver con claridad a la familia “no sólo como situación comunicativa sino como sistema de relaciones” (Selvini, 1990: 33).

En 1979 el grupo se divide en dos: Selvini y Prata por un lado y Cecchin y Boscolo por otro. Las primeras continuaron su investigación sobre las familias basadas en una cibernética de primer orden (observador-observado), buscaban descubrir posibles organizaciones familiares específicas, “juegos” relativos a síntomas específicos como la anorexia y la psicosis. Los dos restantes se dedicaron a la formación de terapeutas.

Al referirnos a una cibernética de primer orden Boscolo y Bertrando (2005) mencionan al terapeuta como observador de todos los fenómenos que se producen en el sistema, de esta manera se estipulaba la terapia sistémica en sus inicios. Posteriormente introducen el concepto de cibernética de segundo orden, en el cual el observador- terapeuta entra en la descripción de aquello que es observado. Este efecto abre una amplia gama de sistemas humanos en interacción, esto transformó el espacio terapéutico de observador-observado, a un espacio en que tanto terapeuta como paciente forman parte del sistema que interactúa en terapia, es decir se centra el interés en aquello que sucede en la sesión.

Dentro de este aspecto Fruggeri (citado en Boscolo y Bertrando, 2005) expone el cambio de una visión constructivista, la misma que concibe como distintos al observador y lo observado, a una perspectiva de construccionismo social “en el cual el observador y lo observado son al mismo tiempo “construidos” y constructores del contexto relacional y cultural en el cual existen” (Boscolo y Bertrando, 2005: 228).

Con estos nuevos avances teóricos, el terapeuta y el equipo dejan de considerar solo al sistema familiar y empiezan a considerar al sistema significativo relacionado con el problema

presentado (familia nuclear, extendida, escuela, trabajo), lo que permite conocer los diferentes puntos de vista que influyen en el sistema, brindando mayor posibilidad de comprender el conflicto para abordarlo de mejor manera.

Todos estos aportes teóricos también modificaron el abordaje terapéutico. Según Boscolo y Bertrando (2005) un espejo bidireccional dividía la sala de terapia de la sala de observación. El equipo terapéutico se reunía previamente para formular hipótesis circulares de trabajo, basadas en la información obtenida con el primer contacto telefónico, la misma que se consideraba el primer paso de la terapia. Por lo general era una pareja de terapeutas hombre-mujer los que llevaban a cabo la entrevista, tanto el equipo observador o los terapeutas activos podían interrumpir la sesión para reunirse e intercambiar ideas. Igualmente al finalizar la sesión se juntaban por un tiempo más largo, donde abordaban las hipótesis que habían fluido en el proceso para crear una hipótesis sistémica que daba sentido a los comportamientos observados y les permitía construir una intervención final, la misma que debía ser sugerida a la familia por el terapeuta.

Este proceso terapéutico se basaba en tres principios básicos para la conducción de la sesión Selvini-Palazzoli (citada en Boscolo y Bertrando, 2005: 232) hipotetización, circularidad y neutralidad:

- *Hipótesis*: es considerada un instrumento de investigación, que no siendo ni verdadera, ni falsa, permite iniciar el abordaje del conflicto. La hipótesis de partida puede o no ser aceptada por la familia, en tal caso se formula una nueva hipótesis con la información obtenida en la entrevista. Dicha hipótesis se considera útil cuando toma en cuenta todos los componentes del sistema en juego y mediante esta propone una explicación a sus

relaciones. Según Ortiz (2008) las hipótesis son evolutivas, dinámicas, se modifican y enriquecen conforme avanza el trabajo terapéutico.

- *Circularidad*: es la capacidad del terapeuta para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas. Este aspecto tiene como base la retroalimentación producida en el proceso, basada en la idea de la circularidad del sistema, es decir “la información procesada por el elemento siguiente en la cadena puede volver al elemento anterior gracias a este proceso y afectarlo de tal forma que su estado ya no será el mismo” (Ortiz, 2008: 250).
- *Neutralidad*: Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) exponen que este principio ha sufrido cambios a causa de la adherencia de la escuela al construccionismo y la cibernética de segundo orden, estos aspectos señalan que el terapeuta no puede ser “neutral”, un simple observador del sistema, sino que al formar parte del mismo es imposible la separación, ya que siendo participante no puede ser neutral con respecto a sí mismo. En este punto también interviene el equipo terapéutico quienes pueden señalar a los terapeutas en acción la posible parcialización en un caso y de igual manera exponen sus propias visiones con respecto al proceso.

Aunque la presente disertación no profundizará en los tratamientos planteados por la Escuela de Milán, es necesario que conozcamos brevemente los métodos que se han desarrollado y como estos han ido evolucionando a través del tiempo. Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1988) mencionan que se trabaja principalmente con los significados que la familia tiene respecto del síntoma y el paciente identificado, tratando de encontrar consensos y disensos relacionados a la atribución de dichos significados. Para esto inicialmente utilizaron el *método paradójico* que buscaba romper el juego disfuncional de la familia y llevarla a una interacción

para la cual no era necesario el síntoma. Para esto se basaban en cuatro intervenciones sistémicas: la connotación positiva del síntoma, la reformulación paradójica, los rituales familiares y el intervalo mensual entre las sesiones.

La *connotación positiva* es según Selvini-Palazzoli, Cirrillo, Selvini y Sorrentino (1999) la más original ya que coloca a todos los miembros del sistema en un mismo plano, dejando de lado el indicativo de sanos y enfermos. El objetivo era otorgar a la paciente identificada un lugar privilegiado en el sistema como “salvadora” de la familia y no como el “problema”. Por otro lado la *reformulación paradójica* era entendida como la prescripción del comportamiento “inadecuado” a cada miembro de la familia, la misma que se entendía en función de sacrificio a favor del bienestar del resto del sistema. En cuanto a los *rituales familiares* se prescribía a toda la familia una serie de acciones que lentamente transformaba las reglas de interacción del sistema, por último el *intervalo mensual* entre las sesiones se debía a la necesidad de tiempo para que los efectos sobre el sistema familiar sean visibles.

Otro de los métodos que se utilizaban Selvini-Palazzoli et al (1999) fue la *serie invariable de prescripciones*, éste consistía en utilizar una única prescripción para todas las familias. Se disponía que los padres empiecen a salir como pareja, inicialmente eran lapsus cortos, los mismos que iban creciendo con el tiempo. Con estos encuentros se procuraba devolver las jerarquías y los roles al sistema familiar deshaciendo el “obsesivo control” que existía entre padres e hijos; por ende no se avisaba a los hijos sobre las salidas, mientras que los padres estaban orientados a observar las reacciones de los otros miembros de la familia con respecto a sus desapariciones para luego trabajarlas en las sesiones futuras.

Posterior al empleo de la serie invariable de prescripciones aparece la *revelación del juego familiar*, expuesta igualmente por Selvini-Palazzoli et al (1988), este método hace

referencia a las interacciones relacionales y comunicacionales que se presentan en cada familia, “juego familiar” (concepto que abordaremos posteriormente), las mismas que al ser expuestas explícitamente orientaban al sistema a modificar dicho juego, ya que era considerado negativo para el sistema.

Igualmente es necesario exponer que según Boscolo y Bertrando (2005), las técnicas esenciales con la que trabaja la presente escuela son las *preguntas circulares* y las *prescripciones ritualizadas*. Mediante estas preguntas posibilitan que el paciente cambie constantemente su comprensión sobre el tema y que se escuche los diferentes puntos de vista que existen dentro de la familia. Mientras que los rituales prescriben un cambio de comportamiento poniendo en evidencia el conflicto que en ocasiones existe entre las reglas verbales y las analógicas de la familia. Según se expone en el libro *Crónicas de una investigación* “el ritual familiar es una acción o una serie de acciones acompañadas de fórmulas verbales en las que están obligados a participar todos los miembros de la familia” (Selvini, 1990: 220). Igualmente expone que deben ser realizados en un tiempo y lugar específico, lo que empuja a toda la familia a involucrarse para lograr una meta común.

El término *Juego Familiar* fue desarrollado por la Escuela de Milán en el libro *Los juegos psicóticos de la familia* (1990), en el se expone la *metáfora del juego*, como vocablo que nos remite a asociarla con palabras como grupo, equipo, juego, etc. Los mismos que ligan el lenguaje a un significado de relaciones interpersonales en los que se desarrollan reglas, asociaciones, estrategias, táctica, desacuerdos o acuerdos, que van de la mano de la posición e intereses de cada uno de sus miembros. Esto permite en el sistema un intercambio de conductas dentro del grupo familiar, lo cual posibilita la cooperación entre sí, la toma de decisiones y el enfrentamiento de conflictos, propio de la cotidianidad del juego. “El hecho de pensar en función

de juego nos impidió seguir ignorando a los individuos, como era característico del pensamiento sistémico.” (Selvini-Palazzoli et al, 1990: 164). Es decir la autora engloba en el término *juego*, a todas las relaciones que se establecen dentro de una familia las mismas que de una u otra manera siempre están sujetas a reglas sean estas implícitas o explícitas. Al tomar la idea de *juego* la Escuela de Milán amplía la perspectiva con respecto al conflicto del paciente identificado, pues no solo se toma en cuenta al sistema familiar y sus interacciones, sino que se incluye la individualidad de cada uno de sus miembros, ya que las estrategias que utiliza cada persona influirán en cómo se va desarrollando dicho juego.

Dentro de este pensamiento los autores anteriormente expuestos han abandonado la concepción funcionalista del síntoma para la familia, y han elaborado “*la hipótesis de la vinculación entre el síntoma y la familia*” (Selvini-Palazzoli et al, 1990: 167). Según la autora (1990), la conexión se da como un espiral de movidas y contramovidas entre el individuo, la familia, la sociedad y las circunstancias a las que son sometidas.

Con respecto a las *reglas del juego* Selvini-Palazzoli et al (1990) las relaciona con el poder, el mismo que no solo está en las reglas del juego; sino que existe en la diferencia y la libertad de cada uno de los individuos que integran el juego, posibilitando que cada persona tenga sus propias reglas, con las cuales son capaces de influir en sus familiares. Estas diferencias están marcadas a nivel jerárquico (posición), cultural (leyes y creencias), subcultural (adaptación a determinadas reglas culturales), juego intrafamiliar (lugar de importancia en la familia) e individual (aspectos específicos de cada persona).

Otro aspecto de importancia dentro de la idea de juego familiar es entender la circularidad como el enlace de la historia del individuo con su presente y no reducir al síntoma únicamente a conductas presentes en la familia en el aquí y el ahora, sino también considerar la historia del

mismo y como esta se va desarrollando en los niveles anteriormente expuestos. Igualmente se debe recalcar que “los juegos” no solo están presentes en las familias “patológicas” pues; “Si el juego es un modo de presentar una organización interactiva que evoluciona con el tiempo, *no jugar es imposible*” (Selvini-Palazzoli et al, 1990: 172). Esto nos indica que el juego se despliega desde las circunstancias y vivencias de cada miembro del grupo, que estando en constante cambio en ocasiones genera incomodidad y se puede revelar generando distintos síntomas que ponen en evidencia la conflictiva de las relaciones.

Según manifiesta Selvini-Palazzoli et al (1990) la incongruencia de las relaciones genera fenómenos denominados “juegos sucios”. El primero es el *embrollo*, el cual se caracteriza “por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo) que en realidad no lo es” (Selvini-Palazzoli et al, 1990: 82). Este señalamiento apunta a una relación de privilegio entre uno de los padres con el hijo o hija, unión que se produce en contra de un tercero (madre/padre) y que evoluciona en síntoma cuando el hijo se siente traicionado en esta diada exclusiva, por el evidente interés del padre o madre en alguien más que no sea él. El desencadenante principal de un síntoma como la anorexia es vivenciar la relación como secreta e imposible de verbalizar, pues está implícita y crece como una comunicación analógica.

El siguiente fenómeno es la *instigación*, al utilizar este vocablo la autora menciona la complejidad a la que se ve expuesta la palabra por las definiciones y el uso del lenguaje común. Según el diccionario de Fernando Palazzi (citado en Selvini-Palazzoli et al, 1990: 104) “es excitar, provocar, en general con sentido negativo”. Este significado nos remite a una concepción lineal del fenómeno, donde hay un instigador, un instigado y una víctima, aspecto que si bien nos ayuda a entender la base de este “juego sucio”; deja de lado la circularidad del mismo, pues para la autora “no es únicamente un acto o una serie de actos, sino un proceso: un proceso interactivo

en devenir” (Selvini-Palazzoli et al, 1990: 109). Es decir que para entender cómo se produce un *juego de instigación* se debe tomar en cuenta como se ha ido dando la relación entre los miembros de la familia y como poco a poco la comunicación o relaciones deformadas van dando paso a este fenómeno.

Dentro de los estudios realizados por Mara Selvini-Palazzoli a lo largo de su carrera es necesario mencionar sus aportes investigativos sobre el funcionamiento familiar de pacientes con psicosis y anorexia nerviosa. Siendo de interés para la presente disertación únicamente los aportes referentes a la anorexia nerviosa. Aunque el tipo de comunicación que existe en estas familias no es la base de nuestro estudio, se considera importante exponer las ideas planteadas por la autora, ya que esto nos servirá para entender cómo se estructuran las relaciones que generan determinadas características en estas familias.

Basada en el ensayo de Jay Haley realizado en Palo Alto a partir de 1953 *The family of the schizophrenic: a model system*, Selvini-Palazzoli realizó la investigación denominada *La familia con paciente anoréxica: un sistema modelo*, trabajo efectuado por el equipo de L. Boscolo, G. Cecchinn, G. Prata y M. Selvini-Palazzoli; el mismo que fue presentado en el II Coloquio Internacional de Delfis y posteriormente publicado por primera vez en *Archivio di psicologia, neurología e psiquiatria* en 1972, modificado posteriormente al publicarse en *La anorexia mental*, texto del cual Mateo Selvini 1990 recopila el estudio y lo presenta en su libro *Crónicas de una investigación*.

Selvini-Palazzoli et al (citado en Selvini, 1990) busca por medio de su investigación determinar si en las familias con pacientes anoréxicas existían modalidades de funcionamiento comunicacional comunes a todas ellas, para esto trabajó desde los axiomas de la teoría de la comunicación humana de Watzlawick. La autora señala que en general la capacidad de

comunicación de estas familias es muy superior a la de las familias con pacientes esquizofrénicas. “La atmósfera se caracteriza, en cambio, por un alarde de dramatismo y sufrimiento” Selvini-Palazzoli (citada en Selvini, 1990: 186).

Selvini-Palazzoli (citada en Selvini, 1990) manifiesta que según el nivel de desarrollo de la enfermedad en la paciente, el modo en que los miembros de la familia califican su propia comunicación es coherente tanto a nivel verbal como no verbal. En cambio cuando los síntomas de la paciente anoréxica se han complicado, la comunicación se descalifica sobre todo en el aspecto analógico.

Siguiendo con el estudio la autora señala el rechazo y la contradicción de los mensajes, como la modalidad más común de la comunicación, los mismos que afectan tanto el nivel contenido como el de relación. Este rechazo es abierto y no deja dudas, en las familias consideradas más “graves” incluso se descalifica y desconfirma el mensaje, impidiendo el reconocimiento y aceptación de cualquier mejoría en la paciente, ya que siempre hay algo que rechazar.

Otro de los puntos expuestos es el problema de liderazgo, ya que es evidente la incapacidad de los miembros de la familia por asumir la responsabilidad de sus acciones y decisiones, pues siempre se justifica cualquier acto por las supuestas exigencias de un tercero. Sin restarle valor a las ideas anteriormente mencionadas la autora señala las alianzas como el problema central y más grave en el funcionamiento de estas familias, éstas se manifiestan en reglas implícitas según las cuales están prohibidas determinadas conductas; entre ellas se expone el impedimento de alianzas explícitas entre dos, pues se consideran traición a un tercero. Otra alianza observada se da en familias de tres miembros, en las cuales la hija sustituye las carencias del padre o madre, debido a que ellos se sienten decepcionados por diferentes motivos de su

compañero/a. Por otro lado, al tratarse de familias más numerosas es común que el síntoma eclosione en la paciente identificada cuando se ha dado un desplazamiento en la alianza secreta, ocasionando que la paciente se aísle del sistema, pues se siente traicionada en la íntima relación que mantenía con uno de los padres. De igual manera las alianzas explícitas fuera del seno familiar están prohibidas e incluso criticadas.

Por último se aborda el problema de la culpa, en estas familias nadie se hace responsable de las cosas que no andan bien, se desentienden siempre de los demás. Las madres consideran que si son culpables por la enfermedad de la hija fue por exceso de dedicación e incluso pretenden alejarse de la familia, si eso ayuda a su hija. Los padres se presentan como “aguantadores”, aquellos que han permanecido indiferentes ante la irracionalidad de la mujer, con el fin de mantener el equilibrio familiar. En cambio la paciente es la que no puede remediar su síntoma, quisiera pero no puede.

Posteriormente M. Selvini-Palazzoli y sus colaboradores S. Cirillo, M. Selvini, A.M. Sorrentino publicaron el libro *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (1999), donde se recoge el trabajo terapéutico realizado con ciento cuarenta y tres familias entre 1972 y 1978. Basados en esta experiencia se permiten formular algunos patrones que componen los diversos tipos de familias que tienen entre sus miembros una paciente con anorexia o bulimia. Aunque el planteamiento es muy amplio y expone características que abarcan el aspecto generacional (los padres y sus familias de origen). En esta ocasión y para fines de la presente investigación únicamente tomaremos en cuenta las características, relaciones y comunicación propia de la familia nuclear.

1.2 La relación de pareja.

En esta investigación Selvini-Palazzoli et al (1999) mediante los datos obtenidos en el estudio describe ciertos patrones de interacción en las relaciones conyugales entre los padres de estas pacientes, expone una relación conyugal en la que esposo y esposa están excesivamente adecuados a las necesidades del otro, por lo que se vive como satisfactoria. El esposo suele ser afectivo ante la disponibilidad de la esposa; debido a la distante relación con su madre y al constante abandono afectivo que vivenció en su familia de origen, se siente halagado con la atención ilimitada y dependencia emocional que recibe de su esposa. Mientras tanto su mujer se ve complacida por el esmerado cuidado, esto subsana su sentimiento de inferioridad causado según la autora por la sociedad machista de la época y la poca compenetración con su madre, lo que ha sido denominado bajo el estereotipo de “sacrificada y encajadora de humillación” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 174). Dentro del término sacrificada se entiende a una mujer siempre dispuesta a hacerse cargo, encargada del cuidado de la casa incluso en presencia de un trabajo, pues se le dificulta pedir ayuda inclusive en situaciones complicadas. Al referirse a *encajadora de humillación* debemos mencionar la rabia y humillación que suscitó en ella la escasa consideración que percibió en su familia de origen.

Este equilibrio de compensación que vive al inicio la pareja, se ve sacudido cuando la familia pasa de una etapa de desarrollo familiar a otra. La llegada de los hijos, la intromisión de la familia de origen, la muerte de alguien cercano, puede ser la causa del quebrantamiento de la madre, que volverá a sentirse desvalorizada en el proceso. Por otro lado el padre suele aislarse del conflicto, en vez de asumir la responsabilidad de la situación. Cuando la madre se vuelca al hijo/a, el esposo revive el sentimiento de escasa fiabilidad que le han proporcionado todas las mujeres madre/esposa. Se aparta de la familia propiciando la disminución de la afectividad

anteriormente vivida en la pareja, por lo cual la esposa sufre daño en su autoestima y reexperimenta sus carencias de la infancia, sumados a las nuevas responsabilidades de la vida adulta, presentándose entonces una recíproca insatisfacción conyugal.

1.3 La paciente en relación con sus padres.

Selvini-Palazzoli et al (1999) basada en la información recopilada en su investigación redefinió el reagrupamiento de las pacientes anoréxicas. Inicialmente se las clasificaba en términos de triangulación, pero se estaba dejando de lado las necesidades de apego que la paciente va teniendo a lo largo de su desarrollo. Por ende la autora formuló la existencia de un “grupo de anoréxicas A, a quienes identifica como afectivamente centradas sobre todo en la figura materna, un grupo de anoréxicas B, hijas frustradas por la inobservancia materna y orientadas al padre como figura afectiva de referencia” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 181). Aunque esta distinción les ayuda en su investigación, no tardaron mucho en darse cuenta de que hacía falta el grupo de anoréxicas C, aquellas con carencia de vínculo afectivo paterno, criadas por terceros (abuelos, niñeras, tíos).

Al referirnos al grupo A, la paciente suele compensar las necesidades de la madre, a menudo suelen ser las necesidades infantiles, aquellas heridas de niña que aún no han sido cerradas o se han agravado, sin embargo, esto no quiere decir que en ocasiones este vínculo privilegiado no provenga de la decepción conyugal de la madre. Suelen ser parejas que están más orientadas a las funciones parentales que a la de esposos, caracterizadas por la incapacidad de los cónyuges de satisfacer la necesidad de aceptación; “En estos casos se trata de madres adecuadas, asexuadas, un poco deprimidas necesitadas de fusionalidad y recíproco control” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 182).

En el agrupamiento de tipo B, la pareja está en constante pelea, provocaciones, amenazas sexuales e insinuaciones de traición; con el fin de reconfortarse ante el distanciamiento emotivo del otro. Esto reanuda las heridas pasadas, él sufre nuevamente la deslealtad de la figura femenina y ella el abandono afectivo. En otros casos, los temas sexuales no aparecen, sino que el marido expresa su insatisfacción ante la frialdad de la esposa o una excesiva dependencia que le impide verle como pareja. “En este descontento conyugal la hija, en pleno crecimiento, frustrada a su vez por la madre de manera grave, sintoniza con la seductora depresión paterna y se liga a él con un mutuo anhelo de complacerlo para recibir su aprobación” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 183). Algunas de estas niñas desarrollan las competencias que el padre aprecia, son abiertamente elegidas como sus “princesitas”, aduladas y engreídas, pueden desarrollar síntomas más histéricos. Otras estarán menos erotizadas, sin embargo se triangulara contra la madre y según el grado de vínculo la joven se verá atrapada por el sentimiento de culpa debido a su rol contra la madre.

Finalmente llegamos al grupo C, aquellas que Selvini-Palazzoli et al (1999) define como fuertemente privadas de vínculo con las figuras paternas. Confiadas al cuidado de parientes o niñeras que no favorecían su apego y que no exponían a lo largo de su vida un vínculo que hubieran disfrutado. En otros casos las madres sí se habían ocupado de ellas, pero con escasa implicación emocional; “la implicación que la paciente demuestra hacia los suyos parece caracterizado por un crónico aislamiento” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 183). Pareciera que estas chicas nunca han disfrutado de la proximidad emocional, ni siquiera ambivalente o instrumental de sus padres. La madre no es capaz de ligarse afectivamente a la niña debido a su propia historia, “privada de ese reflejo en las expectativas maternas” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 184).

Por tanto, la soledad es la característica de su vida afectiva, replegada sobre sí misma y aislada. En ocasiones se liga a un hermano, quien al distanciarse por el crecimiento también genera sufrimiento, el padre suele ser más apreciado debido a la protección que le ofrece de la madre angustiante.

1.4 Hermanos y hermanas de la paciente anoréxica.

Al describir a este subsistema familiar Selvini-Palazzoli et al (1999) menciona que en ocasiones uno de los hermanos (mayor) se parentifica asumiendo comportamientos y actitudes de control similares a las del padre, por lo general ellos también presentan síntomas psicósomáticos y cumplen el papel de “pseudocuidador” para ganar la aprobación de la madre y calmar sus propias inseguridades. Cuando la paciente percibe esto se agravan sus síntomas.

Por otro lado, se considera que las hermanas cercanas a la edad de la paciente asumen una “actitud crítica y descomprometida” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 185), pues están en competición por la atención que debido al síntoma la muchacha anoréxica ostenta. Algunas de ellas también pueden haber experimentado signos de desasosiego e incluso síntomas anoréxicos. “la paciente es el chivo expiatorio en nombre del cual las hermanas encubren las propias dificultades” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 186).

Respecto a los hermanos y hermanas visiblemente menores, se observó que las relaciones estaban centradas en los celos, pues la edad de los pequeños demanda mayor atención y cuidado de sus padres, aspecto que conflictúa a la paciente identificada. También fue notorio el diferente tipo de crianza entre unos y otros, ya que al ser otra etapa de la vida la formación de los pequeños era menos aprehensiva y más segura.

Por el lado de las pacientes se evidenció durante el estudio de Selvini-Palazzoli conductas de cuidado y control para con sus hermanos menores, situación que en muchos casos se señaló como encubridora de cierta agresividad. “Estos hermanos o hermanas menores sufren las vejaciones con resignación por amor a la madre, suscitando en la paciente una ira aún mayor” (Selvini-Palazzoli et al, 1999: 186).

CAPÍTULO II: LA ESCUELA ESTRUCTURAL DE SALVADOR MINUCHIN.

2.1 Comprensión teórica del Enfoque Estructural.

El Enfoque Estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin entre los años de 1970 a 1979, surge como avance teórico y práctico al trabajo que realizaba el autor en Estados Unidos con jóvenes delincuentes, quienes a pesar del tratamiento que recibían mientras permanecían en el centro recaían al regresar a sus hogares. Al percatarse de este hecho Minuchin junto con Braulio Montalvo modifican la técnica terapéutica con la idea de que todos los miembros de la familia son parte y responsables del síntoma que se ha presentado en el sistema y que al igual que en la Escuela de Milán, el síntoma aparece para mantener el equilibrio familiar de manera homeostática o por morfogénesis.

Con este abordaje Salvador Minuchin (1974) se enfoca en cambiar el presente del individuo y aunque no deja de lado el pasado, considera que su influencia ha dado como resultado la organización actual de la familia, por tanto se manifiesta en el presente y es en el donde se realizaran las intervenciones. Además nos brinda la posibilidad de entender al individuo como parte de un contexto social en el cual se desarrolla y por el que está influido plenamente. Esta constante interacción nos aleja de una concepción estática de sistema y nos permite entender a la familia como una unidad en constante movimiento, este intercambio comunicacional y relacional entre sus miembros se conoce como “pautas transaccionales” y dependen de la posición que ocupa cada uno de los miembros en el sistema familiar. Al decir posición nos referimos a los límites, roles y jerarquías que se dan de forma implícita en cada sistema y subsistema familiar, los mismos que conforman la estructura.

La estructura ha sido definida como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia, es decir, que el

sistema familiar se expresará a través de *pautas transaccionales* cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. (Minuchin, 1974: 112).

El autor considera que la única forma de generar un cambio en el sistema familiar es modificando su estructura, esto solo se logra cuando el terapeuta se asocia a la dinámica familiar, pues de esta manera no solo se relata lo que ocurre en la misma sino que al inmiscuirse en el sistema se evidencia las interacciones sobre las cuales funciona la familia. “Cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ellos se modifican las experiencias de cada individuo” (Minuchin, 1974: 20). Es decir se transforma la experiencia de cada miembro de la familia, cambiando también sus circunstancias y abriendo nuevos puntos de vista y soluciones frente al conflicto.

El considerar el aspecto personal y social del individuo, permite al autor enfocar su teoría en tres axiomas fundamentales:

- “La vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno” (Minuchin, 1974: 30). Es decir el individuo está en constante interacción con el medio, se adapta al mismo según las características sociales y culturales del sistema al que pertenece, este constante intercambio le permite desarrollar herramientas adecuadas para desenvolverse dentro y fuera del sistema, por tanto no se puede pensar a la persona de manera aislada, sino que se debe considerar al medio y sus circunstancias.
- “Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema” (Minuchin, 1974: 31). Este movimiento en el funcionamiento familiar genera una

transformación profunda, ya que tanto el individuo en particular como el sistema en general alteran su funcionamiento.

- “Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente su conducta se incluye en ese proceso” (Minuchin, 1974: 31). El presente axioma nos remite al concepto de cibernética de segundo orden expuesto anteriormente en la Escuela de Milán, pues el terapeuta no puede ser únicamente un observador del conflicto familiar, sino que debe incluirse en la dinámica de la familia y generar cambios desde adentro del mismo ubicándose en diferentes posiciones e interacciones con sus miembros.

Estos tres axiomas hacen referencia a un individuo que se va desarrollando según los estímulos tanto internos como externos que percibe a lo largo de su vida. Éstos hacen posible un procesamiento que genera determinadas respuestas o reacciones de cada uno, las mismas que han sido asimiladas de acuerdo al contexto social, familiar e individual al que pertenecen.

Igualmente es necesario mencionar las propiedades del sistema familiar que Minuchin (1974) expone en sus escritos y en las cuales se basa el desarrollo de su trabajo. La primera propiedad que expone: *cualquier movimiento en la estructura es importante para modificar la organización familiar*. La segunda se basa en: *la organización del sistema familiar como un ente de apoyo, regulación, alimentación y socialización*, por tanto el terapeuta se asocia a ellos para que la familia realice estas funciones de forma más efectiva. La tercera propiedad considera: *la autopropagación del sistema familiar, como el mecanismo de autorregulación* que permite que los cambios que se producen en la familia se perpetúen también fuera del espacio terapéutico.

Dentro del denominado contexto del individuo, se considera a la familia como el principal, pues generalmente la persona inicia su vida relacional dentro de este sistema. La comunicación, tensiones e interacciones que se producen dentro de ella van a influir directa e

indirectamente en el comportamiento y respuesta que cada uno de sus miembros manifieste con respecto a determinado conflicto. Por ejemplo, las enfermedades psicosomáticas, entre ellas la anorexia y la bulimia son una muestra tangible de las respuestas sintomáticas que se pueden dar dentro de una familia que experimenta una desorganización en su estructura.

Sé que estas familias tienen una característica predominante: están enredadas hasta el punto que los límites entre las personas son demasiado débiles como para definir y proteger. Las familias anoréxicas están atrapadas en la especie de dependencia donde la entrega la lealtad y el bienestar del grupo son fundamentales. Este es un terreno fértil para la respuesta somática a las tensiones psicológicas (Minuchin, 1985: 89).

En tanto la anorexia como enfermedad psicosomática Minuchin, Rosman y Baker (citado en Espina, 2009) sugieren en su libro *Familias Psicosomáticas* la existencia de cuatro características transaccionales que aportan al desarrollo y mantenimiento de un trastorno psicosomático, que si bien no se presentan de forma obligatoria, son comunes en estos sistemas familiares.

- *Aglutinamiento*: existe un excesivo involucramiento entre sus miembros, la lealtad familiar se percibe como inquebrantable, los límites son difusos, todos los subsistemas están íntimamente relacionados, lo que impide la realización individual de sus miembros.
- *Sobreprotección*: Alude al alto grado de preocupación de los miembros del sistema por el bienestar mutuo, los cuales están hipersensibles a las señales de tensión, la paciente identificada es asediada con excesivos cuidados, que sirven como catalizador de otros conflictos familiares.

- *Rigidez*: comprendida como resistencia al cambio, se considera que cualquier alternativa frente al conflicto o intercambio de información con otros sistemas puede generar la desunión de la familia, por ende es complicado alterar su estructura.
- *Falta de resolución de conflictos*: la familia evade el conflicto poniendo en marcha mecanismos homeostáticos que mantengan el equilibrio familiar. Por ende el paciente y su síntoma cumple la función de evitar el conflicto ya que toda la atención se dirige hacia el evidente síntoma.

2.2 Conceptos básicos de la estructura familiar.

El Enfoque Sistémico ha tomado como base los avances teóricos de Von Bertalanffy (1968) expuestos en su libro *Teoría General de los Sistemas*, en donde promueve una concepción teórica que sea aplicable para toda área del conocimiento humano. Dentro de esto define al sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, aspecto que aplicado al sistema familiar supone la interacción e influencia de cada uno de sus miembros en el funcionamiento familiar. Igualmente engloba la dependencia que existe entre las personas que conforman el grupo familiar y cómo es posible el cambio en el sistema al afectar una de sus partes.

Según Camacho (2006) dicho sistema está conformado por varias partes, las mismas que se denominan subsistema, en el aspecto familiar existe el subsistema conyugal, parental, fraternal, entre otros; los mismos que tienen su propia estructura y características y que pertenecen y funcionan de acuerdo al sistema mayor llamado familia. Así mismo este sistema mayor está dentro de un macro al que se denomina suprasistema y que en esta connotación puede ser entendida como la sociedad a la que pertenece determinada familia.

Bertoglio expone que el concepto de suprasistema hace referencia a la inclusión de todo sistema, en un sistema de orden mayor que incluye a varios sistemas. Los conceptos de

subsistema, sistema y suprasistema llevan implícita la idea de recursividad, por cuanto los subsistemas y los suprasistemas son además sistemas (citado en Camacho, 2006: 3).

De esta manera la Teoría General de los Sistemas, nos permite entender la organización del sistema familiar y desde aquí partiremos para abordar los conceptos que expone Minuchin dentro de la estructura familiar.

- **Límites**

“Llamados también fronteras son reglas que establecen quienes y de qué manera participan los subsistemas. Tienen la función de proteger la diferenciación de los subsistemas”. (Minuchin, 1974: 88). Al decidir formar una nueva unidad familiar es necesario establecer los límites que lo regulan y diferencian de otros sistemas. Minuchin (1974) expone a los límites como las reglas que se manejan dentro de un subsistema y que permiten o impiden el intercambio de información entre sus miembros y con otros sistemas. Los límites diferencian los deberes y obligaciones que cada subsistema (conyugal, filial) tiene dentro del sistema (familiar). Por ende cada subsistema se agrupa según la similitud generacional, objetivos y afinidad que persigue.

Umbarger (1983) expone que dentro de la familia es necesario que los límites sean claros, flexibles y permeables. Este aspecto determina que el intercambio de información y energía dentro del sistema sea adecuado para su equilibrio, permitiendo la adaptación del mismo frente a cualquier problemática. Los límites se consideran adecuados cuando las reglas son claras entre subsistemas, y existe un sentido de pertenencia y lealtad en la familia sin dejar de lado el aspecto autónomo de cada uno de sus miembros.

- **Roles**

“Son todos los papeles que juegan los miembros de la familia. Es la única manera de organizar la estructura familiar” (Minuchin, 1974: 100). Al establecerse como una pareja fuera de su sistema parental, cada subsistema adquiere nuevas funciones o conductas que responden a la posición que van a desempeñar en el grupo familiar (esposa- esposo, padre-madre, hijo- hija, hermano-hermana). A medida que avanzan dentro de los ciclos familiares, también reciben nuevas funciones, las mismas que se van transformando según las necesidades y obligaciones que surge en la familia. Pues las responsabilidades al inicio de la pareja no son iguales a aquellas que se deben cumplir cuando nace el primer hijo. Igualmente los roles deben ser considerados según el contexto sociocultural en el que se está estructurando la familia, pues es evidente la diferente concepción del rol paterno-materno en la actualidad que hace 50 años.

- **Jerarquía**

“Define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.” (Minuchin, 1974: 104). El poder se entiende como la posición jerárquica y fronteras generacionales a la que pertenece cada miembro en la familia y que responde a la función que ejerce como tal. Por ende no es solo ser llamado “padre”, sino que como tal cumpla con los deberes y obligaciones que dicha posición representa. Jerárquicamente la autoridad debe permanecer en la díada parental, por lo tanto la alteración del poder en una alianza (padre/madre-hijo) genera una importante conflictiva en la estructura familiar.

- **Alianza y Coalición**

Se refieren a los diferentes tipos de uniones que se dan dentro de un grupo. La alianza es entendida como la unión entre dos miembros de la familia que persiguen un objetivo en común y se entiende como positiva. La coalición es considerada negativa y se refiere a la unión de dos

miembros en la familia para sacar ventaja frente a un tercero, “Estas alianzas y coaliciones pautadas entre miembros de la familia son las estructuras que regulan su cotidiano flujo de información y energía” (Umbarger, 1983: 31).

Según expone Umbarger (1983), existen diferentes tipos de alianzas:

- Alianza franca y amistosa se vivencia como normal ya que respeta el orden generacional, por ejemplo esposo – esposa.
- Alianza enmarañada o sobreinvolucrada se observa en vínculos intergeneracional que pueden perjudicar la estructura, por ejemplo madre- hijo.
- Una afiliación débil con escaso involucramiento entre las partes, la relación es solo aparente.
- Una afiliación conflictuada se entiende como la problemática que se puede presentar entre miembros de un mismo subsistema, por ejemplo rivalidad entre hermanos.

2.3 Patologías estructurales.

El término patología en el aspecto sistémico estructural es definido por Umbarger (1983) como un sistema incapaz de ver alternativas frente a los conflictos propios de las etapas de desarrollo familiar, que se estancan homeostáticamente sin generar cambios de adaptación y con rígidas pautas transaccionales; “Parece entonces que el rótulo de patología conviene reservarlo a familias que frente al *stress* incrementan la *rigidez de sus pautas de transacción* y de sus fronteras, y evitan explorar alternativas o son renuentes a hacerlo.” Minuchin (citado en Umbarger, 1983: 60). Igualmente la patología es vista como general a todo el sistema y no únicamente a una parte de él. Dichos autores distinguen cuatro categorías en lo que a patologías estructurales se refieren: patologías de frontera, de alianza, de triángulo y de jerarquía. Estas no

pueden ser entendidas de forma aislada ya que dentro del sistema familiar una está en directa relación con la otra.

- **Patologías de límites o fronteras**

Dentro de este aspecto, Minuchin (citado en Umbarger, 1983) manifiesta diferentes patologías de límites, los mismos que se generan cuando las fronteras del sistema se vuelven demasiado rígidas o débiles impidiendo un adecuado intercambio de información que permita la adaptación del mismo, estos son:

- *Límites difusos o enmarañados:* son propios de las familias aglutinadas, aquellas que no tienen claro las reglas entre subsistemas y que no presentan una diferenciación adecuada entre sus miembros, se presentan totalmente cohesionados y todo el sistema se involucra excesivamente en las dificultades que puede presentar uno de sus miembros. Son familias que pierden autonomía en nombre de una mal manejada unión familiar que impiden la individuación de cada miembro. Los límites no son claros, por ende la intromisión de un subsistema a otro es demasiado invasiva.
- *Límites rígidos o desacoplados:* son propios de las familias desligadas, exponen un enorme distanciamiento interpersonal, acompañado de un escaso involucramiento entre subsistemas. Se observa una excesiva independencia entre las personas del grupo familiar, al punto de que el síntoma de uno de sus miembros puede pasar desapercibido varios días antes de que alguien se percate de su existencia. Así mismo, estas familias no ponen en consenso sus decisiones, cada uno vive su vida sin inmiscuirse en la de los demás, el sentimiento de fraternidad, lealtad y pertenencia son escasos. La carencia afectiva hace que sus miembros busquen grupos exógenos de los cuales sentirse parte.

- **Patología de alianzas**

Tanto las patologías de alianza como las de límites están relacionadas, pues de estas dependerán como se producen las uniones dentro del sistema. Umbarger (1983) expone dos tipos:

- *Desviación de conflictos o designación de chivo emisario*: se entiende como la unión aparentemente adecuada de los padres, que para evitar enfrentar un conflicto explícito o implícito desvían la tensión a un tercero (hijo), otorgando y exagerando un problema en el denominado “chivo”. Los padres se mantienen unidos para enfrentar el problema del hijo.
- *Coaliciones intergeneracionales inadecuadas*: se produce una alianza intergeneracional (madre-hijo, padre-hijo) en contra de un tercero que puede ser el padre excluido de la alianza, igualmente se puede incluir a la familia extensa (abuelos, tíos). El término intergeneracional encierra el mayor nivel de patología, pues el poder fluctúa sin importar el rol de sus miembros, obviamente el tiempo y duración de la coalición son también factores que se deben tomar en cuenta para considerarlas patológicas.
- **Patologías de triángulo**

Umbarger (1983) menciona que la desviación de conflictos y las coaliciones intergeneracionales son tipos de triangulación, las mismas que si duran lo suficiente son peligrosas y pueden generar síntomas en sus miembros, por ejemplo: la anorexia y bulimia. En el libro *Familias Psicósomáticas* Minuchin et al (citado en Umbarger. 1983) expone un tipo de triada rígida en la que el hijo podría ser utilizado para ocultar el conflicto explícito o encubierto entre la pareja, sobre esta idea proponen cuatro posibles triangulaciones que podrían generar síntomas en el hijo.

- *Triangulación:* la diada parental en conflicto trata de adherir al hijo a su bando; esto incluye la impuesta necesidad de decisión del niño por uno de sus padres aspecto que tensiona y genera culpa en el hijo.
- *Coalición progenitor-hijo:* se produce la coalición intergeneracional padre- hijo o madre-hijo, situación que quiebra el sentido del poder y límites dentro de la familia. El niño esta explícitamente incluido en el conflicto contra un tercero y aún la problemática paterna es negada. Según Haley (1986) cuando se produce una díada padre-hijo, posiblemente sea la repetición de díadas generacionales anteriores, por ejemplo: padre- abuelo/abuela, madre-abuelo/abuela.
- *Tríada desviadora-atacadora:* se produce un aparente acuerdo entre la díada paterna a favor del hijo que está presentando un comportamiento poco adecuado. Sin embargo no coinciden en la forma en que se deba manejar el problema del niño, en este punto se hace evidente el desacuerdo. Así mismo existe el “mártir” que soporta las conductas inapropiadas del niño por ser tan buen padre o madre.
- *Tríada desviadora-asistidora:* los padres se angustian y mantienen unidos, encubriendo sus dificultades de pareja; pues toda la atención se dirige al hijo que ha generado una enfermedad psicosomática, a quien sobreprotegen y dirigen una excesiva atención.
- **Patologías de jerarquía**

Según manifiesta Umbarger (1983) la inversión del poder que conlleva las jerarquías propias del sistema familiar es considera la situación más devastadora para la estructura familiar y la que primero se debe abordar en las intervenciones estructurales. Esta inversión está igualmente presente en las patologías de alianza, en donde un hijo asume el papel de autoridad en la casa solo o junto a uno de los padres, arrebatando al otro su posición de poder.

2.4 Conceptualización de Dinámica familiar

La dinámica familiar “corresponde a la manera en que los miembros de una familia se relacionan unos con otros, las funciones, elementos, roles e interacciones al interior del sistema”. (Rodríguez, 2011: 5). Es decir hace referencia a las características de cada familia, las mismas que son dinámicas y se van transformando internamente según la etapa de desarrollo familiar y personal en que se encuentre.

Ackerman (1961) aborda el concepto de dinámica familiar acuñando el término psicodinamismos, los mismos que se entienden como las actitudes, conductas y afectos que determinan el comportamiento de cada persona en la familia. Según como cada individuo a forjado su identidad se establecen los vínculos entre los miembros de la familia, esto determina como los “miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades.” (Ackerman, 1961: 35). Así como existe una amplia gama de posibles interacciones dentro de la familia, debemos señalar que parte de la dinámica familiar consiste también en la interacción con el ambiente, este puede percibirse como favorable o desfavorable, aspecto que influye en el proceso adaptativo de los roles familiares y sociales que cada persona debe cumplir. Cada psico-dinamismo va demandando cambios según el ciclo familiar e individual que atraviesa el organismo.

El concepto expuesto por Ackerman sobre dinámica familiar, engloba los aportes realizados por Minuchin sobre “estructura familiar” y por Selvini-Palazzoli bajo el término “juego familiar”. Pues expone cómo los miembros del sistema interactúan entre sí, teniendo en cuenta límites, roles y jerarquías, y como esta trilogía estructural determina las uniones (alianzas y coaliciones) que se producen dentro de la familia. Partiendo de cómo se han generado estas interacciones el sistema opta por diferentes opciones para enfrentar cualquier factor estresante

que amenace su equilibrio. Por su parte, el juego familiar también comprende las reglas que se estipulan en el grupo familiar de acuerdo a las circunstancias y vivencias de cada uno. Estas reglas de juego permiten el intercambio de información, la toma de decisiones y determinan la manera de abordar la problemática familiar.

Con respecto a la dinámica familiar de la paciente con Trastorno de Conducta Alimentaria es necesario enlazar los estudios postulados por la Escuela Estructural y la Escuela de Milán, pues los conceptos expuestos por Minuchin, constituyen la base teórica que permiten el análisis estructural de la familia y aportan para la comprensión de las investigaciones realizadas por Selvini-Palazzoli, contextualizando los nuevos aportes que surgieron. Para comprender más ampliamente la relación que existe entre ambos autores realizaremos un cuadro comparativo-conceptual de ambas escuelas, con la finalidad de determinar las similitudes y diferencias teóricas que encierran, pues no se puede entender la conceptualización del “juego familiar” sin incursionar en los conceptos estructurales.

Cuadro # 1

CUADRO COMPARATIVO-CONCEPTUAL		
	Escuela Estructural	Escuela de Milán
Límites	Reglas que definen la interacción entre subsistemas.	Reglas que definen la interacción entre subsistemas.
Roles	Función de cada miembro en la familia.	Función de cada miembro en la familia.
Jerarquías	El poder es estático.	El poder es dinámico.
Alianzas y coaliciones	Diferencia alianzas como	No diferencia conceptos.

	positivas y coaliciones como negativas.	
Patologías estructurales/ Juegos sucios	Hace referencia a los límites, alianzas, coaliciones y jerarquías.	Hace referencia a las alianzas incongruentes.
Estructura familiar/ Juego Familiar	Relaciones, interacciones o pautas transaccionales dentro del sistema familiar.	Relaciones, interacciones o pautas transaccionales dentro del sistema familiar.

Ahora que se ha explicitado la relación que existe entre estas dos escuelas sistémicas, procederemos a ampliar la conceptualización de las características que encierra la dinámica familiar de las pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria. Inicialmente abordaremos la concepción del síntoma; al igual que la Escuela de Milán la Escuela Estructural, considera que “el síntoma aparece como producto de un *proceso* de adaptación (...) en el pensamiento sistémico de las dos escuelas que analizamos no hay algo que se haya deteriorado” (Navarro, 1987: 33). Es decir las interacciones que se producen dentro de la familia buscan siempre mantener el equilibrio y el síntoma siempre surge en pro de este objetivo, por ende el síntoma no es visto como “malo”, sino como el sacrificio de un subsistema (paciente identificado) por el bien del sistema.

En consecuencia, “como en el caso del grupo de Milán, los estructuralistas no se fijan tanto en el síntoma como en el patrón interaccional” (Navarro, 1987: 25). Pues al excluir el significado de “malo” o “enfermo” del síntoma, estas escuelas pueden centrarse en entender y

transformar las relaciones o pautas transaccionales que están generando malestar en el sistema familiar.

Sin embargo, es necesario señalar que aunque el abordaje terapéutico se orienta principalmente a la estructura o juego familiar. La diferencia que expone con respecto al síntoma Selvini-Palazzoli (1999) es que a la par del juego familiar también toma en cuentas las circunstancias del individuo, considerándolo un aspecto importante para generar cambios en sus interacciones familiares. Por su parte Minuchin (1974) no considera la individualidad del paciente, ya que estructuralmente es imposible abordar a la persona fuera del ambiente en que se desarrolla, por ende toma en cuenta a las alteraciones estructurales como la causa del síntoma.

Con respecto a la jerarquía Selvini-Palazzoli et al (1990) expone al concepto de poder como un elemento presente en todas las personas que integran el juego familiar y con el cual son capaces de influir en sus miembros. Esto es diferente a la idea de poder manejada por Minuchin (1974) en la cual el poder es ostentado por las figuras de autoridad del sistema. Sin embargo ambas corrientes consideran la inversión intergeneracional del poder como destructivas para el juego o estructura familia.

Dentro de esta inversión de poder podemos entender los *juegos sucios* de la Escuela de Milán como paralelos a las *patologías estructurales de alianza y jerarquía* de la Escuela Estructural. Selvini-Palazzoli no diferencia conceptos entre alianzas y coaliciones como sí lo hacen los estructuralistas, para ella las alianzas son inadecuadas y son de dos tipos: *embrollo e instigación*. La primera se entiende como una díada padre/madre-hijo, que excluye a un tercero. Cuando dicha relación pierde su carácter de privilegiada se genera el síntoma, en relación a esta tenemos estructuralmente a la *coalición intergeneracional inadecuada* que vincula a dos miembros con diferencia generacional en contra de un tercero, colocando al niño en un rol que

no le corresponde lo cual puede ocasionar sintomatología en el mismo. Otro ya señalado juego sucio es la *instigación*, proceso en el cual hay un instigador un instigado y una víctima, este tiene relación con la *triangulación* de la corriente estructural en la cual uno de los padres trata de parcializar al hijo a su lado.

Por otro lado no podemos olvidar aquellos conceptos que si bien dichas escuelas no comparten como definición puntual, son necesarios para abordar y entender las características de la familia de la paciente anoréxica. Entre ellos podemos entender a las patologías estructurales de límites Minuchin (1974) como esas reglas no claras que ocasionan confusión de roles y alteran la jerarquía funcional del sistema; estos aspectos están presentes en la formulación de Selvini sobre las características recurrentes encontradas en las familias con pacientes anoréxicas. Entre ellas se expone la paciente en relación con sus padres en donde los grupos A, B, C son una muestra evidente de límites, difusos y rígidos, donde además la paciente identificada vivencia una confusión de roles pues funge como pareja del padre o la madre, lo que altera el manejo del poder en esta familia ya que la autoridad suele recaer en esta díada intergeneracional que excluye a un tercero.

Por su parte la relación de pareja de los padres de la paciente anoréxica, también manifiesta dificultades de límites, las reglas son poco claras y existe una inadaptación del sistema a los cambios evolutivos. En relación a los hermanos y hermanas de la paciente es indudable la confusión de roles pues en ocasiones los hermanos mayores asumen con la paciente aparentes funciones paternas en busca de la aprobación materna o en caso contrario las muchachas identificadas con el síntoma desarrollan conductas maternas con sus hermanos menores. Igualmente existen límites rígidos entre los hermanos relativamente de la misma edad, pues se muestran desligados de la conflictiva de la hermana.

El interés de comprender las características de la dinámica familiar en los Trastornos de la Conducta Alimentaria nos ha dirigido a través del tiempo desde una visión simplista del tratamiento que considera la recuperación de la paciente en función de la ganancia de peso o de la adquisición de mejores hábitos alimenticios, a un abordaje que pone hincapié en la recuperación psicológica desde el Enfoque Sistémico.

En su estudio Espina, Ortega y Ochoa (2002) manifiestan que la terapia familiar en los trastornos alimentarios adquirió un gran auge desde la aparición del estudio del equipo de la clínica de guía infantil de Filadelfia (Minuchin, Rosman y Baker, 1978) que ofrecía unos resultados alentadores, un 86% de remisiones en anorexia nerviosa frente al 40-50% de otro tipo de intervenciones (párr.2).

Desde ahí en adelante se realizaron diferentes investigaciones que recalcan la importancia del abordaje familiar e individual desde un Enfoque Sistémico para tratar los trastornos de conducta alimentaria, entre ellos tenemos Espina et al (2002) al grupo de Milán, al grupo del Maudsley Hospital, Hall y Crisp; entre otros. Todas estas investigaciones han fundamentado la eficacia del presente modelo en la recuperación de estas pacientes, mencionando que “los mejores resultados en terapia familiar se daban en pacientes en las que el trastorno había aparecido antes de los 18 años y llevaban menos de tres años con el mismo” (Espina et al, 2002: 3). En base a estas argumentaciones surge el interés de realizar el presente trabajo investigativo, pues si bien mundialmente este tipo de intervención se lleva a cabo desde hace más de 40 años. En nuestro entorno es necesario darle mayor relevancia al trabajo multidisciplinario, permitiéndonos ligar el modelo médico-nutricional, al modelo psicológico individual y familiar en pro de realizar intervenciones con mejores resultados, pues un tratamiento que logre modificar

la dinámica interna de un sistema, brinda mayor posibilidades de éxito en la recuperación y evita posibles recaídas.

Por lo tanto, nuestro mayor aporte consiste en investigar la dinámica familiar desde la perspectiva individual de los tres casos abordados en la Clínica Noos, ya que el indagar en las características familiares propias de nuestro entorno, permitirá aplicar el Enfoque Sistémico familiar desde una visión propia, pues aunque existan similitudes con los postulados de Mara Selvini-Palazzoli, resulta evidente que son realidades distintas. De esta manera es clara la importancia del presente estudio, que aunque no cuenta con una estadística cuantitativa considerable, si brinda un acercamiento cualitativo caracterológico a nuestra realidad y de cómo es representada en el discurso de cada una de las pacientes.

CAPITULO III: CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIO DESDE EL CIE-10.

El tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria exige un abordaje multidisciplinario por lo tanto, es importante describir los criterios de clasificación que médicamente definen dichos trastornos. La descripción se hará basándose en el capítulo sobre los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades CIE-10, publicadas por la Organización Mundial de la Salud en 1999.

Esta manual categoriza a cada entidad por código de acuerdo a un orden específico, el acápite F50-59 hace referencia a los Trastorno del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos dentro del cual se encuentran los Trastornos de Conducta Alimentaria con la siguiente clasificación:

CIE-10 señala que, en este epígrafe se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Así mismo, incluye una breve descripción de los vómitos que acompañan a trastornos psicológicos (1999: 142).

3.1 Anorexia nerviosa.

El CIE-10 (1999), define a la anorexia nerviosa como la pérdida deliberada de peso la misma que es propiciada y mantenida por el paciente. Afecta principalmente a mujeres jóvenes y en escasas ocasiones está presente en hombres, niños o mujeres maduras. La anorexia se acompaña de cuadros de desnutrición, afectaciones endócrinas y problemas en la funcionalidad de sus órganos.

Pautas para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- Pérdida significativa de peso según el índice de masa corporal.
- La pérdida de peso es causada por el paciente mediante la evitación de alimentos calóricos; además de por lo menos una de las siguientes acciones: vómitos autoprovocados, purgas, ejercicio excesivo y consumo de diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Trastorno hormonal generalizado, amenorrea en las mujeres o disminución del interés sexual en los hombre. También se afecta el metabolismo y el crecimiento.
- Si el inicio es antes de la pubertad se retrasan los cambios propios del desarrollo.

Dentro del diagnóstico diferencial pueden presentarse síntomas depresivos u obsesivos y alteraciones de la personalidad. Hay que excluir la pérdida de peso producida por alteraciones orgánicas propias de cuadros patológicos.

3.2 Anorexia nerviosa atípica.

Según CIE-10 (1999), esta nominación debe ser utilizada para pacientes que no cumplan una o más de las características principales de la anorexia (pérdida significativa de peso, pérdida de peso por evitación de ingesta de alimentos, vómitos autoprovocados, purgas o ejercicio excesivo, distorsión de la imagen corporal, trastorno hormonal generalizado y pérdida de peso producida por cuadros patológicos), pero que presentan un cuadro clínico bastante similar. Igualmente reciben esta definición pacientes en los cuales se presentan estos síntomas de forma leve.

3.3 Bulimia nerviosa.

El CIE-10 (1999), expone los episodios repetitivos de excesiva ingesta de comida y la exagerada preocupación por controlar el peso como las características principales del presente

trastorno. Comparte el mismo cuadro clínico que la anorexia nerviosa, aunque la bulimia suele aparecer de forma más tardía que la anorexia. En ocasiones puede aparecer como el rezago de una anorexia nerviosa aparentemente superada, presentando comportamientos como la sobrealimentación y vómitos, los mismos que causan daños a nivel orgánico y funcional.

Para su diagnóstico debe cumplir todas las siguientes pautas:

- Presentan episodios en los cuales consumen grandes cantidades de comida en poco tiempo.
- Para contrarrestar el aumento de peso producido por el episodio de polifagia incurren en uno o más de los siguientes métodos: vómito, uso de laxantes, periodos de ayuno, fármacos.
- El trastorno genera un miedo exagerado a engordar, fijándose un peso mucho menor al saludable. En ocasiones existen antecedentes de anorexia nerviosa, con intervalo de meses o años entre episodios de un trastorno u otro.

El diagnóstico diferencial excluye a los trastornos del tracto digestivo superior que también provocan vómitos, trastornos más profundos de personalidad como dependencia al alcohol o conductas antisociales y el trastorno depresivo; los mismos que pueden coexistir con la bulimia.

3.4 Bulimia nerviosa atípica.

Como consta en el CIE-10 (1999), el término atípico debe ser usado cuando el paciente no presente uno o más de los siguientes síntomas (episodios en los cuales consume gran cantidad de alimentos, vómitos autoprovocados uso de laxantes o ayuno, miedo exagerado a engordar y trastornos del tracto digestivo). En este caso los pacientes tienen un peso normal o superior al normal, pero presentan repetitivos atracones acompañadas de vómito autoinfringido.

3.5 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

El CIE-10 (1999) hace referencia a la ingesta excesiva de alimentos como reacción de respuesta a eventos estresantes en la vida del paciente que da lugar a obesidad, esto puede generar que el enfermo comienza una dieta excesiva dando lugar a síntomas como ansiedad, irritabilidad, nerviosismo y debilidad.

Su diagnóstico diferencial excluye el aumento de peso como causa de otras alteraciones psicológicas como los trastornos del humor, y los tratamientos con fármacos a largo plazo que pueden generar obesidad.

3.6 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

Según el CIE-10 (1999), también en los trastornos disociativos de conversión pueden presentarse eventos repetitivos de vómito como síntoma propio del trastorno. Los factores emocionales en el embarazo igualmente contribuyen a la aparición de vómitos y náuseas en un periodo mayor a los tres primeros meses de gestación.

3.7 Otros trastornos de la conducta alimentaria.

El CIE-10 (1999) define este acápite como la disminución psicógena del apetito, en ocasiones es de origen orgánico en los adultos.

3.8 Trastornos de la conducta alimentaria sin especificar.

El CIE-10 no expone ninguna definición dentro de esta categoría, pero posterior a las clasificaciones anteriormente mencionadas se consideraría en este grupo a los trastornos de alimentación que no cumplen los criterios para ser diagnosticado en otro acápite.

CAPITULO IV: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES OBTENIDAS POR MARA SELVINI-PALAZZOLI Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR IDENTIFICADAS EN LAS MUJERES QUE PRESENTAN TRASTORNOS DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN LA CLÍNICA NOOS.

Como se planteó anteriormente, el presente estudio se llevó a cabo en la Clínica ambulatoria Noos de la ciudad de Quito. Para esto se formuló una entrevista semiestructurada diseñada para investigar sobre la dinámica familiar de las pacientes que cumplieron con los criterios para formar parte del estudio.

Con respecto a la metodología se decidió optar por el método de estudio de casos, Yin “lo considera una herramienta valiosa de investigación, pues su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (citado en Martínez, 2006: 67).

Martínez (2006) señala cuatro características que validan esta metodología: 1) permite examinar o indagar sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real, 2) no existe fronteras claras entre el fenómeno y su contexto, 3) se puede utilizar múltiples fuentes de datos y 4) se puede estudiar tanto un caso único como múltiples casos.

Estos señalamientos metodológicos han sido tomados en cuenta para escoger la metodología a usar en el presente estudio, pues al entrevistar a las pacientes se logró indagar en la dinámica familiar desde su entorno, hemos utilizados diferentes fuentes de información entre ellas la entrevista semiestructurada, el acceso a sus historias clínicas y la posibilidad de dialogar con la terapeuta y nutricionista responsables del tratamiento, todo en estrecha confidencialidad. Así mismo, debido a que solamente tuvimos acceso a tres casos que cumplen con los criterios

definidos para la muestra, esta metodología es la que encaja adecuadamente, pues considera válido el estudio de uno o más casos.

Para el presente estudio se trabajó con los tres casos obtenidos. Se entrevistó únicamente a las pacientes desde un enfoque sistémico, pues esta técnica nos permite analizar la percepción que la paciente tiene de su familia y como ella influye en la dinámica familiar que se ha producido en el sistema, es mediante el discurso de cada una de las entrevistadas que se ha obtenido la información que permite conocer cómo se conforma la estructura o juego familiar. Inicialmente se examinó las entrevistas previamente grabadas en audio bajo el consentimiento informado de las entrevistadas, posteriormente se enlazó y enriqueció dicha información con las historias clínicas de las pacientes y finalmente se aclaró ciertos aspectos por medio del diálogo con las profesionales de la clínica.

Tomando en cuenta los aportes teóricos de Mara Selvini-Palazzoli y Salvador Minuchin, se buscó identificar los siguientes conceptos en cada una de las pacientes estudiadas: situación personal, modalidades de funcionamiento comunicacional, liderazgo familiar, sentimiento de culpa, relación de la pareja paterna, la paciente en relación con sus padres, hermanos y hermanas, límites, roles, jerarquías, alianzas, coaliciones. Todos estos aspectos se enfocarán desde lo expuesto por la paciente, y finalmente se realizará un análisis comparativo entre los datos obtenidos en la Clínica Noos y el cuerpo teórico en el que se basa la investigación.

4.1 Caso (X)

Situación personal:

El primer caso (X) corresponde a una joven estudiante de psicología de 22 años, que padece anorexia nerviosa desde los 17 años y que ha recibido tratamiento psicológico y nutricional desde los 19 años. Inicialmente reporta no haber mejorado con su primer tratamiento individual ya que en el proceso se desarrolló una fuerte contratransferencia que impidió su avance. Posteriormente optó por cambiar de terapeuta e inició como interna diurna en una clínica ambulatoria, algunos profesionales de esta clínica decidieron desligarse y formar la Clínica Noos, la paciente decidió continuar su tratamiento en esta nueva clínica. Actualmente la paciente refiere que continúa en terapia individual y que ha recibido terapia familiar; su madre también está en terapia individual. (X) se encuentra estable y se evidencia en su discurso los avances de su proceso.

En la actualidad la paciente vive con su padre de 51 años quien trabaja como productor de televisión, su madre de 48 años es decoradora y realiza trabajos esporádicos pues se dedica enteramente al cuidado del hogar, su hermana mayor de 24 años es arquitecta y su hermano menor de 20 años estudia cine.

Con respecto a la familia ampliada (X) menciona que su abuela paterna tiene Alzheimer y que ellos se encargan de su cuidado. Por su parte sus abuelos maternos tienen buena salud y viven en Guayaquil, con ellos mantienen una relación cercana aunque no se ven constantemente. Al referirse a los tíos comenta que únicamente su tía mayor por parte de padre vive en el país y que con ella están siempre en contacto, igualmente mantienen una relación cercana con la hermana menor de su madre y sus hijas, con su tío materno la relación se define como distante e incómoda.

Como datos relevantes (X) menciona que su madre sufrió un infarto cerebral y que luego a su padre le detectaron cáncer.

Modalidades de funcionamiento comunicacional:

El discurso expuesto por la paciente identifica a su familia dentro de una comunicación con un alto nivel de coherencia entre el aspecto verbal y el no verbal, según (X) esto es consecuencia del cambio que se ha producido por el proceso terapéutico familiar que ha llevado a cabo la familia desde que ella fue diagnosticada con anorexia. Pues expone que en el clímax del síntoma, la familia presentaba características de divorcio emocional entre sus miembros, la comunicación era deficiente, cada subsistema se encontraba aislado y se evitaba hablar de los conflictos existentes. Verbalmente se exponía a la “familia perfecta” como lo menciona la paciente, pero internamente vivían desligados unos de otros.

Liderazgo familiar:

La paciente no refiere información sobre dificultad en el liderazgo familiar.

Sentimiento de culpa:

Este aspecto se manifiesta en la madre, quien al inicio de la enfermedad se presentaba a sí misma como la “sacrificada”, ya que había asumido al 100% el cuidado de su hija y estaba excesivamente pendiente de su recuperación.

Relación de la pareja paterna:

Inicialmente la paciente percibía la relación de sus padres como distante, con escasa comunicación y poco tiempo de pareja por el extenuante trabajo del padre. Actualmente debido al movimiento que ha surgido en el sistema, posterior al trastorno, se identifica más cercanía entre los padres e incluso con el subsistema filial, aunque sigue existiendo cierta reserva al relacionarse con el padre.

La paciente en relación con sus padres:

La paciente considera que la relación con su madre era distante y poco expresiva afectivamente, igualmente esto ha sufrido cambios, pues ahora mantiene una buena relación con su madre, ya que ha logrado mejorar ciertos aspectos de la comunicación que la incomodaban. Con respecto al padre (X) expone que siempre ha sido la más cercana a él y que aunque tiene un carácter muy explosivo, se siente más cómoda interactuando con él.

Hermanos y hermanas de la paciente:

La relación con su hermana mayor indica un alto grado de competitividad, con su hermano menor se evidencia mayor cercanía, aunque con ambas partes se han presentado conflictos propios de la convivencia. La paciente considera que actualmente mantienen una buena relación.

Límites:

Lo comentado por la paciente devela una familia desligada con límites rígidos, situación que también ha ido mejorando después del tratamiento de (X) pues actualmente el intercambio de información fuera y dentro del sistema se da más ampliamente y aunque se respeta la independencia de cada miembro ahora no se deja de lado la convivencia y el aspecto afectivo.

Roles:

El padre cumple el rol de proveedor y la función de autoridad en el hogar, la madre por su parte se ha encargado siempre del cuidado del hogar. Con respecto al subsistema fraterno actualmente no hay evidencia de una inversión de roles intergeneracionales.

Jerarquías:

La situación de poder se ve encarnada por la autoridad del padre, no solo por el sustento económico sino también por la función reguladora.

Alianzas y coaliciones:

Existe una aparente alianza de desviación de conflicto entre los padres de la paciente pues el síntoma que padece la hija ha restado importancia a las otras problemáticas familiares y ha unido a los padres en función del bienestar de la hija.

Análisis comparativo

El primer caso no reúne las características necesarias para ser considerado en los dos grupos de “juegos sucios” señalados por Selvini-Palazzoli, pero si se evidencia una *alianza* desde el enfoque de Minuchin. Esta sería una alianza denominada *desviación de conflictos o designación de chivo emisario*, pues los padres permanecen unidos frente al síntoma de la hija, la misma que es percibida como el problema familiar; esto se evidencia en las palabras de (X): “Todas las cosas que se acumulaban en el día (...) todo lo canalizaban en mí, entonces yo era la culpable de todo, porque no comía.”

Al referirse a las *modalidades de funcionamiento comunicacional*, es necesario mencionar que la terapia familiar e individual que ha recibido el sistema ha producido cambios en el tipo de comunicación que imperaba en la familiar, pues inicialmente los modos de comunicación eran ineficientes ya que no existía un verdadero intercambio de información entre subsistemas y se evitaba abordar temas que podrían generar conflicto, ya que aunque internamente las interacciones entre sus miembros estaban generando malestar, lo que primaba era la apariencia de “familia feliz” anteriormente expuesta por la paciente. Actualmente este sistema familiar presentan mayor concordancia en la información que se maneja entre subsistemas, las incongruencias a nivel digital y analógico han disminuido y se permite un adecuado intercambio comunicacional entre el subsistema conyugal y el filial. Este aspecto coincide con lo expuesto por Selvini-Palazzoli en 1974.

Con respecto al *liderazgo y la culpa*, la entrevista no refiere datos que evidencien un estilo de liderazgo irresponsable de los padres frente al síntoma de la paciente. En cambio la culpa se ve reflejada en la madre, quien ha asumido el rol de “sacrificada”, es vista por la paciente como la única que se preocupaba por ella al cuidarla constantemente mientras que el padre se mantenía distante; esto es expresado claramente en la siguiente frase: “Mi mamá con la enfermedad sufría muchísimo, mi papá se mantenía más como distante no opinaba no decía nada... ella me cuidaba en la casa y me cuidaba de que coma lo suficiente, de que cuando decía que me iba a bañar no vaya a vomitar, me pasaba golpeando la puerta, me pasaba diciendo ¿cómo estás?”. Se debe señalar la ausencia afectiva percibida por la paciente por parte de la madre, como una de las causas que le han hecho asumir este rol. La madre puede haber ligado el síntoma de su hija a su escaso involucramiento emocional y para contrarrestar esta carencia se ha volcado 100% a su cuidado, como una forma de alivianar su responsabilidad y subsanar su sentimiento de culpa.

Al referirnos a la *relación de pareja*, entendemos a los padres de (X) como una pareja con gran distanciamiento emotivo y comunicacional, pues si bien, el trabajo terapéutico ha permitido que la madre pueda comentar más ampliamente sus ideas y ha logrado que el padre comparta mejor sus emociones; en el momento de la eclosión del síntoma la paciente recuerda la relación de sus padres como coartada por el carácter del padre. Esto queda explícito en la siguiente frase: “Lo único malo sería la comunicación, porque nadie le puede decir nada a mi papá (...) Muchas veces mi papá se desfoga simplemente lanzándote el comentario hiriente y nadie le dice nada, bueno ahora ya se le dice porque mi mamá se deprimió mucho y también estuvo en terapia (...)”

Considerando la información levantada en la entrevista la *relación de la paciente con sus padres* se entiende dentro del grupo de anoréxicas B. La paciente se percibía distante afectivamente a su madre y más cercana a su padre quien cumplía el papel de referente afectivo, a pesar de ser figura de autoridad se siente más involucrada emocionalmente con él; esto se evidencia en el siguiente ejemplo: “es él quien se da cuenta cuando algo me pasa, sí le cuento mis cosas y ahora él me cuenta muchísimas de sus cosas. La relación es súper buena, creo que de los tres soy yo la más cercana a mi papá.” Tomando en cuenta que la paciente evidencia gran mejoría en su síntoma, es necesario mencionar también que el desapego afectivo que imperaba en su relación con la madre ha sufrido cambios, pues ahora la paciente se siente más involucrada con su madre, comparte actividades con ella y ha aprendido a exteriorizar ciertas acciones de su madre que le generaban molestia.

Al hablar sobre la dinámica que se genera entre *la paciente y sus hermanos y hermanas*, se debe señalar que el presente caso es el único que tiene una hermana y un hermano de edades relativamente similares a la paciente; (X) tiene 22 años y su hermana 24 años, la relación ha sido percibida como buena pero en constante competición, igualmente la paciente percibió muy poco involucramiento de su hermana en el transcurso de su enfermedad; estos aspectos son similares a los expuestos por la autora, la siguiente frase evidencia esta dinámica: “Pero ella ya se dio cuenta bien tarde, aunque yo creo que se hacía la cojuda.” Del mismo modo, el hermano menor de (X) tiene 20 años, con él la relación se percibe como cercana y confiable y considera que su hermano reaccionó con iras frente a la enfermedad; teniendo en cuenta que la diferencia de edad entre ambos no es muy amplia y que los estudios de la autora no identifican un grupo en el que pueda encajar esta relación, tomaremos como referencia el grupo de hermanos claramente menores. Con respecto a este, la situación que muestra similitud a lo dicho por Selvini-Palazzoli es la

envidia por la relación más cercana que el hermano menor tiene con la madre, los otros aspectos no coinciden. Esto se evidencia en la siguiente frase: “Eh con mi mamá, la relación es también muy buena pero mi mamá y mi hermano pequeño se llevan mejor, porque le protege muchísimo.”

Con respecto a los *límites*, dicha familia se concibe inicialmente con límites rígidos, pues el intercambio de información entre miembros de la familia era escaso y existía una inoperante comunicación entre el subsistema conyugal y filial, de igual manera no se permitía a los hijos opinar sobre las situaciones familiares, cualquier decisión se tomaba entre los padres y se les informaba a los hijos sin tomar en cuenta su opinión. La siguiente frase recalca este período: “Antes cuándo había algún problema como el económico, únicamente lo hablaban mis papás, ellos decidían todo y nosotros ni siquiera nos enterábamos que estábamos ni bien ni mal de plata, o sea no sabíamos nada (...)”. Posteriormente debido al trabajo terapéutico realizado en el hogar se evidencian cambios en la rigidez de los límites, la comunicación se ha abierto, se concibe decisiones en consenso familiar y se permite el intercambio relacional con otros sistemas; la frase “entonces desde ahí ya hacían esas reuniones y nos preguntaban que podíamos hacer, nuestra opinión y nos sentimos más partícipes, aunque creo que las reuniones se hacen solo cuando la crisis es máxima.”, “Ahora si tratamos de pasar más tiempo, por ejemplo el domingo preguntan si comemos juntos, si estamos de acuerdo, y es opcional y podemos invitar a nuestros novios o un amigo.”

Dentro de los roles, la familia de la paciente cumple con lo que se espera socialmente en nuestra época. El padre de la paciente se ha posicionado como principal proveedor, mientras que la madre se encarga del cuidado de la casa y los hijos; (X) manifiesta: “De todo nuestro cuidado cuando éramos chiquitos se encargaba mi mamá, de llevarnos al médico, al colegio, todo mi

mamá, porque mi papá siempre ha trabajado mucho (...)” Con respecto al rol que ocupan los hijos en el hogar, es preciso señalar que el discurso de la paciente actualmente no da cuenta de inversión de roles en el ámbito fraterno.

Finalmente en lo que a *jerarquías* respecta, se considera que el poder en el hogar lo ostenta el padre, sin embargo debido al ya comentado cambio que se ha producido en el sistema, el poder según lo dicho por la paciente se comparte en el subsistema parental y se involucra a los hijos en la toma de decisiones, esto se indica a continuación: “Normalmente cuando todo está tranquilo los que toman las decisiones son mis papás, aunque más mi papá él es el que decide, él delega”, “O sea trato siempre de pedirles el permiso a los dos, aunque mi papá es el que nos da la plata. Siempre es entre los dos ese tipo de decisiones.”

Un aspecto que debe señalarse dentro de esta dinámica familiar, es cómo a pesar de las constantes ausencias del padre a causa del trabajo, la paciente hizo alianza con él. Esto puede deberse a que la paciente sintoniza con el distanciamiento familiar del padre y se alía a él como identificación por su perspectiva de exclusión con respecto a la madre en relación a sus hermanos, esto se expresa en la siguiente frase: “hubo un punto en el que ya nadie hablaba con mi papá, la única que hablaba era yo, pero para mí también era súper fuerte, llego un punto en el que yo llorando le decía ¡reacciona!”. Por ende esta alianza con el padre puede ser resultado de esa búsqueda de atención, la misma que fue satisfecha con el miembro de la familia que al igual que ella estaba aislado de los demás subsistemas.

También puede estar relacionado con la identificación del síntoma, pues según manifiesta en su discurso su padre tuvo problemas de adicción, lo cual nos lleva a pensar que esta alianza padre-hija, puede haber surgido en función al reconocimiento de su sufrimiento en el otro.

4.2 Caso (Y)

Situación Personal:

El segundo caso (Y) pertenece a una muchacha bachiller de 18 años, quién fue diagnosticada con anorexia nerviosa a los 16 años por el departamento psicológico de su colegio. Posteriormente recibió atención psicológica individual sin mayores resultados, pues comenta que al inició no consideraba al trastorno como una enfermedad y por ende no le prestaba atención a las indicaciones de la doctora. Hace aproximadamente una año la paciente se encuentra recibiendo tratamiento en la Clínica Noos, expone que presentó episodios de bulimia lo cual le hacía sentir muy desgastada y que fue esto lo que le hizo aceptar otras alternativas para su tratamiento; (Y) se encuentra recibiendo terapia individual, familiar y nutricional para tratar su trastorno, actualmente se encuentra estable y continúa en el proceso.

La familia de la paciente está conformada por su padre de 52 años, que trabaja en el oriente desde hace más de 12 años y es ingeniero petrolero, su madre de 50 años se dedica al cuidado de la casa y su hermana mayor de 20 años es estudiante de medicina y hace cuatro años fue diagnosticada con trastorno depresivo, por lo cual recibió tratamiento psiquiátrico.

Con respecto a la familia ampliada la paciente expone que su abuela paterna falleció cuando su padre era un niño, situación que desencadenó una fuerte depresión no tratada en su momento. Por su parte tiene dos tías mayores a su padre y una tía menor a él, también tiene dos tíos del nuevo matrimonio de su abuelo. La paciente manifiesta que tienen una buena relación con sus tías, pero que no se ven mucho con el abuelo. Por el lado materno tiene dos tíos mayores y dos tíos menores a su madre, sus dos abuelitos están vivos y tienen buena salud. Igualmente comenta ser más cercana a este lado de la familia, en especial a sus primos.

Modalidades de funcionamiento comunicacional:

La comunicación en esta familia muestra dificultades a nivel no verbal, aparentemente todos se llevan bien, pero todos prefieren evitar comentar sus conflictos a los otros, cada subsistema se aísla, generando un distanciamiento afectivo y comunicacional entre sus miembros. Nadie asume responsabilidades en la relación, y los mensajes que se emiten generan contradicciones emocionales, esto podría estar relacionado con el trastorno depresivo que presenta la hermana y su propio trastorno.

Liderazgo familiar:

Según los datos obtenidos en este caso, la indiferencia del padre frente a los trastornos que han desarrollado sus hijas se puede entender como dificultad de liderazgo desde el rol paterno, pues él no ha asumido las responsabilidades que engloba tratar dichos síntomas.

Sentimiento de culpa:

La madre es quien ha asumido el papel de “sacrificada”, pues la paciente ha percibido que en ausencia del padre es la madre quien siempre está con ella y la que ha estado pendiente de su recuperación.

Relación de la pareja paterna:

En la entrevista se logra identificar que la pareja prioriza la función parental, la poca convivencia entre padre y madre puede haber generado distanciamiento en este subsistema, su relación se centra en los roles parentales que cada uno debe cumplir.

La paciente en relación con sus padres:

A través del discurso se evidencia una relación más estrecha con la madre, la paciente percibe mayor cercanía con ella que con cualquier otro miembro de la familia. Con respecto al padre manifiesta tener una buena relación, sin embargo recalca constantemente su ausencia por

motivo laboral, al parecer esta situación ha propiciado una convivencia casi exclusiva con la madre, pues se la percibe como ente central del funcionamiento familiar. La entrevistada mantiene una relación privilegiada con la madre, pues en ausencia del padre es ella quien la acompaña en sus actividades diarias.

Hermanos y hermanas de la paciente:

Se expone una relación de rivalidad entre hermanas, sobre todo en relación a la madre, la situación depresiva de la hermana se percibe como la causa de su distanciamiento afectivo con la madre y con la paciente; (Y) considera que actualmente la relación con su hermana ha mejorado, ya que ambas han estado recibiendo tratamiento para sus respectivos trastornos, lo cual ha generado cambios en las características de su relación.

Límites:

Las características fronterizas que presenta esta familia, la clasifican como un sistema con límites rígidos, pues existe una mal llamada “autonomía” entre sus miembros, nadie se preocupa por lo que le pasa al otro y se evita involucrarse en las situaciones “personales”; este aspecto se identifica más claramente en el padre y la hermana de la paciente, aparentemente existe mayor cercanía entre madre-hija, sin embargo la paciente evita intercambiar información incluso con su madre.

Roles:

El rol del padre se cumple como proveedor pero ausente en lo que a autoridad se refiere, por su parte la madre siempre se ha encargado del cuidado de la casa. Con respecto a las hijas se puede señalar una posible alteración en el rol de hija que le corresponde a la paciente, pues ella en ocasiones funge como la pareja simbólica de la madre.

Jerarquías:

En esta familia la madre ostenta la función de poder y autoridad, este aspecto se mantiene estable con o sin la presencia del padre.

Alianzas y coaliciones:

Existe una coalición intergeneracional inadecuada entre madre-hija, pues su relación de exclusividad mantiene fuera de la díada a un tercero, el padre. Igualmente es notoria la exclusión de la hermana. También se evidencia una alianza triárquica desviadora-atacadora, pues a pesar de que el padre considera innecesario el tratamiento psicológico para el trastorno que presenta la paciente y que la madre decidió unívocamente que la hija inicie el tratamiento, los padres han dejado de lado su desacuerdo conformando esta alianza en aras de la salud de su hija.

Análisis comparativo

En el presente caso podemos evidenciar dos tipos de dinámicas relacionales, la primera nos habla de una *coalición intergeneracional inadecuada* entre madre-hija, la misma que Selvini-Palazzoli denomina *embrollo*. Esta se refiere a una relación exclusiva que excluye a un tercero, en este caso se puede considerar a la hermana de la paciente como la excluida, pues la constante ausencia del padre lo coloca en una posición pasiva y momentánea en el sistema. Por otro lado también se puede identificar una alianza entre los padres de la paciente, llamada *triada desviadora-atacadora*, la misma que se entiende como la aparente unión paterna en favor del bienestar de la hija que presenta el síntoma, pero, en el fondo no existe un acuerdo en la forma de sobrellevar el problema y una de las partes se muestra como la sacrificada. Este aspecto se evidencia en el siguiente discurso: “La verdad no recuerdo quien se dio cuenta primero de mi problema de alimentación, pero creo que fue mi mamá, luego mis papás hablaron y fue mutua la decisión de ir a un tratamiento. Pero igual yo sé que mi papá no estaba cien por ciento seguro,

porque él es de las personas que piensan que no necesitas ayuda, sino que tú sola debes ver como lo resuelves.” Igualmente la madre se muestra como la que soporta el problema porque es quien se encuentra dedicada exclusivamente a la casa. Pues al trabajar fuera de la ciudad el padre se percibe como un ente ajeno al conflicto, que únicamente está presente en el sistema 15 días al mes.

En el aspecto *modalidades de funcionamiento comunicacional* la familia de (Y) experimenta una comunicación contradictoria pues no existe relación entre lo que se dice verbalmente y lo que se expresa en el ámbito analógico; por ejemplo la paciente manifiesta que la comunicación en el hogar es muy buena, sin embargo las dos hijas de la familia han desarrollado síntomas que están ligados a una comunicación de doble sentido, en la cual es imposible relacionar lo que se manifiesta verbalmente con lo que se expresa física y emocionalmente, por ende lo que se percibe fuera de lo verbal es una atmósfera hostil. En base a lo manifestado por la autora este tipo de comunicación es consecuencia del nivel de gravedad del síntoma.

Sobre *liderazgo y culpa*, se puede indicar que la paciente revela en su discurso los aspectos necesarios para considerar la indiferente del padre ante el síntoma como una dificultad de liderazgo, pues no se ha involucrado ni responsabilizado de su tratamiento, únicamente es un espectador pasivo de las acciones que toma su esposa; esto se evidencia en la siguiente frase: “Mi mami si fue a dos o tres terapias conmigo y también asistió a las terapias de mi hermana con el psiquiatra, eso sí ha sido de mucha ayuda.” Dentro de la culpa se debe mencionar que al igual que en el caso (X) la madre de la paciente asume el papel de “sacrificada”, pues es ella quién se muestra más involucrada en el tratamiento. Lo cual se manifiesta en la siguiente frase: “Mi mamá era la que más se acercaba, porque como ella estaba más tiempo en la casa, estaba súper

loca y pasaba chequeándome que hacía veinte cuatro horas al día, mi papi en cambio era solo por el teléfono, me decía que esté tranquila y cosas así.”

Siguiendo con el análisis la paciente refiere la *relación entre sus padres* como buena, la característica que presenta similar al estudio de la autora es que tienen la función parental como principal; pues la madre es la que se ocupa totalmente de sus hijas y del funcionamiento del hogar, esto se evidencia en la siguiente frase: “es que siempre estamos con mi mamá y es ella la que se encarga de todo.” Ya que el padre trabaja fuera de la ciudad, se puede suponer cierto distanciamiento afectivo en la pareja, cuya relación se centra principalmente en sus roles paternos. El padre ha revivido el sentimiento de abandono y escasa fiabilidad que experimentó con la muerte de su madre nuevamente con su esposa, que lo deja de lado en pro del cuidado que necesita su hija enferma. Esto coincide con las características expuestas por la autora, ya que esta dinámica familiar se desarrolla con un padre que se distancia afectivamente de la familia prefiriendo aislarse del conflicto, y una madre que reexperimenta sus carencias de la infancia por la indiferencia emocional percibida de su esposo, propiciándole sentimientos de tristeza, esto se refleja en la siguiente frase: “yo no quería causarle más dolor a mi mamá con lo de la anorexia porque yo sabía que mi mamá estaba mal y súper triste por la depresión de mi hermana.”

Sin embargo la paciente expone que el tiempo que su padre pasa en casa ellos conviven constantemente aunque su comunicación puede ser entendida como superficial, ya que la paciente menciona: “Ellos tienen una buena relación, o sea la comunicación es buena (...) pero que no expresan ciertos sentimientos.”

Al referirse a la *relación de la paciente con sus padres* las características de su dinámica familiar la colocan en el grupo de anoréxicas A, pues está principalmente ligada afectiva y relacionalmente con su madre y según se analiza en su discurso la situación laboral del padre ha

marcado una brecha entre ellos, que, si bien están en contacto no se involucran afectivamente, es más, ella toma a su madre como el punto de unión de este vínculo; este señalamiento se entiende en las siguientes palabras: “Mi papá no trabaja aquí, trabaja en el oriente entonces viene cada catorce días, cuando viene si nos llevamos bien porque mi mamá se encarga de mantenernos a todos bien (...)”

Para analizar a la *paciente en relación con su hermana* se debe considerar que la diferencia de edad es de apenas 2 años y que la hermana sufre de depresión, hecho destacado en las investigaciones de Selvini-Palazzoli ya que coincide con la experimentación de síntomas como inestabilidad emocional, asimismo se puede indicar cierta rivalidad fraterna la misma que se expresaba en relación a la madre; para ejemplificar se expone lo dicho: “Entonces yo trataba de estar bien con mi hermana, pero también le decía que se calme, porque le trataba muy mal a mi mamá, por eso ese tiempo yo tenía muchas irás con mi hermana.” Por otro lado el discurso de la paciente no evidencia despreocupación de su hermana sobre el síntoma, se puede señalar que dentro del cuadro depresivo sí pudo haber surgido cierta indiferencia, esta situación se puede observar en la siguiente frase: ““Mi hermana nunca me decía nada, pero si le dolía, porque yo era su hermana pequeña. A los 16 años mi hermana sufrió depresión y ella si pasaba súper mal, no hablaba, pasaba encerrada en un cuarto (...)”

Con respecto al análisis de *límites*, la familia de la paciente presenta características que se pueden relacionar con límites rígidos, pues la comunicación que fluye dentro y fuera del sistema se maneja desde la figura materna y existe una negación de los cuatro miembros del sistema por expresar emociones e intercambiar información, igualmente es notorio la escasa preocupación que muestra el padre frente a los síntomas que han producido sus hijas; para ejemplificar este tipo de límites redactaremos parte de la entrevista de la paciente: “Mi papi sabe que hay ciertas

cosas que pasan, pero intenta no meterse”. Así mismo, las reglas que regulan la información que sale y entra en el sistema familiar son rígidas, este se entiende en la siguiente frase: “Yo no quise que nadie sepa de mi problema de alimentación, les dije a mis papás que no cuenten a nadie, ni a mis abuelos; no sé, es que la gente no siempre reacciona como uno espera.”

Los *roles* por su parte se exponen como adecuados culturalmente, pues el padre se encarga del sustento económico y la madre del cuidado de la casa y las hijas; esto se ve reflejado en lo expresado por la paciente: “De las cosas de la casa, cuentas y eso se encarga mi mamá, ella va a pagar y así. Pero el dinero lo da mi papá. Cuando están los dos y nos enfermamos o algo pasa, los dos nos llevan al médico pero sino solo mi mamá, es que siempre estamos con mi mamá y es ella la que se encarga.” También se puede señalar que debido a la ausencia del padre en ocasiones la paciente asume el rol de pareja de la madre; esto se evidencia en palabras como: “La que más pasa tiempo con mis papás soy yo, o sea yo siempre he estado más con ellos que mi ñaña, como en su etapa depresiva mi hermana le trataba súper mal a mi mami, yo pasaba más con ella y le tenía iras a mi hermana.”

Con respecto a la *jerarquía* podemos señalar que el poder se encuentra esencialmente en la figura materna, quizás la ausencia del padre, por circunstancias laborales, ha dado paso a que sea la madre quien ostenta este lugar, posiblemente porque ella está en el entorno familiar constantemente; para ejemplificar el hecho (Y) expone lo siguiente: “Las decisiones siempre las toma mi mamá, me dice: esto está pasando y tienes que hacer esto; eso pasó cuando decidieron que inicie el tratamiento.”

Dentro de este caso, llama la atención los cuadros sintomáticos que presentan las hijas y la aparente depresión no tratada que sufrió el padre en su infancia. Es inherente manifestar que la muerte de la abuela paterna parece estar relacionada a la depresión del padre de la paciente,

posiblemente como catalizador del cambio que sufrió la dinámica familiar de su hogar. Al relacionarlo con el síntoma de las hijas se podría hacer referencia de igual manera, a la ausencia en este caso del padre, quien se percibe como un observador pasivo, lo que ha propiciado que el subsistema fraterno desarrolle estrategias para adaptarse a su ausencia. La primera por medio de la depresión, esta puede ser entendida como una reacción frente a la exclusión de la coalición intergeneracional entre madre e hija o como una identificación con ese padre que también está solo y se aísla al igual que ella. En el caso de la paciente que estudiamos podemos sugerir que la anorexia también surge como adaptación a la ausencia del padre, pues de esta manera la madre al estar preocupada por el síntoma de su hija dejaría de lado la angustia que le causa la ausencia de la pareja.

4.3 Caso (Z)

Situación Personal:

El caso (Z) concierne a una mujer economista de 31 años, quien menciona padecer bulimia desde hace 11 años, pero que nunca antes había recibido atención especializada en este trastorno alimenticio. En febrero del presente año la paciente presenta una crisis de anorexia con alto grado de desnutrición y excesiva pérdida de peso, por lo cual decide buscar ayuda especializada e inicia su tratamiento en la Clínica Noos, dónde por primera vez la diagnostican con anorexia y bulimia nerviosa, actualmente solo asiste a consulta nutricional en este espacio, ya que por consenso familiar la terapia individual y familiar la reciben en otros centros. El trastorno de la paciente se encuentra en una etapa crónica, debido al tiempo que lleva enferma síntomas como la pérdida de peso, el vómito auto infringido, el ejercicio excesivo siguen siendo parte de su cotidianidad, y aunque expone sentirse mucho mejor, el trastorno oscila entre episodios anoréxicos y bulímicos. La paciente también está siendo tratada por un diagnóstico de depresión, por el cual consume antidepresivos y ansiolíticos bajo prescripción psiquiátrica.

La paciente es oriunda de Riobamba y vino a estudiar la universidad en Quito a los 19 años, su familia está formada por su padre de 62 años que es médico, su madre de 58 años que es terapeuta familiar y su hermana de 35 años quien está casada y tiene un hijo de 14 años y una niña de 8 años. En este momento la paciente vive con su madre en la ciudad de Quito, pues ella se encarga de proporcionarle los cuidados necesarios para tratar su trastorno, aunque su padre continúa viviendo en Riobamba todos los fines de semana él la visita.

En relación a la familia ampliada, la paciente menciona que ninguno de sus abuelos paternos o maternos están vivos. Tiene cinco tíos y tres tías por parte de su padre, con quienes no convive frecuentemente debido a que ellos viven fuera de Riobamba, por parte de su madre

únicamente tiene una tía a quien considera su segunda madre, (Z) se muestra más cercana a este lado de la familia especialmente a su prima.

Actualmente la paciente mantiene una relación de pareja desde hace un 1 año, ella comenta que aunque al inició de su relación no se sentía satisfecha, desde que se encuentra en tratamiento su novio se ha convertido en una persona muy importante para sobrellevar su enfermedad, es él quien está pendiente de todas las necesidades que surgen en la paciente.

Modalidades de funcionamiento comunicacional:

Esta familia muestra una evidente contradicción e incluso descalificación entre el aspecto verbal y no verbal de la comunicación. La paciente habla constantemente de la unidad familiar y la cercanía afectiva que tiene con su padre, sin embargo tuvieron que pasar 11 años para que los padres asuman que la hija necesitaba ayuda profesional para enfrentar su trastorno. Esto evidencia una fuerte incongruencia entre el mensaje verbal que se maneja en la familia y la atmosfera relacional del sistema.

Liderazgo familiar:

Frente al síntoma que la paciente presenta, ninguno de los padres acepta la responsabilidad familiar que conlleva que una de sus hijas haya generado un Trastorno de Conducta Alimentaria. El discurso de la paciente indica que durante sus 11 años de trastorno, sus padres sí se daban cuenta que algo pasaba, sin embargo ninguno de ellos quiso empoderarse de la situación.

Sentimiento de culpa:

Según el discurso de la paciente se puede inferir que el sentimiento de culpa está presente en el padre, ya que es él, quien ha tolerado y ha sabido manejar las intransigencias de la madre en pro de la unión familiar, por ende se lo categoriza en el rol de “aguantador”.

Relación de la pareja paterna:

Aunque la paciente considera que la relación de sus padres es buena, es trascendental señalar que se percibe como “buena” porque lo adecuado para la paciente ha sido que su padre soporte el carácter de su madre, por ende se debe señalar que la relación de pareja está basada en la complementariedad desde la autoridad y la sumisión. En consecuencia existe un gran distanciamiento comunicacional y emocional en el subsistema conyugal.

La paciente en relación con sus padres:

Existe una relación exclusiva entre el padre y la paciente, la cercanía es extrema y esto se vive como adecuado en la familia. Por su parte la relación con la madre ha estado llena de conflictos, situación que la paciente considera consecuencia de la intransigencia y control que tiene la madre sobre toda la familia. En la actualidad la paciente dice sentir que la relación con su madre ha mejorado aunque el discurso evidencia que las problemáticas persisten.

Hermanos y hermanas de la paciente:

En este caso (Z) comenta que la relación entre ella y su padre siempre ha generado envidia por parte de su hermana, manifiesta que siempre han sido muy unidas pero que desde que está en tratamiento se han distanciado sustancialmente.

Límites:

La familia se percibe como aglutinada, por ende los límites son difusos. No existe autonomía entre sus miembros, especialmente entre la paciente y sus padres, todas las decisiones se toman en conjunto y no existe límites al opinar o comunicar, la familia se concibe como “muy unida”. Por su parte la hermana ha formado un nuevo sistema familiar, el cual le ha permitido establecer fronteras más flexibles con su familia de origen, pues según comenta la paciente su hermana ahora pasa más preocupada de su esposo e hijos.

Roles:

En esta familia el rol del padre se cumple únicamente como proveedor, los deberes y derechos que le corresponden al padre son nulos. La madre se ha encargado del cuidado de la casa y del bienestar de sus hijas. Existe también una inversión de roles generacionales, la paciente ha ocupado a lo largo de su vida el papel de pareja del padre, como parte de la adaptación que ha requerido el sistema frente a la inoperancia de la madre como esposa.

Jerarquías:

El poder y autoridad familiar está dada por la figura materna, la misma que se basa en el control, sin embargo existe un juego de poder por parte de la paciente que desde su síntoma controla todos los aspectos que se desarrollan en la familia.

Alianzas y coaliciones:

Como ya se mencionó anteriormente la paciente y su padre mantienen una relación intergeneracional muy fuerte, la misma que sería entendida como coalición intergeneracional inadecuada, pues aparentemente se forma en contra de un tercero (madre) que se percibe como amenazador y poco asequible.

Análisis comparativo

En este caso se debe señalar que el “juego sucio” que cumple con las características en esta dinámica familiar es el *embrollo*, conocido por Minuchin como *coalición intergeneracional inadecuada* entre padre-hija, es una relación diádica intergeneracional que excluye a un tercer miembro, la madre. Esta relación de exclusividad se ve amenazada por el distanciamiento geográfico de la paciente, el mismo que al dejar solos a la pareja pone en riesgo su unión con el padre, por lo tanto genera el síntoma que le obliga a la madre a preocuparse por ella y propicia que el padre siga colocándola como prioridad inclusive a la distancia. Esta coalición le ha restado

autonomía a la paciente, ella necesita constantemente la aprobación del padre para tomar cualquier decisión incluso las más sencillas, por su parte el padre asume este rol satisfactoriamente posiblemente para contrarrestar su nulidad jerárquica en el subsistema conyugal.

Considerando que el estado de la paciente es crónico se debe indicar que las *modalidades de funcionamiento comunicacional* en esta familia atraviesan una gran incongruencia a nivel digital y analógico, en ocasiones el mensaje se descalifica por la incoherencia que plantea lo que se dice y lo que se vivencia en realidad. Un aspecto que denota este modelo comunicacional es la apariencia de pareja unida de los padres, esto evidencia una descalificación del mensaje ya que lo que vive internamente la pareja es un divorcio emocional, pues como lo ha manifestado (Z) únicamente se mantienen unidos por sus hijas. Sin embargo lo que la paciente ha percibido es que la pareja mantiene una buena relación efectivamente por este aspecto no verbal que es considera incoherente, la siguiente frase ejemplifica el concepto: “sí, en realidad él se hubiera puesto firme al tomar sus decisiones seguramente hubieran estado divorciados”; es decir la paciente es consciente de que el padre no tiene un papel activo en el sistema pero considera a esto adecuado porque sus papás no se han divorciado como otras parejas.

Al referirnos al *liderazgo y culpa*, según lo manifestado por la paciente ambos padres presentan las características necesarias para ser considerados como padres con dificultad de liderazgo, pues según Selvini-Palazzoli (1974) esto hace referencia al grado de responsabilidad que asumen los padres frente al síntoma de su hija. Dentro de este caso es notorio que ninguno de ellos quiso asumirse como parte del síntoma que desarrolló (Z) y tampoco pretendieron hacer cara a la dificultad hasta que el trastorno se hizo insostenible. Al abordar la culpa se debe mencionar que el padre es percibido por la paciente como “aguantador”. Dentro de esta dinámica

culposa el padre puede haber asumido este rol porque nunca pudo defender a sus hijas de las intransigentes decisiones de la madre, por ende ahora le toca aguantar a él este juego familiar en el que se presenta como sometido al poder de su esposa, en función del bienestar familiar. Así mismos podemos mencionar que desde que la hija inició su tratamiento el padre continua cediendo en el sistema, ahora en función de la paciente pues ha permitido que su esposa se vaya a vivir fuera del hogar, posiblemente en función de alivianar su culpa por no haberse dado cuenta antes del malestar de su hija “preferida”.

Sobre la *relación de pareja* la paciente expone que siempre se han llevado bien, sin embargo al indagar en el discurso se muestran constantes peleas por el dominante posicionamiento materno sobre el padre, igualmente es evidente el distanciamiento emotivo de la pareja, pues basan su relación en su función de padres. Según comenta (Z) su madre siempre ha sentido que su esposo les da un lugar preferencial a las hijas, especialmente a la paciente. Por su parte el padre ha optado por ser únicamente un eficiente proveedor, evitando la necesidad de fortalecer el subsistema conyugal.

Dentro de los grupos que determinan la *relación de la paciente con sus padres*, se ubica a la paciente en el grupo B, ya que es evidente una fuerte coalición intergeneracional entre padre e hija que excluye a la madre a quien percibe como controladora, juzgadora y poco accesible. El vínculo con el padre en este caso es demasiado estrecho lo que de una forma u otra ha causado no solo el aislamiento de la madre sino también el de la hermana mayor de la paciente; pues según su propio discurso ambas se han sentido excluidas. Lo cual se evidencia en las siguientes frases: “Mi papi también es bueno con mi hermana, o sea a ella también le apoya en un montón de cosas pero no es la misma relación que tienen conmigo (...)” “Con mi mami es con la que más problemas he tenido.” Frente a esta evidente coalición entre padre-hija, el discurso de la

paciente también da señales del intento de la madre para entablar una alianza con el actual novio de (Z) probablemente como compensación personal a su dinámica familiar, este aspecto se observa en lo siguiente: “a veces hemos tenido problemas con mi mami porque ella se hace a lado de él y nunca escucha las dos versiones y siempre está a favor de él, porque para ella yo soy la mala, la gritona, la pegona y él es el buenito pobrecito (...)”

Ahora abordaremos la *relación de la paciente con su hermana*, (Z) tiene 31 años y su hermana 35, actualmente su hermana está casada por lo que ya no comparten el mismo tiempo que antes. La paciente menciona que su hermana siempre ha tenido envidia de la relación que ella tiene con su padre y que desde que se manifestó abiertamente su enfermedad su hermana se alejó mucho de ella. Este discurso encuentra relación con lo expuesto por Selvini-Palazzoli (1999) sobre las hermanas cercanas a la edad de la paciente, la despreocupación que muestra la hermana y la constante competencia que surge por la diada de privilegio que la paciente ha desarrollado con su padre son las características señaladas; dicha dinámica se enmarca en el siguiente discurso: “Entonces mi hermana siempre se ha sentido como que a ella nadie la para bola y siempre ha sentido un poco de envidia conmigo por eso”, “Con mi ñaña siempre me he llevado súper bien (...) pero desde que me enferme nos hemos alejado un montón.”

Ahora bien, esta familia corresponde notoriamente al tipo de *límites* difusos, pues no existe autonomía entre sus miembros ni reglas claras para relacionarse, esto se evidencia en el excesivo involucramiento padre-hija que marca la insana intromisión de un subsistema en otro, asimismo el enorme poder de la madre en las decisiones que concierne a sus hijas, es un factor que les ha restado autonomía a los demás subsistemas. La paciente percibe esta fuerte unión familiar como buena, pero dentro del análisis es indispensable señalar su aglutinamiento; palabras como las siguientes escenifican dicho límite: “Mi mami vino a vivir conmigo más o

menos desde diciembre, y se quedó aquí. Mi papi sigue viviendo en Riobamba, pero viene todos los fines de semana o si no nosotros vamos (...) es que somos súper pegados, súper unidos, entonces sino iba yo, ellos venían” “Siempre que mis papis peleaban yo trataba de que se reconcilien porque si me siento muy triste y al final yo siempre iba donde mi papi”, “Ahora que está aquí mi mami, cuando salgo con mi novio le aviso lo que voy hacer, o a veces la llevo conmigo, es que ahora al menos no me dejaban sola ni un segundo.”

Acercas de los *roles*, esta familia está organizada dentro de lo socialmente esperado, el padre se encarga del sustento económico y la madre del cuidado de la familia, esto se comenta en las siguientes frases: “De las cuentas y los gastos de la casa siempre se ha encargado mi papi, de pagar todo a tiempo de que haya dinero para la comida (...)” Como parte del análisis es relevante señalar el rol de pareja que cumple la paciente en relación a su padre, pues el distanciamiento de este subsistema parental le ha permitido a la paciente apoderarse de este papel, así como revela el siguiente enunciado: “Mi papi siempre se ha hecho más a mí, me cuenta a mi todo lo que mi mami le dice o cosas así.”

Al referirse a la *jerarquía*, se entiende que el manejo del poder lo ostenta la madre y el padre se percibe como un observador pasivo del sistema, pues así lo ha distinguido la paciente a lo largo de su vida. Sin embargo su discurso también revela que su enfermedad la ha colocado en una posición de poder, que si bien no es directa se evidencia en frases como: “Ahorita todo en familia se decide en función mía, si salimos a comer o alguna reunión depende si hay comida para mí, si yo no me voy a sentir mal con lo que comen los otros y si no mejor no vamos.” Igualmente la siguiente frase muestra la autoridad de la paciente sobre el padre: “cuando veíamos películas en familia casi siempre escogía yo, por ejemplo cuando vamos a comprar películas con mi papi siempre escojo yo y luego él ve, si le gusta bien y sino igual escogí yo.” Este aspecto

puede ser entendido desde Selvini-Palazzoli pues para ella el poder no permanece estable como para Minuchin, sino que puede pasar de un subsistema a otro como parte de las circunstancias y el posicionamiento que surge en el “juego familiar”.

Como parte de la dinámica familiar abordada, se considera relevante ampliar el rol de la pareja de la paciente en el sistema. Se puede considerar que el novio ha venido a sustituir al padre en la dinámica familiar que se genera en Quito, es él quien, según la paciente, está al 100% encargado de todas sus necesidades y caprichos, como en Riobamba lo hacía su padre. Frente a esta nueva pareja la madre queda triangulada por segunda ocasión y hace intentos por generar una coalición con el novio excluyendo a un tercero (hija) con quién existe una aparente identificación, pues cada una de ellas funge como pareja dominante en su relación.

Otro aspecto interesante es que él padre de la paciente mantiene un sentimiento ambivalente con respecto a la pareja de su hija, pues aunque considera que es una buena persona le preocupa que sus actitudes y acciones se asemejen a las de él. Esto se expone en el discurso de la paciente: “Mi papá se preocupa, porque dice que es una relación muy parecida a la que él tenía con mi mamá”. Esta preocupación podría interpretarse como si el padre siente amenazada la relación de exclusividad con su hija y por ende su rol en el juego familiar, esto ha ocasionado que se “sacrifique” nuevamente enviando su esposa a Quito, aspecto que de una u otra manera está impidiendo que la relación de la paciente se fortifique. También podemos considerar que al verse reflejado en el novio de su hija el padre ha adquirido cierta conciencia de las dificultades que existen entre él y su esposa y cómo estas han afectado al funcionamiento y relaciones que se han establecido entre subsistemas, por tanto sugiere implícitamente a su hija que no repita su patrón conyugal.

CONCLUSIONES

Se concluye que, la Escuela de Milán se ha ido construyendo desde el aspecto comunicacional al relacional, sus avances teóricos han logrado ampliar la visión netamente sistémica familiar al aspecto individual por medio del “juego familiar”. Este busca entender por qué determinada familia se vincula con un síntoma en específico, además juega dentro de una circularidad en la cual no excluye el pasado del individuo sino que lo toma en cuenta como parte de sus circunstancias en el presente. Dentro de los aportes expuestos por esta escuela encontramos la caracterización de los modos de acción que presentan las familias con sintomatología alimentaria, se describe cómo se establece la comunicación, las alianzas, el liderazgo y la culpa; y cómo estas influyen en las relaciones que la paciente manifiesta con sus padres y con sus hermanos y hermanas.

En relación a la Escuela Estructural su principal postulado es que no se puede aislar al síntoma, sino que se debe considerar a todos los miembros del sistema como parte y responsable del mismo. Este sistema está en constante movimiento, generando las denominadas “pautas transaccionales”, las mismas que se entienden según los límites, roles, jerarquía, alianzas y coaliciones que se establecen de acuerdo a la posición que ocupa cada subsistema dentro del sistema. Dicho intercambio comunicacional y relacional es considerado por el autor como adecuado o patológico.

También se conceptualizó la dinámica familiar como el punto de unión que conjuga al denominado “juego familiar” o la “estructura familiar”; ya que conocer los conceptos de cada autor, hizo posible identificar las características y el funcionamiento familiar de los casos entrevistados.

El análisis comparativo realizado a partir de la investigación bibliográfica y práctica, concluye que la descripción de Mara Selvini-Palazzoli sobre la comunicación es similar a los tres casos estudiados, pues según el discurso recopilado, las familias de dos de las pacientes que aún presentan una sintomatología grave tiene una modalidad de comunicación contradictoria a nivel digital y analógico, mientras que uno de los casos evidencia nuevos parámetros de comunicación, debido a lo avanzado de su proceso terapéutico. Este tipo de comunicación está generando que se fortalezca el síntoma en las pacientes, porque las relaciones que se establecen entre subsistemas están marcadas por una comunicación contradictoria a nivel digital y analógico, lo cual desestabiliza a los subsistemas propiciando que uno de ellos genere el síntoma para mantener el equilibrio de todo el sistema. Para intervenir en este aspecto es necesario exponer la hipótesis de juego familiar que ha originado el síntoma, en este caso el estilo de comunicación y proponer un nuevo juego que le resulte menos perjudicial al sistema.

Por su parte la dificultad de liderazgo que expone la autora, coincide en dos de los casos abordados, uno de ellos se centra en la indiferencia del padre frente al síntoma y el otro en la falta de involucramiento de ambos padres en el trastorno de conducta alimentaria de su hija. El sentimiento de culpa se identifica en la dinámica familiar de las tres participantes del estudio, dos de las madres asumen este sentimiento por medio del sacrificio y uno de los padres ocupa el lugar de “aguantador” frente a la culpa; estos aspectos concuerdan con lo manifestado previamente por la autora. El análisis de la dinámica de estas familias ofrece claramente la posibilidad de entender al síntoma como funcional dentro del sistema y dicho análisis genera una posición diferente con respecto a las posibilidades de tratamiento. Uno de los abordajes que sería factible usar sería la redefinición del síntoma por medio de la técnica denominada connotación positiva, la cual busca cambiar la cognición que se tiene sobre el síntoma, para

entenderlo como el sacrificio que hace la paciente identificada (salvadora) para mantener el equilibrio de su familia; al lograr esto la dinámica de la familia se transforma, pues la atención ya no está dirigida a un solo subsistema y se empieza a considerar también las otras interacciones posible en el sistema.

Al referirse a la relación entre los padres de la paciente, se concluyó que las parejas conyugales de los dos casos pertenecientes al grupo de anoréxicas “B”, cumplen con las características de conflictos constantes y distanciamiento emocional causado por las coaliciones generacionales inadecuadas que se han generado con las pacientes. Asimismo la relación de pareja de los padres de la paciente del grupo de anoréxicas “A”, también muestra concordancia con la teoría. Al enfocarse en la hipótesis de que en dos de estas familias existe el “embrollo” como juego sucio, se podría recurrir terapéuticamente a la técnica descrita como serie invariable de prescripciones, la misma que busca cambiar las secuencias conductuales que imperan en el sistema, estipulando nuevas conductas como las salidas exclusivas del subsistema conyugal; este movimiento del juego familiar propiciaría una reorganización jerárquica y un adecuado empoderamiento de los roles ya que ubicaría simbólicamente a la paciente en su papel de hija.

En la relación de la paciente con sus padres, se logró identificar dos participantes que mantienen una relación exclusiva padre-hija (grupo “B”), aunque en diferente nivel según el grado en el que se encuentra la enfermedad. Igualmente se determinó un caso con una diada madre-hija (grupo “A”). Esto indica que la clasificación señalada por la autora se asemeja a los tres casos estudiados y que dentro de estos no se contó con ningún participante que concuerde con el grupo de anoréxicas “C”. Siendo las relaciones de las pacientes con uno de sus padres el juego familiar sobre el cual se va a intervenir, se podría recurrir al modelo de prescripción paradójica, con el cual se dispondría que la respectiva diada conviva constantemente por un

periodo de tiempo rígido, dejando de lado la interacción tanto con el sistema familiar como con el suprasistema; esto con el objetivo de generar confusión en el sistema al punto de que dicha conducta se vuelve insostenible y la díada genere otra dinámica relacional.

Otro punto trabajado es la relación de la paciente con sus hermanos y hermanas, todos los casos estudiados cumplen con las peculiaridades de la relación que se establece con una hermana de edad similar a la de la paciente, la competitividad y la despreocupación por el síntoma las definen. A la par tenemos la relación con un hermano mayor y con un hermano/a ostensiblemente menor que la paciente; el primer tipo no se cumple en ningún caso y el segundo se asemeja únicamente en la situación de envidia por parte de la paciente frente a la relación que mantiene la madre con el hermano menor. Para intervenir en esta juego familiar se puede utilizar las prescripciones directas, las mismas que señalan una alternativa a la secuencia conductual que está siendo percibida como conflictiva en el sistema. Las opciones deben ser planteadas desde adentro del sistema, es decir entendiendo cómo se han establecido las interacciones familiares, esto permitirá que las tareas puedan ser aceptadas y puesta en práctica.

Como se ha evidenciado en la presente investigación el enfoque sistémico brinda un amplio espectro de trabajo en lo que respecta a los Trastornos de Conducta Alimentaria. Profesionalmente nos permite incursionar en el sistema familiar de la paciente para entender sus interacciones y trabajar desde ellas para mejorar el síntoma y disminuir las posibilidades de que la paciente tenga una recaída. Para esto nos brinda enriquecedoras técnicas de intervención las mismas que han sido avaladas anteriormente por escuelas como la de Milán y que están a nuestro alcance como profesionales.

Considerando la relevancia y los aportes que ha tenido la terapia sistémica en este campo, podemos concluir que los centros, clínicas o instituciones que en nuestro país abordan

profesionalmente este síntoma deben tomar en cuenta a la terapia familiar en su abordaje multidisciplinario como uno de los ejes de acción que permiten trabajar en la dinámica familiar que sostienen el síntoma. En caso de que las intervenciones se lleven a cabo únicamente desde una perspectiva, se reitera la importancia de trabajar el síntoma de la paciente tanto desde el área médico, nutricional y psicológico tomando en cuenta el aspecto individual y familiar, pues como seres humanos estamos conformados por un conglomerado de singularidades de igual valor y al dejar de lado o desvalorizar determinado aspecto, incurrimos en un desequilibrio que no favorece nuestra adaptación al cambio y al entorno.

Finalmente, después del acercamiento teórico y del análisis comparativo se puede confirmar la hipótesis planteada, pues las características de la dinámica familiar planteadas en los estudios de Mara Selvini-Palazzoli coinciden en funcionamiento, comunicación y relación a las características de la dinámica familiar identificadas en los tres casos estudiados.

RECOMENDACIONES

Para el tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria se recomienda a los profesionales indagar a profundidad sobre cómo se han ido desarrollando en la familia las interacciones, conductas y relaciones. De esta manera se podrá entender las pautas transaccionales que están relacionadas a determinado síntoma; lo cual posibilita la comprensión del papel que juega el síntoma en el sistema familiar.

Debido a que existe coincidencia entre el estudio de Selvini-Palazzoli y los tres casos presentes en la Clínica Noos se recomienda tomar en cuenta las características de la dinámica familiar de la sintomatología abordada, como parte de la entrevista clínica que se realiza a una paciente que acude a consulta psicológica, pues se ha manejado cada aspecto de manera esquemática brindando al profesional la posibilidad de indagar en cada punto de manera eficaz.

Dentro del trabajo terapéutico familiar se recomienda a los profesionales profundizar en los aportes teóricos y técnicos de la Escuela de Milán para tratar la anorexia y bulimia nerviosa, pues como se ha recalcado a lo largo de la investigación sus teorizaciones ayudan a comprender el juego familiar de estas pacientes y las técnicas expuestas son útiles para generar movimiento en el sistema.

Terapéuticamente también es recomendable trabajar la dinámica familiar del sistema afectado, porque al producir cambios en el todo que ha desarrollado el síntoma existe mayor probabilidad de que la paciente identificada no sufra una recaída cuando el sistema vuelva a funcionar sin la aparente presión del síntoma.

Es de vital importancia abordar los Trastornos de Conducta Alimentaria desde un marco multidisciplinario que permita intervenir en la paciente desde una visión global, que toma en cuenta el aspecto médico, nutricional y psicológico, tanto individual como familiar.

Se recomienda considerar al individuo en su totalidad y en relación a su contexto porque de este modo, aunque puede ser extenso el análisis, se obtendrá información adicional necesaria para comprender como el sujeto influye y está influido por su interacción consigo mismo y con el entorno.

Dentro de la formación académica se recomienda incluir en el plan de estudios de Psicología Clínica al Enfoque Sistémico a profundidad, dando a los estudiantes la posibilidad de enriquecer sus conocimientos de manera teórica y práctica, aprovechando el sinnúmero de técnicas que utiliza la terapia sistémica en sus intervenciones.

REFERENCIAS

- Ackerman, Nathan (1961). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós Ediciones Horme.
- Bertalanffy, Ludwig Von (1968). *Teoría General de los Sistemas*. (Sexta reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, Luigi y Bertrando, Paolo (2005). La terapia Sistémica de Milán. En Roizblatt, A. *Terapia Familiar y de Pareja*. (pp. 224-241). Chile: Editorial Mediterráneo.
- Camacho, Javier (2006). *Panorámica de la Terapia Sistémica*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>
- Espina, Alberto. Ortego, María. Ochoa, Iñigo (2002). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_1_4.pdf
- Espina, Alberto (2009). Terapia Familiar Sistémica en los Trastornos Alimenticios. *Personalidad, madurez humana y contexto familiar*. Recuperado de http://diariodeunacomunicadora.files.wordpress.com/2011/08/tatf_doc1.pdf
- Martínez, Piedad (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, vol. (20), 165-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Minuchin, Salvador (1974). *Familias y Terapia Familiar*. (Octava reimpresión). España: Editorial Gedisa.
- Minuchin, Salvador (1985). *Calidoscopio Familia*. España: Editorial Paidós.

- Navarro, José (1987). Límites de integración de modelos en Terapia Familiar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. (20), 19-38. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14915>
- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, Dorys (2008). *La Terapia Familiar Sistémica*. (Primera edición). Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Rodríguez, María (2011). *Dinámica Familiar según Ackerman*. (Disertación de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Recuperado de Repositorio digital de la PUCE <http://ftp.puce.edu.ec/handle/22000/3443>
- Selvini-Palazzoli, Mara. Boscolo, Luigi. Cecchin, Gianfranco y Prata, Guiliana (1980). Hipotetización – Circularidad – Neutralidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión. *Escuela de formación en Terapia Familiar Sistémica*, vol. (5), 1-11. Recuperado de [http://www.mcano.com/stirpe/files/DOCUMENTO%20SELVINI%20ARTICULO%20hipotetizaci%C3%B3n%20circularidad%20neutralidad%20\(1980\).pdf](http://www.mcano.com/stirpe/files/DOCUMENTO%20SELVINI%20ARTICULO%20hipotetizaci%C3%B3n%20circularidad%20neutralidad%20(1980).pdf)
- Selvini-Palazzoli, Mara. Boscolo, Luigi. Cecchin, Gianfranco y Prata, Giuliana (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. (Segunda edición). España: Editorial Paidós.
- Selvini-Palazzoli, Mara. Cirrillo, Stefano. Selvini, Mateo. Sorrentino, Anna (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. (Segunda edición). España: Editorial Paidós.
- Selvini-Palazzoli, Mara. Cirrillo, Stefano. Selvini, Mateo, Sorrentino, Anna (1999). *Muchachas Anoréxicas y Bulímicas*. (Primera edición). España: Editorial Paidós.

Selvini. Mateo (1990). *Crónica de una investigación*. (Primera edición). España: Editorial Paidós.

Umbarger, Carter (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Argentina: Editorial Amorrortu.

ANEXOS

Aspectos de la entrevista semiestructura sobre dinámica familiar

- Datos Personales

Nombre:

Edad:

Profesión

- Genograma
- ¿Cuándo inicio su problema de alimentación?
- ¿Quién se dio cuenta del problema de tu problema de alimentación?
- ¿Quién tuvo la iniciativa de venir a la clínica?
- ¿Cómo crees que han reaccionado tus padres con respecto a tu problema de alimentación?
- ¿Cómo crees que han reaccionado tus hermanos con respecto a tu problema de alimentación?
- ¿A qué se dedican los miembros de la familia?
- ¿Cómo se relaciona la paciente con los miembros de la familia?
- ¿Cómo describes la relación entre tus padres?
- ¿Cómo crees que tu madre describiría la relación con tu padre?
- ¿Cómo crees que tu padre describiría la relación con tu madre?
- ¿Cómo has reaccionado cuando tus padres discuten? ¿un ejemplo?
- ¿Cómo reacciona tu padre cuando discutes o te enojas con mamá?
- ¿Cuándo hay alguna dificultad familiar como lo resuelven? (deciden todos, papá, mamá)
- ¿Quién se encarga de las cuentas, pagos, etc.?
- ¿Quién los lleva o llevaba al colegio, al médico?

- ¿Pides permiso para salir de casa? ¿A quién le pides permiso para salir? ¿Hasta qué hora suelen darte permiso?
- ¿A quién acudes cuando tienes algún problema personal?
- ¿Cuándo te sientes ansiosa a dónde acudes?
- ¿Cuándo te enfermas quien se encarga de cuidarte?
- ¿Qué actividades realizan en familia? ¿Quién decide que hacer/ ver? ¿Quién maneja el control remoto?
- ¿Cuándo tienes algún gasto (comprar ropa, maquillaje) a quien le pides el dinero? ¿Con quién haces las compras?
- ¿Qué actividades haces solo con mamá /papá?
- ¿Cómo celebran las actividades festivas navidad/ año nuevo? ¿Dónde festejan? ¿Qué hace cada miembro de la familia?

Caso (X)

Realizada el 1 de julio del 2014

Duración: 69 minutos

(X) entrevistada, (E) entrevistadora

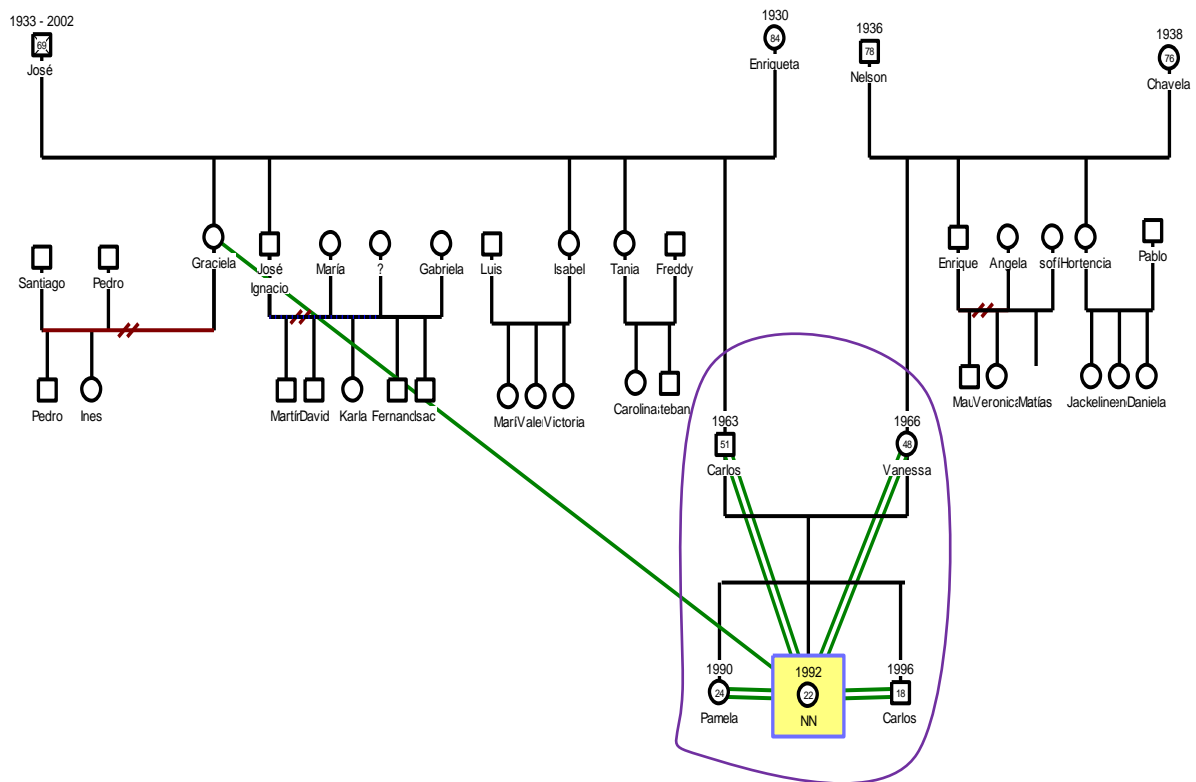
- **Datos Personales**

Nombre: N.N

Edad: 22 años

Profesión: estudiante de psicología

Genograma



(E): ¿Por cuántos miembros está conformada tu familia?

(X): Somos cinco en total: mi mamá que tiene 48 años, mi papá de 51 años, mi hermana mayor de 24 años, de ahí voy yo que tengo 22 y mi hermano menor que tiene 18 años. Ninguno de ellos está casado y todos vivimos juntos.

(E): ¿Tú padre cuantos hermanos tiene?

(X): Mi papá tiene un hermano mayor y tres hermanas, mi abuelo falleció y solamente mi abuela de 84 años está viva, mi papá es el último hijo. Mantenemos una relación cercana con mi tía la mayor, porque solo ella vive aquí, el resto vive en el exterior, una tía vive, en Brasil, la otra en Alemania y la otra vive en España.

Todos están casados, la primera tiene una hija y un hijo varón, mi tío se ha casado como mil veces, en realidad no sé cuántas, pero tiene del primer matrimonio dos hijos y tiene otra hija que no estuvo en ningún matrimonio y de ahí tiene dos hijos más de su matrimonio actual. Mi tía de Alemania tiene tres hijas mujeres y mi tía de España tiene dos hijos, un varón y una mujer de su matrimonio actual.

(E): ¿Cómo está conformada la familia de origen de tu mamá?

(X): Mi mamá es la mayor de su familia, tiene un hermano intermedio y una hermana menor, mi tío también está casado, es su segundo matrimonio. Del primer matrimonio tiene un hijo varón y una mujer y del actual un hijo varón. Mi tía que vive en Guayaquil tiene tres hijas mujeres.

Tenemos mayor contacto con mi tía, ella vive viajando a Quito y con mis primas somos muy cercanas, pero mi tío como que se alieno solito porque tiene una esposa que es medio difícil, entonces nunca hubo como una relación tan cercana, con mi tío no tengo nada de confianza, es medio incomodo cuando vamos a manta a visitarles, de sus hijos con mi primo es con el que más

nos llevamos, de ahí mi prima es media antipática y no tenemos relación, somos más ajenos a ellos.

(E): ¿Y tus abuelos paternos y maternos?

(X): Mi abuela paterna tiene alzheimer y vive alado de nosotros, por eso pasa siempre con nosotros, que somos los más cercanos a ella. Toda la parte económica, médicos y vainas así es mi tía la que se encarga y nosotros nos encargamos del día a día. Ella vivió en muchos sitios entonces nunca sabe dónde está y se pierde a veces, entonces hay que ubicarla o sacarle a dar una vuelta, visitarla por la tarde o conversar, pero lo hacemos entre todos. Para la comida y eso, vive con una señora que es como nuestra niñera de toda la vida y ahora es la niñera de mi abuela, entonces ella le cuida y le cocina.

Mis abuelos paternos están muy bien, viven en Guayaquil, mi abuela no trabaja pero vive en sus cosas de oraciones, mi abuelo todavía trabaja en una fábrica de hielo. No nos vemos mucho pero si hablamos por teléfono, es bien cercana la relación.

(E): ¿A qué se dedican los miembros de tu familia?

(X): Mi papá es productor de televisión y mi mamá decoradora, mi hermana estudia arquitectura y mi hermano estudia cine, mi hermana ya se graduó y mi hermano va a empezar la carrera.

(E): ¿Cuándo inicio tu problema de alimentación?

(X): El problema de alimentación inició más o menos cuando tenía como 16 años empecé a ser que una dieta que otra dieta, que no sé qué. Cuando en serio empezó fue a los 17 y ahí inicié terapias.

Tuve que ir de ley a la psicóloga, con ella estuve hasta los 19 años, pero también mientras estuve en el tratamiento me empeoré full, o sea no logré como mantenerme, sino que fui en picada porque yo seguía bajando de peso, no estaba comprometida en el tratamiento, muchas veces no

le decía la verdad a la nutricionista, le obviaba no le contaba completo a la psicóloga las cosas y según yo no estaba enferma, no estaba lo suficientemente enferma como para tener que estar en tratamiento.

(E): ¿Quién se dio cuenta del problema de tu problema de alimentación?

(X): Mi mamá fue la que se dio cuenta, porque estaba por irse de viaje con mi papá y me dijo que se daba cuenta que no comía bien y que estaba todo el tiempo midiéndome, preocupada de si había bajado de peso o no y según ella sí había bajado. Entonces me hizo una pseudointervención y me dijo que tenía que ir donde una psicóloga, entonces ahí ella se quedó tranquila y se fue a su viaje.

(E): ¿Quién tuvo la iniciativa de venir a la clínica?

(X): O sea yo llegue a la Clínica Noos a los 19 años, o sea primero fue al Decenter y algunos profesionales de ahí se abrieron y yo me fui con ellos a fundar esta clínica. Pero el primer tratamiento con la psicóloga que te conté fallo porque hubo una como contratransferencia con mi psicóloga y ella se frustraba de una forma tremenda y se ponía a llorar y me dijo que tenía que irme donde otro psicólogo. De ahí empecé en el Decenter, en este sitio estuve como de interna en el día, de ahí me fui a España como unas dos semanas y fue fatal porque estuve sola con mi tía, con quien ni siguiera me llevaba muy bien. Me fui de paseo porque me había graduado, pero fracasó a las dos semanas porque realmente no estaba bien, perdí el control que había “ganado” en esas dos semanas y mi tía no lo supo manejar, entonces decidimos juntas que yo regrese.

(E): ¿Cómo crees que han reaccionado tus padres con respecto a tu problema de alimentación?

(X): Mi mamá con la enfermedad sufría muchísimo, mi papá se mantenía más como distante no opinaba no decía nada, pero mi mamá se frustraba. Yo me acuerdo que había veces en el

almuerzo, que era lo más incómodo porque había conflicto, yo lo visualizaba todo como un conflicto, no sólo por comer sino porque todas las peleas en mi casa eran en la comida, en mi familia siempre comemos juntos, es el momento en que cada uno cuenta su día, entonces siempre había conflicto y mi mamá era la que más sufría, porque ella me cuidaba en la casa y me cuidaba de que coma lo suficiente, de que cuando decía que me iba a bañar no vaya a vomitar, me pasaba golpeando la puerta me pasaba diciendo ¿cómo estás?. Mi mamá se frustraba full, porque era como el guardia de la casa, lo que hacían las terapeutas en el día en la clínica ella lo hacía en la noche. Por ejemplo yo hacía como tres horas de deporte, y cuando llegaba a casa no comía nada, entonces mi mamá se ingeniaba para alimentarme con lo poco que comía, ella se hacía bolas, porque no sabía cómo más ayudarme.

Mi papá solo me decía, estás flaquísima por Dios ¡ya, ya, ya!, me decía que se veía horrible, o sea como que pensaba que diciéndome eso me iba a ayudar. También me decía, oye tú sabes que te queremos, tú sabes que estamos muy orgullosos de ti, tienes que cuidarte. Pero nunca opinaba nada, o sea a la hora de la comida se ponía muy tensa.

Es que todas las cosas que se acumulaban en el día, salían a la hora del almuerzo, los problemas entre mis papás, cosas que les pasaba a mis hermanos y todo lo canalizaban en mí, entonces yo era la culpable de todo, porque no comía.

(E): ¿Cómo crees que han reaccionado tus hermanos con respecto a tu problema de alimentación?

(X): En la hora de la comida mis hermanos también se sentían incómodos, primero porque no entendían que me pasaba, ya que ni mis papás ni yo les dijimos nada. Yo me ponía la ropa de mi hermana y de repente su ropa me quedaba enorme y ella se preocupaba. Cuando ellos ya se enteraron que pasaba, mi hermana se hizo pedazos, porque ella realmente no cayó en cuenta

hasta que un día, yo me probé un pantalón de ella, y ella solo me dijo ¡quítate! Entonces ella se puso muy mal y me preguntó qué me pasaba y empezamos a hablar, me decía que tenía que curarme, que tenía que estar bien. Pero ella ya se dio cuenta bien tarde, aunque yo creo que se hacía la cojuda o pensaba que yo vivía a dieta, porque ella siempre ha sido muy vanidosa, entonces quizás pensó que yo estaba a dieta por tener un bonito cuerpo, pero nunca lo vio como una enfermedad hasta que se dio cuenta que si era realmente un problema. Pero me cuidaba sacándome de fiesta con sus amigos, para que me distraiga, ella como que me trataba de sacar de toda la enfermedad y de todo ese ciclo de depresión horrible en el que estuve.

Mi hermano en cambio es bien reservado, pero hacía cosas como no dejarme usar su baño o había veces que no bajaba a comer con nosotros y cuando comía con nosotros y empezaba la pelea, solo cogía su plato y se iba, entonces más que tristeza o preocupación lo expreso con muchas iras conmigo.

(E): ¿Cuéntame cómo es la relación con tu hermana y hermano?

(X): Con los dos la relación es muy buena, pero es bien diferente, con mi hermana siempre nos hemos llevado mejor porque somos bien cercanas en edad, pero ha habido bastante competitividad a lo largo de mi vida, (yo con ella). O sea siempre como que le idealicé y eso me causo un distanciamiento con ella, pero actualmente nos llevamos muy bien. En cuestión del peso ella para mí era perfecta, entonces cuando yo estaba más flaca, solo quería seguir bajando.

Con mi hermano nos peleábamos obviamente cuando éramos niños, de ahí a medida que fuimos creciendo nos acercamos más. Cuando mi hermana se fue un año a Europa nos unimos más, él me cuenta sus cosas, me cuenta cosas a mí que no cuenta a nadie más o hay cosas que yo le cuento a él, pero en general él me cuenta más cosas. Somos muy cercanos los tres.

(E): ¿Cómo describiría tu relación con tu padre?

(X): Con mi papá es súper buena, pero es una persona bien difícil porque tiene un genio bien fuerte y entonces a mí en general me daba miedo contarle las cosas, porque no quiero que se enoje conmigo, siempre trato de hacer todo bien para que él esté contento, pero él es muchísimo más afectivo que mi mamá por ejemplo. Él da muchos abrazos o compra muchas cosas, esa es su manera de acercarse. Pero su carácter si marco nuestra relación, él es súper autoritario y no le gusta que le digan cosas que no le gusta oír, cuando alguien se le enfrenta pierde la cabeza.

Entonces eso es lo único que yo siento que ha marcado una diferencia, porque yo no siento la confianza de enfrentarme a él, cuando no estoy de acuerdo con algo. Pero es también el que se da cuenta cuando algo me pasa, yo sí le cuento mis cosas y ahora él me cuenta muchísimas de sus cosas. Sin embargo, la relación es súper buena, creo que de los tres soy yo la más cercana a mi papá.

(E): ¿Cómo describirías la relación con tu madre?

(X): Eh, con mi mamá es también muy buena pero mi mamá y mi hermano pequeño se llevan mejor, porque le protege muchísimo. Conmigo es buena, pero mi mamá es muy jovial y hay veces que quiere ser más mi amiga, quiere que le cuente cosas y así quiere acercarse y todo y sí hay cosas que le cuento, pero yo sí creo que le cuento más las cosas a mi papá. De ahí mi mamá es muy buena siempre me acompaña a todo y sí compartimos espacios y todo, pero hay veces que si me hace falta que me abrace. Ella es muy cerrada cuando algo le pasa se cierra totalmente y no cuenta nada simplemente se pone mal genio y a mi mamá verla mal genio es raro porque es la persona más zen del universo y si es extraño verla así y no cuenta nada.

(E): ¿Cómo describes la relación entre tus padres?

(X): La relación entre mis padres es buena creo que se complementan bastante, porque mi papá es medio explosivo y súper cerrado, extremadamente perfeccionista, es cuadrado, totalmente cuadrado; pero también es súper artístico, le encanta la música y leer. En cambio mi mamá siempre está de buen humor, tiene un estado zen siempre, le encanta la meditación es súper despelotada, no se sabe organizar, llega tarde a todo lado, se olvida de las cosas, entonces se complementan porque también mi mamá logra relajarle a mi papá bastante y creo que eso es muy bueno.

Lo único malo sería la comunicación, porque nadie le puede decir nada a mi papá y mi mamá también se traga muchas cosas que tiene que decirle a mi papá. Muchas veces mi papá se desfoga simplemente lanzándote el comentario hiriente y nadie le dice nada, bueno ahora mi mamá sí le dice, porque mi mamá se deprimió mucho y también estuvo en terapia cuando yo estuve en terapia, porque así como es tan positiva absorbe todas las energías negativas para que el ambiente de la casa siempre sea bueno, entonces se deja un poco de lado.

(E): ¿Cómo crees que tu madre describiría la relación con tu padre?

(X): Mi mamá describiría su relación con mi papá como mucha paciencia, pero se nota a leguas que hay mucho amor, porque se siente que se quieren muchísimo.

(E): ¿Cómo crees que tu padre describiría la relación con tu madre?

(X): En cambio mi papá diría que la relación es maravillosa, pero también diría paciencia porque mi mamá es tan desorganizada y eso le saca de sus casillas.

(E): ¿Cómo has reaccionado cuando tus padres discuten? ¿un ejemplo?

(X): Cuando tenía como doce años y mis papás estaban peleando yo me metí y le decía: ¡papá ya, ya te explicó! y mi papá me gritaba ¡no te metas! entonces a partir de ahí cuando ellos se

pelean, solo es muy tenso el ambiente y me pone mal, o sea me pone mal, me pongo de mal genio porque no me puedo meter. Después converso con mi mamá o con mi papá, más con mi mamá solamente me suelta lo que le molesto ese rato y yo trato de aconsejarle, como de forma distante, pero sí me quedo un poco cargada, sobre todo porque no puedo solucionar ese problema y me da mucha pena como mi mamá se siente. Es que no hay cosa que me rompa más el corazón que verle a mi mamá llorando o no entender porque mi papá esta tan mal genio.

Bueno poco a poco fui entendiendo que tampoco es mi papel solucionarles los problemas a ellos, pero sí fue difícil.

Siempre han tenido esa apariencia de pareja perfecta, de familia ideal, de las cosas feas no se hablaban, hasta que me enferme y de ahí todo se volvió tensionante. Fuera de mi problema con la comida éramos la familia perfecta, cuando en realidad había millón de conflictos. Entonces todo este proceso fue como aterrizarles a todos y dejar de verles como mis súper héroes, empezar a verles como personas que tienen sus dificultades también.

(E): ¿Si tuvieras que escoger un bando qué bando escogerías?

(X): No escogería ningún bando, porque tampoco se trata de darle la razón a mi mamá, aunque mi papá es bien explosivo, porque tampoco me gustaría dejarlo solo a mi papá, porque a pesar de tener ese carácter, y sea súper duro tratar con él cuando esta así de bravo también es súper sensible, creo que la agresividad es como su mecanismo de defensa, porque todos mis tíos de parte de papá son así.

(E): ¿Y en tu casa hay alguien que tenga ese carácter?

(X): Mi hermana, mi hermana no dice nada es súper competitiva en todo lo que hace, es muy mal genio, extremadamente mal genio, ahora ya no tanto. Es que también hubo un proceso de terapia familiar muy intenso, en el que si bien mi hermana fue a un par de terapias, yo lo hice más con

mis papás, entonces entendía el contexto con mis papás y yo le contaba a mi hermana, entonces también hay muchas cosas que mi hermana siente pero si ablandó un poquito el genio de todos el proceso terapéutico que cada uno tuvo. De hecho es muy duro, por eso mi hermana recién está sintiendo el cambio, igual a mi papá le costó, recién está logrando ser una persona feliz porque pasó un montón de tiempo muy triste y nadie sabía por qué. Es que siempre tuvo trabajos muy estresantes y pasaba deprimido, en mi familia también hubo un tema muy fuerte de adicciones entonces también paso por eso y recién hace un año como que retomó su vida y sobre todo su felicidad y el espacio que él quiere ocupar en la casa, porque hubo un punto en el que ya nadie hablaba con mi papá, la única que hablaba era yo, pero para mí también era súper fuerte, llego un punto en el que yo llorando le decía ¡reacciona! y a él no le importaba. Para todas estas, hace un tiempo a mi mamá le dio un infarto cerebral y luego a mi papá le dio cáncer, entonces fueron temporadas familiares bien difíciles y mis papás nunca nos decían nada, entonces como que yo me cansé de que nos oculten las cosas y yo me fui involucrando más y sí descargaron un peso muy grande en mí, porque yo a la final le contaba a mis hermanos o le contenía a mi abuela porque mi mamá estaba enferma.

Ahora yo siento que mi familia es más real, cada uno puede tener sus dificultades sus problemas y eso, pero ya no es el aparentar todo el tiempo. A mi papá también le gustaba aparentar un estatus, como el más alto de más poder, cuando no era así y más se estresaba.

(E): ¿Cómo reacciona tu mamá cuando discutes o te enojas con tu papá?

(X): Cuando me peleo con mi papá mi mamá siempre me da la razón, me dice sí, ya sabes cómo es tu papá, trata de defenderle, pero siempre termina dándome la razón. Es que mi papá es súper invalidante cuando discutes con él, te grita ¡no llores! Pero solo en los momentos de iras, durante

la pelea con mi papá nadie dice nada, excepto mi hermano que se enfrenta todo el tiempo a mi papá.

Mi hermano se enfrenta todo el tiempo a mi papá, y cuando se va igual mi mamá lo defiende, es que siempre hay que entender como es mi papá.

(E): ¿Cómo reacciona tu papá cuando discutes o te enojas con tu mamá?

(X): Con mi mamá realmente nunca me peleo, a veces me pongo molesta porque a ella siempre le gusta verse bien y a veces me critica, no con el afán de molestar, sino como de hacerme un aporte, pero ahora ya puedo decirle que me estoy sintiendo incomoda. No es un encontrón de tú a tú, pero yo si me pongo media hostil con mi mamá. Pero mi papá lo máximo que llega a decir es: no le hablas así a tu mamá, de ahí no se mete.

(E): ¿Cuándo pelean entre hermanos cómo reaccionan tus papás?

(X): Cuando peleamos entre hermanos, mis papás únicamente nos dicen que es feo que estemos tan distanciados. Hubo un largo tiempo que pasábamos solo peleando con mi hermana, pero mis papas en realidad nunca se metían, ellos mejor se van porque no es su bronca y así es en todo.

Mi hermana cuando estamos peleadas hace alianzas con mi hermano y se burlan, buscan hacerme quedar mal, esas típicas peleas entre hermanos pero ella trata de picar y sigue picando y picando y yo pierdo la cabeza o me voy o le lanzo alguna grosería, pero mis papás jamás se meten.

(E): ¿Cuándo hay alguna dificultad familiar como lo resuelven?

(X): Antes cuándo había algún problema como el económico, únicamente lo hablaban mis papás, ellos decidían todo y nosotros ni siquiera nos enterábamos que estábamos ni bien ni mal de plata, o sea no sabíamos nada. Pero eso cambio con esas terapias familiares empezaron a dialogar con nosotros porque ya tampoco somos niños.

Hace como un año hubo una dificultad económica muy grande mi casa, ahí si nos reunieron a decirnos vean la situación es esta ¿qué hacemos?, necesitamos su aporte de la manera que puedan, no les vamos a decir salgan de las universidades pero si tienen que trabajar y eso fue chévere porque yo me sentía más independiente. Entonces desde ahí ya hacían esas reuniones y nos contaban que pasaba y nos preguntaban que podíamos hacer, nuestra opinión y ya nos sentimos más participes, aunque creo que las reuniones se hacen solo cuando la crisis es máxima.

(E): ¿Si las cosas están estables quien toma las decisiones?

(X): Normalmente cuando todo está tranquilo los que toman las decisiones son mis papás, aunque más mi papá él es el que decide, el delega.

(E): ¿Quién se encarga de las cuentas, pagos, etc.?

(X): Mi mamá es la que se encarga de las cosas de la casa, le ayuda en las cuentas a mi papá, tiene sus chauchitas pero no es un trabajo constante. De lo que se encarga es de la casa, que esté en orden, pero la parte económica es cien por ciento de mi papá, ellos tienen cuentas compartidas, entonces ella puede disponer de la plata de mi papá como quiera.

(E): ¿Cuándo eran más pequeños quién los llevaba al colegio, al médico?

(X): De todo nuestro cuidado cuando éramos chiquitos se encargaba mi mamá, de llevarnos al médico, al colegio, todo mi mamá, porque mi papá siempre ha trabajado mucho, salía mucho de viaje y luego trabajó en el gobierno, entonces no le veíamos nunca. Ahora trata de estar más tiempo en la casa.

(E): ¿Qué actividades hacían y haces con tu familia?

(X): Mi papá el fin de semana como que trataba de compensar, nos lleva al cine o a comer, cuando éramos niños pasábamos el domingo juntos o nos íbamos mucho de viaje, siempre los cinco o en feriados siempre salíamos de la ciudad. Entonces era muy bacán, porque a pesar de

que no le veíamos mucho a mi papá, yo no tengo una sensación de ausencia de mi papá para nada.

(E): ¿Cómo decidían a dónde iban de vacaciones?

(X): Siempre fue ¡les toca!, nos vamos tanto tiempo les guste o no. Veras un poquito antes de que yo me enferme dejamos de salir, los espacios familiares simplemente desaparecieron, hasta navidad de este año que nos fuimos todos juntos. Bueno también coincidió que mi hermana se fue de viaje y ya estábamos más grande y hacíamos planes por nuestro lado, entonces eso para mis papás fue como ¡no tiene sentido hacer planes familiares!

Ahora por ejemplo sí salgo con mi mamá o con mi papá, a tomarnos un café o les acompaño a hacer algo, pero siempre por separado.

(E): ¿Pides permiso para salir de casa? ¿A quién le pides permiso para salir?

(X): Mis papás son mega permisivos, realmente a ellos no hay que pedirles permiso simplemente avisar, desde que éramos chiquitos fue así, realmente no teníamos que recibir un sí o un no de su parte, sino que ellos supieran lo que queríamos hacer. Yo siempre le pido el permiso a mi mamá, o sea yo siempre pedí permiso, mi hermana siempre aviso y mi hermano también. Siempre el permiso es con mi mamá, pero cuando es un plan medio complicado, una fiesta hasta tarde o así mejor a mi papá, porque él es como váyanse, diviértanse, sean felices, en cambio a mi mamá no le gusta mucho que nos quedemos hasta muy noche. O sea trato siempre de pedirles el permiso a los dos, aunque mi papá es el que nos da la plata. Siempre es entre los dos ese tipo de decisiones.

(E): ¿Cuándo tienes alguna necesidad económica a quien le pides dinero?

(X): Cuando quiero comprar algo, normalmente se lo pido a mi papá, normalmente mi mamá siempre me da, pero si hay cosas que me dice pídele a tu papá. En los temas económicos siempre es mi papá, si me quiero ir de viaje también lo converso con mi papá.

(E): ¿A quién acudes cuando tienes algún problema personal?

(X): Cuando yo tengo algún problema no acudo a nadie, a veces donde mi hermana o con mi novio, o sea realmente a mi familia cuando yo tengo un problema es muy raro que acuda a alguno de ellos. Si tengo realmente que contar un problema es a mi papá. Es que me cerré mucho, no sé, siempre esperé que sean más receptivos que sepan que algo me pasa, es que llegó un punto que todo era culpa de la anorexia o la anorexia era culpa de mi mejor amiga, entonces no me dejaban salir con mi mejor amiga. Entonces eran estos juicios que tenían de la enfermedad que me cerraba con ellos.

Ahora las cosas que me pasan las hablo en terapia, es que antes, con las cosas que me pasaban siempre me decían, hay no seas dramática, no es tan grave. Entonces no les contaba nada y bueno antes mis amigas eran “estúpidas”, si no eran buenas para mí, entonces siempre me hacían sentir menos, entonces siempre me maneje sola.

(E): ¿Cuándo te enfermas quien se encarga de cuidarte?

(X): Cuando nos enfermamos o algo la que está más pendiente es mi mamá, desde que éramos chiquitos, mi papá igual se preocupa. Pero ahora a mí me gusta ir al médico sola, pero siempre me toca ir con mi mamá.

(E): ¿Qué actividades realizan en familia?

(X): A veces comemos juntos en las noches, el desayuno cada uno por su lado y el almuerzo normalmente yo con mi mamá, siempre tengo que ir a comer a mi casa, es un trato con mis

papás. Mis hermanos a veces comen en la casa a veces no, mi papá nunca va, muy de vez en cuando va a comer en la casa.

Entre los cinco lo que intentamos más que nada es tener un espacio como más familiar, ahora sí tratamos de pasar más tiempo, por ejemplo comer en el patio o el domingo preguntan si comemos juntos, si estamos de acuerdo, ya es opcional y podemos invitar a nuestros novios o un amigo. Como que los hacen más atractivos a los planes, porque ya crecimos.

(E): ¿Hay alguna actividad que realices sola con tu mamá o con tu papá?

(X): Con a mi papá, conversamos bastante, de vez en cuando vamos a tomarnos un café, ese es un espacio solo de los dos y pasamos bien porque yo le cuento mis cosas y él igual. Aunque es bien de vez en cuando, así cada tres meses.

Con mi mamá comparto tiempo, yéndonos a ver vitrinas, nos encanta probarnos todo, no compramos nada, pero igual es chévere. Es que a mi mamá la veo mucho más, pasamos más tiempo las dos juntas aunque sea en la casa, pero así darnos el espacio, no es tan común.

(E): ¿Cómo celebran las actividades festivas navidad/ año nuevo? ¿Dónde festejan? ¿Qué hace cada miembro de la familia?

(X): Qué hacemos en las festividades, realmente ahora lo escogemos en función de mi abuela, con quién se va a quedar. La navidad siempre pasamos donde la familia putativa de mi papá, es una tradición y de ahí año nuevo si está más abierto, pero sí lo decidimos todo en familia. Hay veces que escogemos por mi mamá, para ir a visitarles a mis abuelos.

Los otros feriados pasamos con mi tía, la hermana de mi papá porque ella es la que hace todas las comidas típicas, entonces siempre vamos allá en esas fechas.

Caso (Y)

Realizada el 8 de julio del 2014

Duración: 50 minutos y 7 segundos

(Y) entrevistada, (E) entrevistadora

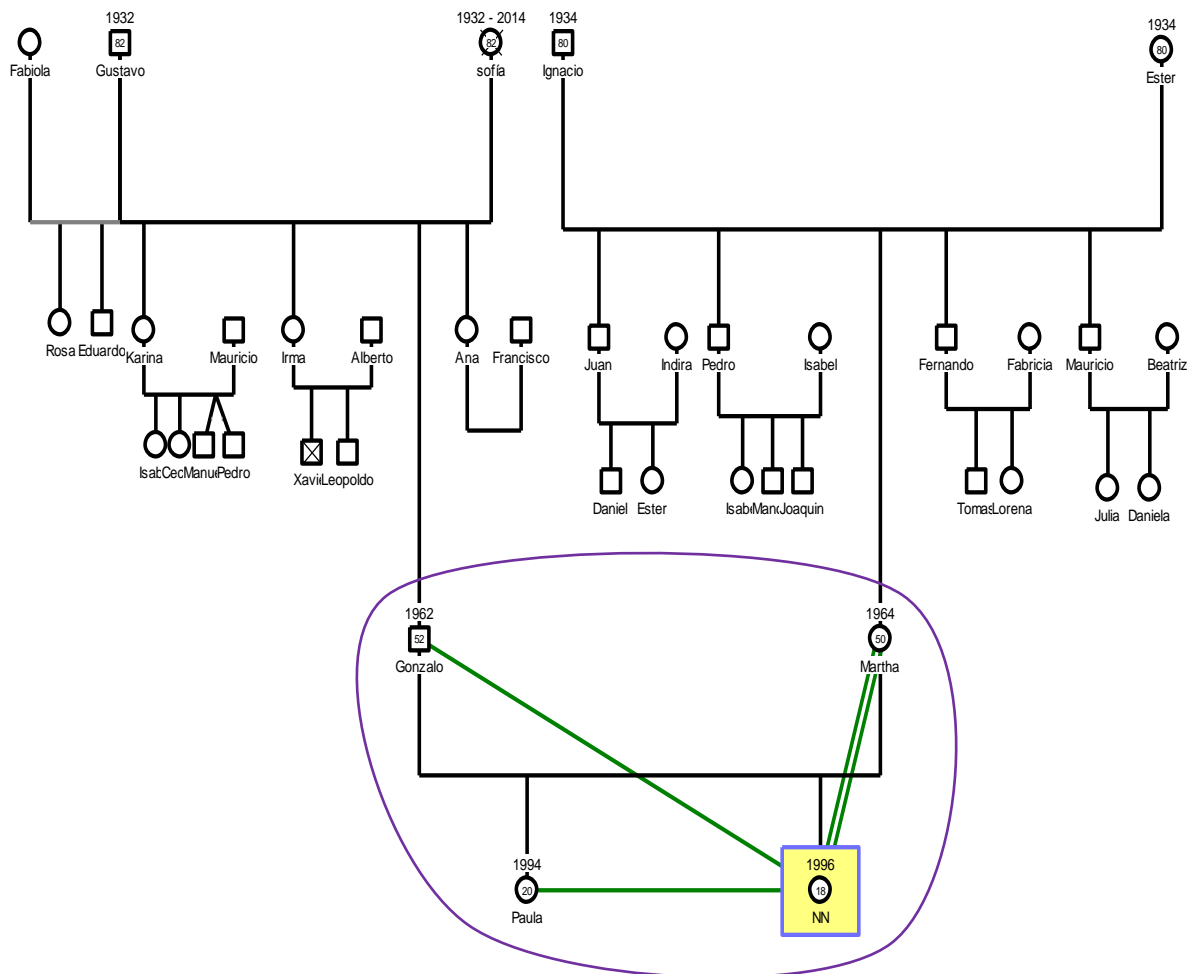
- **Datos Personales**

Nombre: N.N

Edad: 18 años

Profesión: bachiller

Genograma



(E): ¿Por cuántos miembros está conformada tu familia?

(Y): Mi familia está conformada por cuatro personas, mi papá de 52 años, mi mamá de 50 años, mi hermana mayor de 20 años y yo que tengo 18 años, en mi casa solo vivimos los cuatro, cuando éramos más pequeñas vivíamos en casa de mi abuelita materna hasta que yo tenía 12 años y ahí también vivía mi prima entonces yo pasaba jugando con ella.”

(E): ¿Tú padre cuantos hermanos tiene?

(Y): La familia de mi papá está formada, por dos hermanas mayores y una hermana menor a mi papá, que es el tercero. La primera hermana está casada y tiene dos hijas mayores y un par de gemelos varones, la siguiente hermana tenía dos hijos varones pero el primero de ellos falleció, la última hermana no tiene hijos pero sí está casada. También tiene dos medios hermanos del nuevo matrimonio de mi abuelo, la primera es mujer y el segundo hombre, pero de ellos la verdad no sé nada. Actualmente sí tenemos relación con mis tías, pero no nos vemos mucho con mi abuelo.

(E): ¿Cómo está conformada la familia de origen de tu mamá?

(Y): Mi mami tiene dos hermanos mayores y dos hermanos menores, todos están casado. Mi primer tío tiene un hijo varón y una mujer, el siguiente tiene una mujer y dos hombres, el otro tiene dos hijos, un hombre y una mujer y el último tiene dos mujeres. Con mis primos de este lado de la familia me llevo súper bien, mejor que con los de mi papá, somos más cercanos a ellos.

(E): ¿Y tus abuelos paternos y maternos?

(Y): Mis dos abuelitos maternos están vivos y los dos tienen 80 años, pero están muy bien de salud. Mi abuela paterna falleció cuando mi papi tenía 10 años y mi abuelo se volvió a casar y también se encuentra bien de salud.

(E): ¿A qué se dedican los miembros de la familia?

(Y): Mi mami se dedica a cuidarnos y mi papi es ingeniero en petróleos, trabaja en el oriente como 12 años, mi hermana estudia medicina.

(E): ¿Cuándo inicio su problema de alimentación?

(Y): A los 16 años, cuando estaba en quinto curso, fui a la psicóloga del colegio y ella me dijo de mi problema. Mi mamá desde ahí ya sabía y estaba pendiente. Pero la verdad es que yo no lo asumía como una enfermedad, o sea si fue un problema porque me quitaba tiempo, energía y todo, pero no le hacía caso y ya después me di cuenta que si era desgastante.

(E): ¿Quién se dio cuenta de tu problema de alimentación?

(Y): La verdad no recuerdo quien se dio cuenta primero de mi problema de alimentación, pero creo que fue mi mamá, luego mis papas hablaron y fue mutua la decisión de ir a un tratamiento. Pero igual yo sé que mi papá no estaba cien por ciento seguro, porque él es de las personas que piensan que no necesitas ayuda, sino que tú sola debes ver como lo resuelves. Él decía que yo tenía que poner de mi parte y que yo sola podía salir adelante.

(E): ¿Quién tuvo la iniciativa de venir a la clínica?

(Y): Primero recibí atención psicológica individual sin mayores resultados, es que no creía que en realidad estaba enferma, entonces no le prestaba atención a las indicaciones de la doctora. Y como mi mami vio que no había muchos resultados me llevo a la Clínica Noos, aquí estoy desde hace un año, tengo terapia individual, nutricional y a veces familiar.

(E): ¿Cómo crees que han reaccionado tus padres con respecto a tu problema de alimentación?

(Y): Con la enfermedad, supongo que estaban súper desconcertados, o sea yo sabía que les estaba causando mucho dolor a mis papás. Cuando me dijeron que me iban a llevar a esta

psicóloga los dos estaban súper mal y ya. Mi mamá era la que más se acercaba, porque como ella estaba más tiempo en la casa, estaba súper loca y pasaba chequeándome que hacía veinticuatro horas al día, si comía o no comía. Mi papi en cambio era solo por el teléfono, me decía que esté tranquila y cosas así, pero creo que igual estaba muy triste.

(E): ¿Diariamente dónde sueles comer?

(Y): Por lo general almuerzo en mi casa y si no salgo con mis amigas a comer, o sea ya cuando este en la U me tocará comer por ahí, aunque si me hago problema, porque cuando salgo a comer sí se me dificulta saber que comer. En la casa mi mami siempre cocina y casi siempre yo le ayudo.

La hora del almuerzo era chévere, bueno yo trataba de no darle importancia pero mis papás siempre estaban pendientes de lo que comía y a dónde iba después de comer.

(E): ¿Quién crees tú que estuvo más presente en tu proceso de recuperación?

(Y): Mi mamá, por el hecho de que ella estaba siempre aquí.

(E): ¿Cómo crees que ha reaccionado tu hermana con respecto a tu problema de alimentación?

(Y): Mi hermana de la enfermedad ya sabía, porque yo le conté primero y me hizo una carta que decía que yo tenía que decirles a mis papás y que ella me iba a ayudar y cosas así. Después mi mamá encontró esa carta y de ahí se sentaron a hablar conmigo sobre el tema. Mi hermana si fue un apoyo para mí en la enfermedad, porque ella tenía una amiga que sufrió de anorexia y cuando me paso a mí me ayudo full.

Mi hermana nunca me decía nada, pero si le dolía, porque yo era su hermana pequeña. A los 16 años mi hermana sufrió depresión y ella si pasaba súper mal, no hablaba, pasaba encerrado en un cuarto, era súper grosera con mi mamá y mi mamá sufría full, no hablaba, lloraba todo el tiempo.

Entonces yo trataba de estar bien con mi hermana, pero también le decía que se calme, porque le trataba muy mal a mi mamá, por eso ese tiempo yo tenía muchas irás con mi hermana. Tal vez no comprendía al cien por ciento lo que le pasaba, porque ella tampoco nos decía nada, pero ver cómo le trataba a mi mamá era algo que si me dolía bastante y después ya era lo mío, y yo no quería causarle más dolor a mi mamá con lo de la anorexia porque yo sabía que mi mamá estaba mal y súper triste por la depresión de mi hermana. Ese tiempo mi hermana era súper hiriente con ella. Ese tiempo estábamos súper distanciadas, pero de ahí mi hermana ya iba el psiquiatra y recibía medicación.

(E): ¿Tu mamá ha tenido algún proceso terapéutico?

(Y): Mi mami si fue a dos o tres terapias conmigo y también asistió a las terapias de mi hermana con el psiquiatra, eso sí ha sido de mucha ayuda. Ahora mi hermana está súper bien, se ha recuperado bastante, ahora creo que ya todos estamos estables.

(E): ¿Tu padre también asistió a estas terapias familiares?

(Y): Mi papá no fue a ninguna terapia porque no estaba aquí, aunque el también sufrió depresión cuando se murió su mamá, él tenía sólo 10 años y no recibió tratamiento, pero mi abuelito le cuenta a mi mamá que mi papá se encerraba y no quería que nadie le ayude, mi papá les decía que los locos eran ellos y que no necesitaba que nadie le ayude. Mi abuelo dice que esto cambió cuando se volvió a casar.

(E): ¿Cuéntame cómo es la relación con tu hermana?

(Y): La relación con mi hermana es buena, a veces salimos juntas, pero ella tiene su novio, entonces pasa con el novio siempre, y yo con mis amigas, pero si somos cercanas. Cuando hay algún conflicto solo se nos pasa, o sea es que casi nunca nos peleamos, es más porque mi hermana tiene un carácter más fuerte que yo, pero casi nunca estamos peleándonos. Creo que

cuando éramos más chiquitas no nos llevábamos tan bien y además yo siempre quería jugar y mi hermana pasaba en su mundo, era viendo la tele y no quería jugar.

(E): ¿Cómo describirías tu relación con tu padre?

(Y): Mi papá no trabaja aquí, trabaja en el oriente entonces viene cada catorce días, cuando viene si nos llevamos bien porque mi mamá se encarga de mantenernos a todos bien, entonces cuando viene, él sabe lo que está pasando en la casa, pero igual hablamos por teléfono todos los días con mi papá.

Mi papi con nosotros es súper expresivo afectivamente, él sabe que hay ciertas cosas que pasan pero intenta no meterse, es como que le dice a mi mamá y entonces es ella la que siempre pone la cara.

(E): ¿Desde hace cuánto tiempo tu papi trabaja en el oriente?

(Y): Creo que ya 12 años, antes de eso era profesor de la politécnica. O sea desde que yo me acuerdo mi papá ya trabajaba en el oriente. O sea tengo como que imágenes de que cuando estaba en la guardería mi papá igual ya no trabajaba aquí.

(E): ¿Cómo describirías la relación con tu madre?

(Y): La relación con mi mamá es buena, es que cuando pasa algo, como yo ya sé cómo es mi mamá no le hago mucho caso y luego ya se me pasa. Creo que ahora tengo mejor relación con mi mamá que antes, es que cuando le pasa algo, mi mami tampoco habla, según eso para no preocuparnos y yo hacía lo mismo tampoco contaba mis cosas, pero ahora confío más.

(E): ¿Cómo describirías la relación entre tus padres?

(Y): Mis papás se llevan bien, cuando hay algún conflicto se les pasa enseguida, yo cacho que mi mamá sabe que mi papá llega medio estresado o cosas así, entonces cuando le dice algo mi mamá mejor le deja y no siguen peleando, todas cuando vemos que mi papá está así, mejor le

dejamos no más.” “Cuándo está aquí mi papá, siempre salen juntos, pasan en reuniones de su grupo de matrimonio, entonces siempre están como de aquí allá juntitos.

(E): ¿Cómo crees que tu madre describiría la relación con tu padre?

(Y): Creo que tienen una buena relación, o sea la comunicación es buena. Si mi mami le describiría a mi papi diría que es una buena persona, que su calidad humana es muy buena, pero que no expresa ciertos sentimientos.

(E): ¿Cómo crees que tu padre describiría la relación con tu madre?

(Y): Mi papi de igual forma diría que es una buena persona (risas), diría que mi mamá habla mucho y que no le deja hablar.

(E): ¿Cómo reacciona tu papá cuando discutes o te enojas con tu mamá?

(Y): Es que casi nunca discutimos, y cuando pasa la verdad no sé, creo que no dice nada, sí no dice nada trata de no meterse. O tal vez me dice no le digas así a tu mamá, pero nada más.

(E): ¿Cuándo pelean entre hermanas cómo reaccionan sus papás?

(Y): Tampoco se meten, la verdad ahorita nos llevamos muy bien.

(E): ¿Cuándo hay alguna dificultad familiar como lo resuelven?

(Y): Por lo general mi mami lo resuelve, o sea ella conversa con mis abuelos y ellos le apoyan pero hay cosas que igual las arregla solas. Por ejemplo, lo de la enfermedad, no les dijo a mis abuelos porque yo no quise que nadie sepa de mi problema de alimentación, les dije a mis papás que no cuenten a nadie, ni a mis abuelos, no sé, es que la gente no siempre reacciona como uno espera. Entonces sabía que si les iba a contar a mis abuelitos y como ellos no saben bien de que se trata, iban a decirme cosas incómodas o estar pendiente de todo lo que hago y preferí que no cuenten a nadie.

(E): ¿Quién se encarga de los gastos de la casa, etc.?

(Y): De las cosas de la casa, cuentas y eso se encarga mi mamá, ella va a pagar y así. Pero el dinero lo da mi papá.

(E): ¿Cuándo eran más pequeños quién los llevaba al colegio, al médico?

(Y): Depende, si estaban los dos y nos enfermamos o algo pasa, los dos nos llevan al médico pero sino solo mi mamá, es que siempre estamos con mi mamá y es ella la que se encarga de todo. O sea es que casi siempre estaba con mi mamá y ella se encargaba de llevarnos al colegio, los cursos y eso.

Mi papi si no estaba no hacía nada, máximo llamaba y no sé, decía que nos cuidemos y cosas así.

(E): ¿Pides permiso para salir de casa? ¿A quién le pides permiso para salir?

(Y): Los permisos y esas cosas siempre es con mi mamá, creo que cuando sé que ella me va a decir que no, le digo a mi papá, pero solo cuando mi papá está aquí porque cuando está allá no hay cielo, mar o tierra que le haga cambiar de opinión a mi mamá. Antes le preguntaba a mi papá, pero ahora mi papi es hecho el chistoso y me dice ¡no te vas! Entonces ya no le pregunto a él.

(E): ¿Quién toma las decisiones en la casa?

(Y): Las decisiones siempre las toma mi mamá, me dice: esto está pasando y tienes que hacer esto, eso pasó cuando decidieron que inicie el tratamiento, o sea solo nos avisan.

Cuando hay que decidir algo en la casa mis papás hablan y de ahí como que nos avisan, o sea nos comentan esto está pasando y esto se va hacer. En caso de vacaciones si nos preguntan a dónde queremos ir, pero a la final ellos nos avisan su decisión. A veces estoy de acuerdo y sino igual ya nada, me enojo ese rato pero luego ya pasa.

(E): ¿Cuándo tienes alguna necesidad económica a quien le pides dinero?

(Y): Cuando necesito plata y está mi mamá, le pido a ella y si está mi papá también le pido a ella y a veces mi mamá me dice no tengo anda pídele a tu papá y ahí voy donde él.

(E): ¿A quién acudes cuando tienes algún problema personal?

(Y): Cuando tengo algún problema no acudo a nadie o tal vez a mi mamá porque ahora tengo más confianza con ella, pero las cosas que sé que le molestan o que va a reaccionar mal mejor no le cuento. Por ejemplo antes no le contaba nada a mi mamá porque pensaba que siempre iba a reaccionar mal, entonces no le contaba. A veces le contaba a mi papá, le llamaba y le contaba, pero ahora no creo. Ahora es más a mi mamá o mis amigas, depende de lo que sea o a mi hermana o yo solita lo resuelvo.

Aunque prefiero resolver las cosas yo solita.

(E): ¿Cómo reaccionas ante una situación que te genera estrés?

(Y): Cuando me pasa algo generalmente me pongo de mal genio si estoy súper ansiosa empiezo a comer un montón o me estreso un montón, pero por lo general no cuento a nadie lo que me pasa y como ya me doy más o menos cuenta de lo que me pasa intento controlarme un poco.

(E): ¿Qué actividades realizan en familia?

(Y): Cuando éramos niñas siempre íbamos a la sinfónica, a mi papá le encanta ir a las cosas culturales, y esas cosas, entonces es algo que me acuerdo de cuando éramos pequeñas, ahora ya nunca. A veces salimos a pasear o comer los cuatro y cuando estamos solo las tres si salimos, pero también depende de las actividades que estemos haciendo, porque igual si mi hermana está en clases, siempre pase en clases y el fin de semana sale con el novio o cosas así entonces casi siempre estoy yo y mi mamá.

Es que es muy diferente cuando está mi Papá y cuando no está, por ejemplo los cumpleaños si está mi papi salimos los cuatro y sino mi mami se encarga de festejarnos, vamos donde mi abuelita o salimos. Bueno ahora en mi cumpleaños también depende si tengo planes con mis amigas, entonces siempre hay un momento de amigas y un momento en familia.

(E): ¿Hay alguna actividad que realices sola con tu mamá o con tu papá?

(Y): Sí, con mi mamá salimos mucho juntas, no hacemos nada en específico, o sea le acompaño al súper o cosas o sí o simplemente nos vamos en el carro a dar vueltas, es que como mi hermana nunca está nos vamos las dos.

Con mi papá no tengo ninguna actividad, como nunca pasa aquí.

(E): ¿Quién pasa más tiempo con tus papás?

(Y): La que más pasa tiempo con mis papás soy yo, o sea yo siempre he estado más con ellos que mi ñaña, como en su etapa depresiva mi hermana le trataba súper mal a mi mami, yo pasaba más con ella y le tenía iras a mi hermana.

(E): ¿Cuándo salen juntas quien decide a dónde van?

(Y): No sé, mi mamá siempre me pregunta a donde quiero ir, pero yo nunca sé así que nos vamos a donde nos lleve el camino.

(E): ¿Cómo celebran las actividades festivas navidad/ año nuevo? ¿Dónde festejan? ¿Qué hace cada miembro de la familia?

(Y): Las fiestas de navidad y año nuevo, pasamos en el oriente si a mi papá le toca pasar allá y sino aquí, primero vamos a visitarles a mis abuelitos maternos, porque ellos no celebran mucho y de ahí vamos donde la familia de mi papi que son más fiesteros.

Caso (Z)

Realizada el 9 de julio del 2014

Duración: 52 minutos y 13 segundos

(Z) entrevistada, (E) entrevistadora

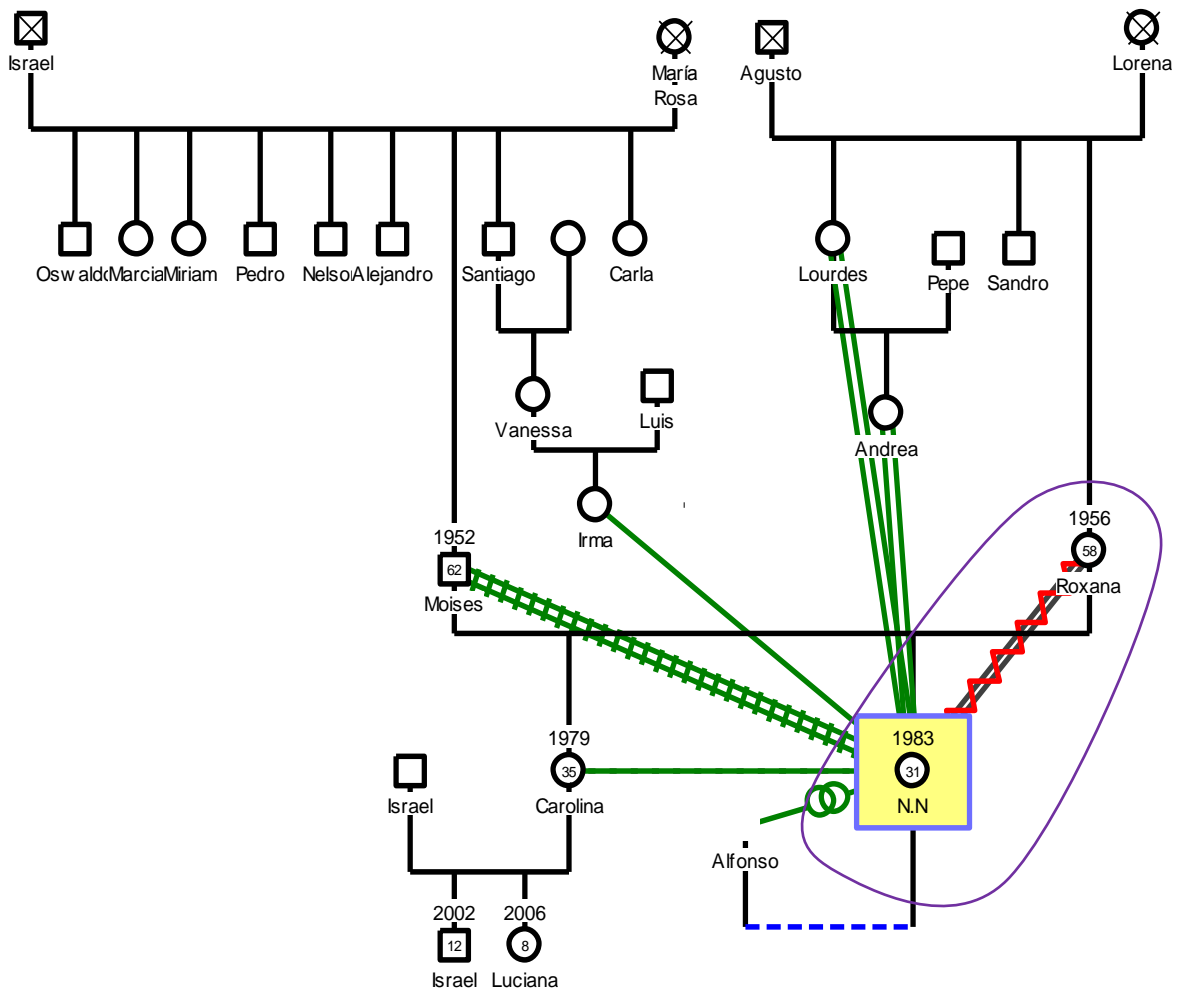
- **Datos Personales**

Nombre: N.N

Edad: 31 años

Profesión: economista

Genograma



(E): ¿Por cuántos miembros está conformada tu familia?

(Z): Mi familia está formada por cuatro miembros, mi papá de 62 años, mi mamá de 58 años, mi hermana de 35 y yo de 31 años. Ahorita mi mamá está viviendo conmigo por la enfermedad, pero por lo general mis papis viven en Riobamba, mi hermana vive aquí en Quito tiene 35 años y está casada, tiene un niño de 14 y una niña de 8 años.

(E): ¿Cómo está conformada la familia de tu papá?

(Z): La familia de mi papá está conformada por nueve hermanos, cuatro hombres mayores y uno menor a mi papá, dos mujeres mayores y una menor a mi papá, él es el séptimo hijo, la verdad no sé bien cuantos hijos tiene cada uno, únicamente sé del octavo de mis tíos, porque es el abuelito de la prima con la que soy más cercana en ese lado de la familia, o sea mi tío tiene solo una hija y ella tiene dos hijas, una de ellas mi prima querida. En realidad no nos vemos mucho con este lado de la familia, porque ellos viven aquí en Quito y mis padres viven en Riobamba; solo en Navidad nos vemos todos, el 25 vamos todos a misa y de ahí toditos vamos a la cena de navidad de la familia de mi papi.

(E): ¿Cómo está conformada la familia de origen de tu mamá?

(Z): Mi mamá tiene sólo una hermana y un hermano mayor a ella, mi tía está casada y tiene una hija y mi tío no está casado ni tiene hijos. Con esta tía si nos vemos mucho, ella es como mi segunda mamá y su hija es mi prima favorita, ellos también viven en Riobamba, con ellos pasamos casi siempre año nuevo, desde hace unos cuatro años ya no vamos porque el cuñado de mi ñaña es mi ex novio y mis papis no quieren mezclar la fiesta y entonces pasamos en otro lado los tres, porque mi ñaña si tiene que pasar con su familia.

(E): ¿Y tus abuelos paternos y maternos?

(Z): Ninguno de mis abuelitos están vivos.

(E): ¿A qué se dedican los miembros de la familia?

(Z): Mi papá es doctor y mi mami es terapeuta familiar, mi hermana también es economista.

(E): ¿Por qué decidiste venir a vivir en Quito?

(Z): O sea vine a estudiar, mi ñaña vino primero y de ahí ya nos quedamos las dos aquí, mi ñaña con el esposo y sus dos hijos y yo sí sola, los primeros meses de universidad vivía con mi hermana y de ahí siempre he vivido sola.

Estudie economía y trabajo en una empresa de asesoría financiera, bueno ahorita ya no tengo trabajo, estoy buscando.

(E): ¿Desde cuándo tu mamá está viviendo aquí en Quito contigo?

(Z): Mi mami vino a vivir conmigo más o menos desde diciembre, y se quedó aquí. Mi papi sigue viviendo en Riobamba, pero viene todos los fines de semana o si no nosotros vamos. Cuando yo estaba en la Universidad también nos veíamos siempre, es que somos súper pegados, súper unidos, entonces sino iba yo ellos venían. Pero desde que me enferme ya no me gusta ir a Riobamba porque me parece un lugar hostil, entonces ellos vienen.

(E): ¿Cómo ha sido vivir nuevamente con tu mami?

(Z): Vivir otra vez con ella ha sido raro, es que me cogió débil por la enfermedad y sentía que estaba bien y que me acompañaba. Pero al inicio no quería saber nada, quería que se regrese a Riobamba, porque no podía comer y no podía hacer nada adelante de ella y no sé, generé un rechazo. Luego ya me sentí cuidada, ella me protegía, me ayudaba, respetaba lo que yo decía, lo que yo quería comer entonces estábamos bien; pero ahora está otra vez con la sensación de que yo no pongo de parte, que no haga nada para mejorarme y eso ha generado otra vez conflicto.

(E): ¿Desde cuándo te diagnosticaron el trastorno alimenticio?

(Z): La enfermedad me diagnosticaron en febrero de este año, es que es la primera vez que yo vine a un lugar especializado en trastornos alimenticios y realmente me diagnosticaban lo que tenía. Pero desde que tengo 19 años ya me había dado cuenta que algo pasaba, o sea desde hace 11 años yo ya tenía bulimia, pero nunca fui a un especialista ni a un psicólogo, ni a un nada por trastorno alimenticio, fui porque tenía depresión o porque mi novio me dejó o por alguna cosa así; pero nunca por la comida.

(E): ¿Quién se dio cuenta de tu problema de alimentación?

(Z): Es que nadie se dio cuenta, o sea yo si sabía que tenía un problema, un momento llegue a estar súper mal, vomitaba todo lo que comía no podía tolerar nada y ahí como que mejore, pero porque sentía que ya me estaba muriendo; entonces sí sabía que había un problema. Ahora busque ayuda porque me empezó un episodio de anorexia súper agudo, entonces empecé a bajar de peso a bajar de peso y hubo un momento en que yo no sabía qué hacer, porque movía un dedo y bajaba de peso, llega a tener desnutrición.

(E): ¿Quién tuvo la iniciativa de venir a la clínica?

(Z): Yo decidí buscar ayuda y como mi mami siguió terapia familiar era amiga de un especialista de aquí y me refirieron acá a la clínica.

Es que la enfermedad era muy desgastante para mí, contaba las vainitas que me iba a comer, no podía besarle a mi novio porque sentía que tenía grasa en la boca, o sea todo era una obsesión terrible. Ahora me siento mejor, aunque ya paso un poco la anorexia me volvió la bulimia y estoy mejor pero sigo luchando contra eso. Al principio yo pensaba que sólo era cuestión de comer más y que yo podía sola, pero no podía aunque lo intentaba. Es que yo no quería aceptar que necesitaba de mi mamá, necesitaba de mi novio, no quería saber que necesitaba la ayuda de

nadie y me peleaba con ellos por eso; entonces decía:- yo solita voy a salir- y no pude, fue imposible.

(E): ¿Cuéntame sobre tu problema de depresión?

(Z): Por la depresión estoy tomando ansiolíticos y antidepresivos, tengo una psiquiatra, un psicólogo personal, una nutricionista psicóloga, un psicólogo que me trata dismorfia y ya. Pero es agotador porque se me cruza la idea del uno con la idea del otro, por eso me toca enfocarme bien, sino no entiendo nada. Con la psiquiatra si estoy todo el tiempo, ella me está regulando todo porque ahorita ya estoy en dosis tope de los medicamentos y la idea es ir disminuyendo la cantidad; pero yo no quiero saber nada porque las pastillas son mi mejor alivio y ahora estoy en una etapa bien fea como deprimida, no quiero salir de la casa, no quiero hacer nada para que nada me haga recaer en la enfermedad, no quiero ver nada y solo quiero pasar dormida en mi cama encerrada; por eso es que mi mami ahorita está en conflicto, porque dice; - tienes que salir, hacer algo- pero ahorita yo no me siento bien.

(E): ¿Cómo crees que han reaccionado tus padres con respecto a tu problema de alimentación?

(Z): Ya con el diagnóstico de la enfermedad mi mami reacciono súper mal porque todo el mundo, todos los psicólogos hacen referencia a todo lo que ella hizo conmigo cuando yo era niña, porque ella siempre me controlaba la comida, que no come en exceso porque siempre tuve ansiedad y quería comer más, pero ella no me dejaba y me escondía la comida. Entonces ella se sentía al inicio como culpable, ya que todos los terapeutas le señalaban que ella marcó en mí estos trastornos y se sentía mal. Luego buscamos terapia en otro hospital y ahí como que eran más flexibles, entonces ella decidió ponerme una parte de la terapia en esta clínica y otra en el hospital.

Mis papis dicen que si se daban cuenta que algo pasaba, pero que no creyeron que era grave. Entonces todo el mundo al inicio les juzgaba, por no haberse dado cuenta en 11 años de trastorno, pero ellos dicen que pensaban que no iba a ser grave hasta cuando se hizo súper complicado y ahí sí decidimos hacer algo. Igual yo no vivía con ellos, entonces a veces se daban cuenta y otras veces no, por lo que ellos pensaban que yo estaba bien.

(E): ¿Cómo crees que ha reaccionado tu hermana con respecto a tu problema de alimentación?

(Z): Pues no ha estado muy presente, es que ahora ella tiene que pasar preocupada de su esposo, sus hijos y su trabajo, entonces solo me dice que me cuide y que coma.

(E): ¿Cuéntame cómo es la relación con tu hermana?

(Z): Con mi ñaña siempre me he llevado súper bien, hemos sido súper unidas y siempre nos estamos comunicando, contando todo, ayudando en todo. Pero desde que me enferme nos hemos alejado un montón y ella también anda con un trabajo complicado y un montón de problemas, entonces no nos vemos mucho; por lo general todos los domingos nos vemos, pero antes nos veíamos más.

(E): ¿Cómo describirías tu relación con tu padre?

(Z): En cambio la relación con mi papi es perfecta, me llevó súper bien él está conmigo, me apoya en todo, me da gusto en todo, él hace todo lo que yo quiero, todo lo que yo digo, para él yo soy lo más importante que hay en su vida; entonces nos llevamos súper bien.

Mi papi siempre escucha lo que yo quiero lo que yo opino, siempre nos sentamos a evaluar qué es lo mejor; entonces entre todos decidimos que íbamos a dividir los lugares en los que iba a seguir el tratamiento.

(E): ¿Cómo era la relación de tu papi con tu hermana?

(Z): Mi papi también es bueno con mi hermana, o sea a ella también le apoya en un montón de cosas pero no es la misma relación que tienen conmigo. Entonces mi hermana siempre se ha sentido como que a ella nadie la para bola y siempre ha sentido un poco de envidia conmigo por eso.

(E): ¿Cómo describirías la relación con tu madre?

(Z): Con mi mami es con la que más problemas he tenido, nunca me he llevado así bien bien, siempre ha tenido más afinidad con mi ñaña. Pero desde que yo estoy mayor y ella también siguió unas terapias familiares que le ayudaron un montón a cambiar su personalidad y yo también ya crecí ya maduré, ya entendía otras cosas; entonces desde ahí ya nos llevamos mejor. Ahora mi mamá está súper diferente, súper buena apoyándome en todo, ayudándome con lo que decían los terapeutas, pero de un tiempo para acá está otra vez medio controladora y medio irritante.

(E): ¿Qué aspectos de la personalidad de tu mami eran los que te molestaban?

(Z): ¡Hay! Es que mi mamá es muy controladora y quiere hacer con nosotros, con mi papá mi hermana y conmigo lo que ella quiere; entonces siempre han sido esos los conflictos, pero como mi papi es un pan de Dios le ha aguantado eso toda la vida, mi ñaña como tiene el mismo carácter de ella siempre le ha refutado y siempre han terminado peleando y yo como tengo medio el carácter de mi papá y medio el de ella, a veces le escucho para no hacer conflicto y otras le respondo; entonces ahí es cuando hay bronca

(E): ¿Actualmente tu mamá continúa asistiendo a terapia?

(Z): O sea cuando vino a esta clínica le evaluaron y le dijeron que tenía que tener terapia individual pero ella no quiso tener su terapia individual aquí, entonces se fue con un terapeuta

que le trataba cuando estudio terapia familiar. Entonces está teniendo sesiones con él y sí le están ayudando. Y terapia familiar tenemos en un hospital con una doctora que es terapeuta familiar y vamos siempre las dos.

(E): ¿Cómo describirías la relación entre tus padres?

(Z): Yo siempre he creído que su relación ha sido buena, ellos se peleaban por lo que te cuento de que mi mami era controlado porque mi papi nos mimaba y nos daba algo de comer que mi mami no quería problemas así comunes, nunca algo grave como para que se separen, pienso que siempre se han llevado bien.

(E): ¿Cómo crees que tu madre describiría la relación con tu padre?

(Z): Diría que mi papi es muy buena persona y que siempre ha estado con ella. A veces se le ocurre decir que mi papi no le valora, que siempre nos ha preferido a nosotros, sobre todo a mí pero yo siempre le digo que debería dar gracias del esposo que tiene y ella si se da cuenta de eso.

(E): ¿Cómo crees que tu padre describiría la relación con tu madre?

(Z): Mi papi con respecto a mi mami diría: -ella siempre ha tomado las decisiones y que él se ha mantenido al margen de lo que ella decida para no tener conflictos. Yo creo que sí en realidad él se hubiera puesto firme al tomar sus decisiones seguramente hubieran estado divorciados.

Mi papi sí ha cedido mucho por eso es que siempre han estado bien, porque mi mami era la que nos armaba lío, entonces mi papi no decía nada y todo se solucionaba.

(E): ¿Cómo te hace sentir este aspecto a ti?

(Z): O sea me hace sentir bien porque nosotros nunca vimos a nuestros padres separados y eso les agradezco mucho. Pero a veces también me hace sentir mal, porque a veces si quisiera que mi mami entienda que nosotros podemos tener otras opiniones, pero para evitar el conflicto con ella, nosotros preferimos ceder.

(E): ¿Cómo reacciona tu papá cuando discutes o te enojas con tu mamá?

(Z): En realidad mi papi siempre se ha hecho más a mí, me cuenta a mi todo lo que mi mami le dice o cosas así. Igual cuando nos peleábamos con mi mami, él se hacía a mi o trataba de parar la pelea, pero ahora nos dice a las dos ¡ya cállense!, solucionen esto y ya no griten más, entonces ya me habla a mí también.

(E): ¿Cuándo hay peleas entre tus padres como reaccionas tú?

(Z): Siempre que mis papis peleaban yo trataba de que se reconcilien porque si me sentí muy triste y al final yo siempre iba donde mi papi, me daba pena de él porque los conflictos eran por algo que mi mami no estaba de acuerdo, pero no por nada malo que el haga, entonces siempre me daba pena.

(E): ¿Quién se encarga de los gastos de la casa, etc.?

(Z): De las cuentas y los gastos de la casa siempre se ha encargado mi papi, de pagar todo a tiempo de que haya dinero para la comida y mi mami siempre ha estado preocupada de construir un nuevo departamento atrás de la casa, de hacer un préstamo para que mi ñaña tenga carro o un crédito para que yo me compre un departamento. Ella siempre ha decidido hacer esas cosas, aunque igual nosotros pagamos el préstamo; entonces ella siempre ha estado atrás de proyectos que se le meten en la cabeza y mi papi cuando ya le oye se desespera.

(E): ¿Cuándo eran más pequeñas quién los llevaba al colegio, al médico?

(Z): Cuando éramos chicas mi mami nos llevaba al colegio, siempre nos obligaba a tomar la leche y nos iba a dejar en el colegio, mi papi salía más temprano del trabajo, entonces a recogernos siempre iba mi papi; primero me iba a ver a mi luego a mi ñaña y por último a mi mami.

(E): ¿A quién le pedías permiso para salir de casa?

(Z): Para salir con amigos o algo le pedía permiso a mi mami, porque a mi papi no le gustaba mucho que salgamos a fiestas, en cambio mi mami cuando ya veía que teníamos una fiesta o algo, nos compraba algo chévere para ponernos y nos daba permiso. Pero como yo no salía mucho casi nunca pedía permiso, pero mi ñaña si salía bastante y le pedía permiso a mi papi, aunque a veces no le daba permiso, pero a mi jamás, que yo me acuerde me ha negado un permiso. Igual algún paseo o algo le pedía permiso a mi mami, porque como ella era la de la mente cerrada tenía que enterarse primero.

(E): ¿Quién toma las decisiones en la casa?

(Z): Las decisiones siempre las ha tomado mi mami, esto ha sido el único problema que sí ha marcado, que mi mami ha sido la que siempre ha estado decidiendo, ha estado sobre mi papi tratando de tomar las decisiones, ese ha sido el único problema que han tenido.

(E): ¿Cuándo tienes alguna necesidad económica a quien le pides dinero?

(Z): Siempre le pedía a mi papi, porque él siempre me daba para comprarme todo lo que yo quería y ahora por ejemplo si necesito plata le pido prestado a él y si no tiene a veces a mi mami. Financieramente siempre es primero a mi papá, mi ñaña es igual y si él no nos puede ayudar, cosa que nunca pasa porque siempre nos puede ayudar, es a mi mami.

(E): ¿A quién acudes cuando tienes algún problema personal?

(Z): Cuando yo tengo algún problema siempre acudo a mi papi, o sea no somos muy cariñosos de estar dando abrazos besos y así, pero nos llevamos súper bien. Entonces siempre voy donde mi papi a pesar de que a mi mami también le cuento todo, aunque ella siempre me está molestando me está juzgando me está diciendo no hagas esto, no duermas, no comas, no esto no el otro.

Siempre les cuento todo lo que me pasa, lo que me dicen en las terapias porque tenemos una muy buena relación; pero así problema de verdad voy donde mi papi.

(E): ¿Qué actividades realizan en familia?

(Z): Ahorita todo en familia se decide en función mía, si salimos a comer o alguna reunión depende de si hay comida para mí, de si yo no me voy a sentir mal con lo que comen los otros y si no mejor no vamos. Antes igual era un relajó porque mi papi siempre nos complacía a todas y compraba una cosa en un lugar otra en otro y nunca dijo ¡bueno aquí vamos a comer todos! porque nos consentía un montón.

(E): ¿Hay alguna actividad que realices sola con tu mamá o con tu papá?

(Z): Algo que siempre hacía solo con mi papi es ir de compras, ir a las librerías porque nos encanta comprarnos esferos, papeles, siempre hacíamos eso juntos o si yo quería comprar ropa él me acompañaba, o si yo quiero ver las tiendas él me acompañaba a ver las tiendas. Igual que mi novio porque mi novio también es así. Pero eso mi mami odiaba, porque yo llegaba con algo nuevo a la casa y era porque mi papi me compro y ahora es igual, ya estoy grande y todo pero él siempre me acompaña porque mi papi es mi referente para todo.

Con mi papi siempre nos sentamos a ver tele y ahora yo le dejo a mi papi ver lo que quiere y que él decida que quiere ver, antes cuando veíamos películas en familia casi siempre escogía yo, por ejemplo cuando vamos a comprar películas siempre escojo yo y luego el ve, si le gusta bien y sino igual escogí yo.

Ahorita hago todo con mi mami, conversamos si ella tiene cosas que hacer yo le acompaño, pero ella me acompaña en todas las comidas; entonces si compartimos un montón de cosas. Cuando éramos chiquitas, lo que siempre hacíamos juntos era ir a misa y luego a almorzar los domingos, o sea siempre hemos sido súper unidos, siempre nos ha gustado estar juntos y conversando; pero

nunca éramos de salir de paseo, o sea siempre estábamos en la casa viendo tele, pero nunca así de paseos.

Ahora que está aquí mi mami, cuando salgo con mi novio le aviso lo que voy hacer, o a veces la llevo conmigo, es que ahora al menos no me dejaban sola ni un segundo.

(E): ¿Cómo es la relación con tu novio?

(Z): Con mi novio voy recién un año, es una relación media rara porque yo empecé con él sin quererle y me fastidiaba todo lo que hacía, todo lo que hablaba, no me gustaba como se vestía, no me gusta el carro que tiene, no me gustaba nada. Pero es súper bueno, súper fiel, cariñoso, generoso se preocupa full por mí; entonces yo fui viendo eso y a la final evalúe y me dije:-no pues tengo alguien bueno a mi lado tengo que cambiar- y ahí yo empecé a cambiar y como que a ignorar las cosas que no me gustaban y entonces empezamos una mejor relación. Después me enferme y él se volvió una persona súper importante en mi enfermedad, porque él sabía lo que comía, lo que no comía, él sabía todo, me llevaba a las horas exactas donde tenía que comer, si yo quería que trote a esa hora, él trotaba a esa hora, todo asía exacto como yo necesitaba. Ahora menos, pero igual me hace falta y si me lleva a tomar café otra persona me da iras porque no hace lo mismo que él, pero de un tiempo para acá se ha empezado como que ha rebelar y él quiere tomar sus decisiones que no están de acuerdo con las mías y ahí empezamos a pelear.

(E): ¿Qué piensan tus papis de tu relación de pareja?

(Z): Mi papá se preocupa, porque dice que es una relación muy parecida a la que él tenía con mi mamá; y si se parecen, aunque también es distinta porque yo sí soy súper cariñoso y no soy fría como mis papis. Entonces él está preocupado porque ve que yo no estoy 100% llena con lo que me da mi novio, pero piensa que no es el momento de ponerme a decidir si es el hombre de mi vida, porque primero tengo que curarme. Es que a mí me molestaba mucho que mi novio no

tenga personalidad, porque hacía siempre lo que yo quería y no tenían iniciativa para hacer otras cosas y yo pienso que también por eso me enferme, porque la monotonía me acaba y me acababa porque no hacíamos nada distinto de lo que yo quería, y yo no sabía si a él le gustaba o no hacer lo que yo decía. Por eso en la terapia si me exigen que evalúe la relación, porque piensan que también algo de esto puede estarme afectando en la enfermedad.

Sin embargo mi papi y mi mami le adoran a mi novio, porque ven como me cuida, él se queda conmigo hasta las doce de la noche que me ve dormida profundamente y de ahí se va a su casa; a veces hemos tenido problemas con mi mami porque ella se hace a lado de él y nunca escucha las dos versiones y siempre está a favor de él, porque para ella yo soy la mala, la gritona, la pegona y él es el buenito pobrecito y nunca ni siquiera escucha que él también a veces me responde o hace tonterías que no me gustan.

En cambio a veces yo le digo a mi papi que opine y él no lo hace, dice: -peleen nomas entre ustedes yo no me meto-. Pero mi mami le dice: -coja váyase, déjele, dele un escarmiento y usted váyase-; entonces yo también me vuelvo loca.

No sé cuánto tiempo más vaya a pasar para que podamos discutir en paz, porque mi mami está en todo, mi papi también está en todo por la enfermedad; entonces no es que tenemos privacidad para pelear los dos solitos, a veces salimos a tomar café solo los dos ahí hablamos.

(E): ¿Cómo celebran las actividades festivas navidad/ año nuevo? ¿Dónde festejan? ¿Qué hace cada miembro de la familia?

(Z): Igual depende mucho de lo que yo pueda hacer, por ejemplo esta 24 de diciembre hicimos la cena en casa de mi hermana y le invitamos a mi novio también, pero como yo estaba con los inicios de mi trastorno y estaba media loca yo pase media mal y me peleé también con él, fin de año también el dejó a su familia y vino a pasar conmigo en Cuenca.