

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA: UNA METÁFORA INTERRELACIONAL DE LA FAMILIA *

Como citar este artículo:

Ospina-Botero, M., Bolaños-Muñoz, C.L. y Salazar-Hoyos, D.M. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: una metáfora interrelacional de la familia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 165-180.

MIREYA OSPINA-BOTERO**

CARMENZA LILIANA BOLAÑOS-MUÑOZ***

DIANA MARCELA SALAZAR-HOYOS****

Recibido: 20 de junio de 2017


Aprobado: 15 de septiembre de 2017

RESUMEN: Objetivo. Dar a conocer las perspectivas del enfoque sistémico a la hora de comprender el trastorno de la conducta alimentaria, abriendo el panorama de comprensión de esta condición no como un asunto perteneciente solo al individuo sino como algo que da cuenta del entramado de las interacciones del sistema familiar. Metodología. El presente trabajo está orientado desde el modelo sistémico, el cual aparece como una alternativa a los modelos tradicionales, haciendo énfasis según las etapas del ciclo evolutivo familiar en la etapa de la adolescencia como ciclo vital. Resultados y conclusiones. Al hacer un contraste entre las distintas perspectivas desde las cuales se ha considerado este trastorno se comienza a considerar al contexto familiar como una dimensión importante que hace parte e influye en su consolidación para comprenderlo como una disfunción familiar producto de las características de su organización y funcionamiento: alteración de jerarquías, dificultades en la comunicación, en los roles y en los sistemas de creencias que generan dificultad para resolver conflictos familiares y que limitan al adolescente en su proceso de emancipación y autonomía.

PALABRAS CLAVE: trastornos de conducta alimentaria, enfoque sistémico, adolescencia, ciclo vital familiar, dinámica familiar.

* El artículo es producto de reflexiones teóricas del quehacer investigativo de la línea de investigación "Desarrollo familiar y comunitario", del Centro de Familia de la Universidad Católica de Pereira.

** Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad Católica de Pereira, Pereira, Colombia.

E-mail: mireya.ospina@ucp.edu.co.  orcid.org/0000-0003-4571-8377.

*** Especialista en Prevención del Maltrato Infantil. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

E-mail: elmundosegunlili@hotmail.com.  orcid.org/0000-0002-7406-634X.

**** Psicóloga. Universidad de San Buenaventura de Medellín extensión Armenia, Armenia, Colombia.

E-mail: anaid-193@hotmail.com.  orcid.org/0000-0001-9918-8944.

EATING DISORDER BEHAVIOR IN ADOLESCENCE: AN INTER-RELATIONAL FAMILY METAPHOR

ABSTRACT: Objective. To present the perspectives of the systemic approach in understanding the eating disorder behavior, opening up the panorama to understand this condition, not as a matter pertaining only to the individual, but as something that accounts for the framework of the interactions of the family system. Methodology. This work is oriented from the systemic model which appears as an alternative to the traditional models emphasizing, according to the stages of the family evolutionary circle, in the adolescence stage as a life cycle. Results and conclusions. When making a contrast between the different perspectives from which this disorder has been considered, the family context is acknowledged as an important dimension that is part of and influences its consolidation to be understood as a family dysfunction product of the characteristics of its organization and functioning: alteration of hierarchies, difficulties in communication, in roles, and in belief systems, that generate difficulty to resolve family conflicts and that limit adolescents in their process of emancipation and autonomy.

KEY WORDS: eating disorders, systemic approach, adolescence, family life cycle, family dynamics.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) han tenido un impacto en la sociedad de hoy, afectando en un alto porcentaje a niño(as) y adolescentes especialmente del género femenino. Son complejos y han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas y dentro de la psicología desde diferentes enfoques psicológicos, siendo aún una realidad de comprensión limitada.

Dichos estudios en el campo de la psicología han permitido tener un mayor abordaje frente a este fenómeno a partir de las diferentes posturas epistemológicas.

En este sentido, por medio de la perspectiva psicopatológica, se resalta una visión individualista que considera que la etiología de los TCA es producto de una enfermedad mental o por una explicación de alteración biológica, simbólica (conflictos inconscientes), o como alteraciones cognitivas que están categorizadas según criterios y códigos establecidos dentro del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2014).

También se ha hecho hincapié en la influencia de factores sociales y culturales como predisponentes de los trastornos alimenticios por la relación entre variables culturales y de medios de comunicación en el contexto donde se desarrolla el individuo. Desde esta óptica se ha conceptualizado a los trastornos alimenticios como:

enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal y del peso, así como el pensamiento obsesivo en la comida conllevan una grave modificación de la conducta alimentaria que ocasiona problemas médicos y nutriólogicos marcados, los cuales pueden poner en riesgo la vida. (Sánchez, 2013, p. 21)

Esta conceptualización permite vislumbrar una perspectiva que tradicionalmente ha concebido, desde la psicología, ‘patologías’ individuales ajenas a los contextos relacionales más próximos tal como lo es la familia del sujeto que es ‘portador’. Sin embargo desde otros modelos psicológicos, como el enfoque sistémico, se propone holísticamente explicaciones de los TCA que permiten comprender el inicio, desarrollo y mantenimiento del problema a través de las interacciones y funcionamiento del sistema familiar teniendo en cuenta la premisa de que el síntoma que presenta el individuo es una metáfora que indica que algo está sucediendo en la dinámica familiar.

Con base en ello, diversos autores concuerdan que las familias psicósomáticas presentan unas características particulares según su organización y funcionalidad; de igual forma su sintomatología encuentra explicación en las reglas de interacción, rituales, legados familiares y pautas transgeneracionales que hacen del sistema familiar un sistema rígido e impermeable que conlleva al estancamiento en el ciclo vital familiar (padres con hijos adolescentes), impidiendo la emancipación de lo(as) hijo(as), dando lugar a los TCA.

Por tanto, en el presente artículo, se hace énfasis en el modelo sistémico y en los aportes que han realizado distintas escuelas y enfoques en la comprensión y conceptualización del trastorno; para ello toma en consideración las reflexiones que sobre familia se han gestado en la línea de investigación que lidera el Centro de Familia de la Universidad Católica de Pereira. Lo anterior, permite a la comunidad académica reconocer la importancia de profundizar en otros enfoques y a lo(as) profesionales en psicología tener una perspectiva amplia de los diferentes modelos de intervención debido a que algunos procesos terapéuticos se consideran eficaces

dependiendo de la mirada interpretativa que se le da al síntoma o problema que padece el sujeto.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El TCA es un fenómeno que afecta significativamente a niños, niñas, adolescentes y adulto(as) y se caracteriza por la alteración de la ingesta de alimentos como la pica, la rumiación y la evitación o restricción, siendo estas conductas producto de la insatisfacción que tienen las personas con su peso y/o imagen corporal.

Desde los manuales de clasificación se puntualizan los TCA como un grupo de patologías mentales que, según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), están caracterizados por:

una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causan un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 329)

De igual manera la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) establece unas pautas diagnósticas diferenciales para la anorexia nerviosa, describiéndola como “un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo” (OMS, 1992, p. 219); mientras que la bulimia nerviosa, está descrita como “un síndrome de episodios incontrolados de ingesta de comida seguidos por vómito auto-inducido, uso de laxantes y otros métodos dirigidos a prevenir el aumento de peso” (Ángel, Martínez y Gómez, 2008, p. 194). A pesar de la diferenciación clasificatoria de estos manuales, algunos autore(as) consideran “la anorexia y a la bulimia como un binomio sintomático que [...] la mayoría de las veces aparece de manera alternada en una misma persona” (Navarro, 1999, p. 108).

Con respecto a la prevalencia de los TCA, Chinchilla (1995) (como se citó en González et al., 2002) indica que “la constatación del creciente aumento de la incidencia del trastorno, puede significarse en el contexto del rol preponderante que ha adquirido el cuerpo, como distinción social y como medio de competitividad, de afirmación y reconocimiento” (p. 92). Por lo tanto numerosas investigaciones indican que la población más propensa a presentar el TCA son los adolescentes y jóvenes entre 12 y 25 años, siendo en este caso las mujeres las más afectadas.

Mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo [...] se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa (AN), de 1- 3% de bulimia nerviosa (BN) y de aproximadamente 3% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). (Peláez, Labrador y Raich, 2005, p. 130)

Retomando las unidades clasificatorias anteriormente mencionadas (DSM, CIE), vale la pena resaltar que estas apoyan la orientación del diagnóstico clínico; pues se basan en estudios de carácter científico y dan uniformidad a los criterios clasificatorios. Sin embargo la comprensión del trastorno debe ir más allá, evitando etiquetar a lo(as) pacientes, porque “los juicios son la raíz del sufrimiento humano [...] el sufrimiento, surge de las interpretaciones que hacemos sobre lo que nos acontece y, muy particularmente, de los juicios en que dichas interpretaciones descansan” (Echeverría, 2003, p. 76). Por tanto, considerando que el lenguaje es generativo y crea realidades, la visión clasificatoria de los trastornos alimentarios desde una visión generativa se puede considerar como una oportunidad para construir una identidad distinta a la de persona enferma, abriendo posibilidades para el(la) consultante, dejando a un lado sus déficits y visualizando sus recursos.

De igual manera las definiciones diagnósticas emitidas desde estas entidades, si bien tienen en cuenta los contextos y las personas que podrían influir en la aparición del síntoma, hacen mayor énfasis en las características y criterios diagnósticos; de ahí que el enfoque sistémico ofrezca la posibilidad de leer los trastornos alimenticios como una metáfora de una alteración en las relaciones familiares.

En este sentido es importante considerar que a pesar de que muchos niños, niñas y adolescentes se ven enfrentado(as) a factores predisponentes, no todo(as) desarrollan este trastorno. Este hecho, remite a buscar una respuesta que oriente a pensar en el papel que cumple el contexto familiar en el desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos; ya que es la familia —por ser el primer ente de socialización del individuo— la que determina los valores, las costumbres, los hábitos y sobre todo la consolidación de la personalidad.

Por ello la perspectiva sistémica considera en su análisis no solo los aspectos socioculturales, sino también el análisis relacional en el contexto familiar. Es por esto que el presente trabajo está orientado desde el modelo sistémico, el cual aparece como una alternativa a los modelos tradicionales, haciendo énfasis según las etapas del ciclo evolutivo familiar en la etapa de la adolescencia como ciclo vital; la cual es donde se ubica con frecuencia la problemática de los trastornos en la conducta alimentaria.

¿Por qué sería necesario considerar la perspectiva sistémica en la comprensión de los TCA?

Desde la teoría general de los sistemas, la familia es considerada como un sistema en el que el comportamiento y la expresión de cada uno(a) de sus integrantes están conectado(as) e influye y es influido por lo(as) otro(as). Así, lo(as) terapeutas sistémicos empiezan a considerar que la familia juega un papel importante en la generación del síntoma, “los trastornos individuales se connotan como síntomas de una disfunción familiar” (Hernández, 2001, p. 29).

Esto permite comprender la familia como un sistema dinámico que atraviesa un curso denominado “ciclo evolutivo familiar”, que según Valdivieso y Peña (2007) es “un proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones” (p. 17) que pueden generar en la familia crisis normativas y no normativas, siendo estas últimas resueltas según el uso que haga la familia de los recursos, capacidades y experiencias previas.

Para Estremero y Bianchi (2004) el ciclo evolutivo familiar se enmarca en siete etapas, de las cuales la adolescencia resulta altamente significativa para el sistema familiar por toda la demanda de flexibilidad y adaptación que supone; no en vano, se presenta una prevalencia del trastorno en lo(as) adolescentes y jóvenes entre 12 y 25 años. Según estas autoras:

es una etapa de grandes turbulencias emocionales para el adolescente que atraviesa el desafío de transformarse en adulto (dejando la imagen idealizada de los padres de la infancia), definir su identidad sexual y conquistar cierto grado de autonomía en lo emocional y mental. (p. 20)

Dicho proceso de individuación y diferenciación implica un cambio en las relaciones, en especial, en lo que a reglas y normas familiares se refiere. No obstante, “en familias sanas, estas reglas sirven como directrices y están al servicio de un esfuerzo de crecimiento. En las familias patológicas, las reglas se usan para restringir el cambio y mantener el statu quo” (Whitaker y Bumberry, 1998, p. 219). Durante este proceso de emancipación, “la familia se sitúa en una posición de auténtica transición, lo que significa que ha de dar respuestas adecuadas a las necesidades que lleva implícito cualquier paso de un ciclo vital a otro” (Ríos, 2005, p. 31).

Aunque algunas familias tienen la capacidad de adaptarse a estos cambios que surgen en el ciclo vital con hijo(as) adolescentes y de superar las crisis, existen otras donde les resulta difícil transitar por las diferentes etapas del ciclo evolutivo familiar debido a la dificultad de ajustarse a los cambios y modificar el funcionamiento familiar en aras de lograr un equilibrio; puesto que en algunas ocasiones para el subsistema parental se torna complejo modificar las pautas de interacción, estructura,

funcionamiento familiar, sistemas de creencias, reglas o patrones entre otros, generando así una crisis que puede dar lugar a los TCA como una manifestación emocional que se refleja en el cuerpo del adolescente. Así,

la construcción de identidad personal es un aspecto esencial en la experiencia del adolescente. El joven necesita descubrir y afirmar su propia identidad, y lo hace sobre todo a través de su cuerpo, poniéndolo a prueba y obteniendo resultados visibles en el acto. (Belart y Ferrer, 1999, p. 158)

Otra de las manifestaciones de estos trastornos podría estar relacionada con la necesidad de dar paso a lo(as) hijo(as) de ocupar una posición central y prolongar el período de dependencia con respecto a los padres, siendo su bienestar una cuestión crucial dentro de la dinámica familiar. En este sentido la presencia del TCA implica una nueva reorganización en el sistema familiar, pues la enfermedad obliga a cambiar el estilo de vida de todo(as) lo(as) integrantes del sistema familiar; centrándose en el(la) enfermo(a) a cuidar y por otro lado el/ella, pese a la sintomatología desagradable que presenta, obtiene una ganancia secundaria que es contar con privilegios que otros individuos dentro del sistema no tienen.

Finalmente se podría decir que el cuerpo de lo(as) adolescentes se encuentra investido de significados, símbolos y valores construidos a lo largo de su historia personal y familiar. Por ello es importante considerar que el síntoma no se presenta en el individuo de manera inesperada en esta etapa del ciclo vital, ya que este es la consecuencia y resultado de una historia con relación al sistema de creencias y la organización relacional de las familias.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE LA PERSPECTIVA SISTÉMICA

Durante mucho tiempo los TCA eran considerados como pertenecientes al individuo que los padecía, tan solo desde inicios de los años 70 es cuando empieza a surgir el enfoque sistémico como alternativa a los ya existentes; de ahí se empieza a considerar al sistema relacional y, en especial, a la familia como un factor importante. A partir del surgimiento de estas teorías se buscó vincular el trastorno de conducta alimenticia con el contexto más próximo que es la familia, poniendo su mirada en:

las interacciones, en la conectividad relacional, tratando de contextualizar y enseñar desde una mirada más amplia, que nos permite comprender los mecanismos que mantienen las conductas (teniendo en cuenta la función que éstas cumplen dentro del sistema en el que se encuadran)

e intervenir sobre los múltiples aspectos que conforman dicho sistema.
(Borrega, 2013, p. 4)

Con base en ello se pone en evidencia que las familias donde se presentan TCA tienen ciertos patrones disfuncionales tales como la rigidez, la fusión, el autosacrificio y la lealtad grupal entre otros, que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de este tipo de patologías.

En este sentido uno de los primeros autores en empezar a incorporar la familia en los procesos de comprensión e intervención en los TCA fue Minuchin, quien plantea que el TCA es un síntoma que expresa la organización familiar disfuncional; explicándolo, desde su modelo estructural de la familia psicósomática, con cinco características predominantes de interacción en estas familias:

aglutinamiento o hiperimplicación entre los miembros transgrediendo los límites generacionales; sobreprotección reflejada en el alto nivel de preocupación del bienestar de los miembros entre sí retrasando el desarrollo de autonomía de los hijos; rigidez, reflejada en el hecho de mantener el estado sin permitir cambios necesarios para la evolución y desarrollo; evitación del conflicto y la implicación del hijo sintomático en conflictos maritales. (Cruzat et al., 2008, p. 83)

Para estos autores lo(as) hijo(as) que padecen el TCA logran mantener la unidad familiar y evitar el conflicto dado que ante una situación problema la atención de la familia se dirige al síntoma que presenta el paciente identificado, siendo esta una manifestación emocional que se desarrolla en el cuerpo del individuo.

Beavers, Kelsey y Voeller (1983) (como se citó en Stierlin y Weber, 1990), coinciden con lo planteado por Minuchin al destacar que dentro de las familias psicósomáticas se presentan características de aglutinamiento a las que denominan “las familias centrípetas fronterizas” o estrechamente ligadas, las cuales se caracterizan por:

poseer rígidas fronteras externas; se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación, y atribuye un máximo de importancia a la cohesión; los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas, el mundo exterior se considera una amenaza; se evitan los conflictos; la coalición materno-paterna es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se dan de un modelo de dominación-sumisión; se asigna gran valor a las palabras; y las familias recurren a terapia pero suelen delegar sus problemas en los terapeutas. (p. 40)

Asimismo, Haley (1980) concuerda con lo planteado por Minuchin al resaltar la importancia de la estructura de la organización en las implicaciones sintomatológicas que se pueden presentar con un hijo(a). Para Haley el problema reside en el funcionamiento anómalo de la organización que demanda una conducta comunicativa peculiar y por lo tanto procesos de pensamientos peculiares, por lo que afirma que la intervención terapéutica tendrá máxima eficacia si apunta a la estructura organizacional básica.

Los TCA se dan por la forma en la que están organizadas las familias psicosomáticas y de esta manera de cómo se encuentran funcionando a partir del cumplimiento de su jerarquía y roles. De este modo, en las interacciones familiares, a cada miembro o integrante del sistema se le confiere un rol para que cumpla unas funciones. Es entonces cuando los hijo(as) como un intento de solución a la disfunción familiar encuentran en el cuerpo y en los TCA como síntoma corporal, un medio para expresar el fracaso de las interacciones familiares y la sentida necesidad de reorganización.

Otros autores, como Onnis y Ceberio (2007), puntualizan en la consideración de la familia como el ámbito relacional donde se configura este trastorno; pues “el síntoma entonces, si bien es corporal, adquiere un significado simbólico que va más allá del símbolo individual para convertirse en una *“metáfora familiar”*” (p. 11). De esta manera el síntoma se desarrolla como un intento de solucionar la disfunción familiar. Los hijo(as) con TCA entran en un juego de triangulación para evitar que la pareja se disuelva; ya que los padres se olvidan de ser pareja y dan prioridad al papel de ser buenos padres. Es decir el(a) paciente identificado(a) es portador(a) del síntoma para proteger a la familia porque lo(as) integrantes del sistema ocupan jerarquías incongruentes y dobles vínculos, lo que deja entrever la necesidad de movilizar el sistema para generar cambios que permitan un equilibrio en la dinámica familiar.

Linares (1996), por su parte, hace hincapié en la importancia de la estructura familiar y su organización; sin embargo propone un modelo en el que considera que la familia tiene dos pilares básicos que la sustentan que son: la parentalidad y la conyugalidad, que se interrelacionan, y si alguno de ellos se deteriora afecta colateralmente al otro. Además, plantea que, entre esas dos variables, se puede presentar en las dinámicas familiares un espacio de triangulación. Por tanto, en las familias trianguladoras, se da con frecuencia conflictos conyugales que obstaculizan la cobertura de las necesidades nutricias de lo(as) hijo(as) dado que están en medio del juego relacional de la pareja quedando secundariamente deteriorada la parentalidad.

Esto se encuentra relacionado con lo expuesto por Rodríguez (1996), quien plantea unas características en las familias con TCA en relación con el proceso de individuación, sosteniendo que son los padres de los pacientes con TCA quienes se encuentran estancados en el proceso de separación de su familia. Este autor comparte los planteamientos expuestos por Linares, al decir que en las familias con

un hijo(a) con TCA hay una gran disfunción conyugal; la cual tiene que ver con la desautorización de los mensajes entre lo(as) miembros de la familia y la dificultad de los padres para hacerse responsables de sus propias ideas o sentimientos y de esta manera el(a) paciente logra por medio del TCA expresar su malestar.

Desde esta óptica, Rodríguez (1996) se aproxima a los planteamientos de Minuchin y de Onnis al afirmar que “no tener en cuenta la correspondencia entre el síntoma y el contexto puede beneficiar la cronificación de la patología en donde el cuerpo sería la representación del descontento familiar” (p. 398).

Por otra parte Selvini et al. (1996) contemplan las características de las familias psicósomáticas expuestas por Minuchin, Linares entre otros; agregando, según sus estudios encaminados a la anorexia, que el síntoma es producto de las reglas de interacción, rituales y legados familiares, relaciones diádicas y pautas transgeneracionales, reconociéndolo como una metáfora de algo que está sucediendo en la dinámica familiar, en la sociedad y en la cultura. Es por esto que habla de una perspectiva constructivista. En este sentido,

las familias con un miembro anoréxico se caracterizarían por un alto grado de disfunción marital, detrás de la cual hay una profunda desilusión mutua. Se cumplen una serie de reglas, que han sido descritas también por otros autores, como son: el rechazo o descalificación de cada miembro de los mensajes de los otros, la incapacidad para hablar en el propio nombre asumiendo como propios sentimientos o pensamientos sin atribuirlos a entidades abstracta. [...] Las alianzas declaradas son imposibles. En el nivel intergeneracional la paciente aparece aislada de sus hermanos y hermanas, mientras que, a nivel transgeneracional, las coaliciones tan repetidamente observadas de un padre con la hija son sistemáticamente negadas. (Rodríguez, 1996, p. 50)

De acuerdo a lo anterior, “White (1983) siguiendo el modelo transgeneracional por Boszormenyi-Nagy, Bowen y Stierlin, describe a la familia de la anoréxica como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación” (como se citó en Espina y Pumar, 1996, p. 158) donde la lealtad y las prescripciones del rol de mujer obligan al individuo a relacionarse de acuerdo a las creencias familiares siguiendo el legado familiar.

Finalmente los planteamientos de lo(as) autore(as) anteriormente citados concuerdan en que es en la familia donde se da lugar este trastorno y por ello contemplan unas características que las hacen propensas. Es decir que, en las familias donde hay adolescentes con diagnóstico de TCA, tienden a ser fusionadas y con tendencia a evitar el conflicto. Por esta razón se ve la necesidad en el proceso de intervención de modificar la estructura familiar, los roles, las funciones, las jerarquías entre otros, con el fin de generar un equilibrio en las interacciones familiares y dar solución al síntoma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de lo anteriormente expuesto, y considerando que hoy los trastornos de conducta alimentaria en niños, niñas y adolescentes son un problema de alta complejidad de intervención, el abordaje por medio de la terapia familiar sistémica ofrece un amplio campo de acción gracias a la alternativa ante la lectura e interpretación del síntoma que presenta el sujeto, permitiendo comprender el inicio y mantenimiento del problema a través de las interacciones y funcionamiento del sistema familiar, teniendo en cuenta la premisa de que el síntoma del paciente identificado es una forma de comunicar que algo está sucediendo en la dinámica familiar y que por ello interfiere en el desarrollo de cada subsistema.

De ahí que el contexto familiar es el ente principal que requiere intervención como unidad de abordaje que al modificar su estructura, funcionalidad o pautas de interacción puede dar solución al síntoma que no solo implica a la persona, sino también al contexto más próximo (familia) considerando los recursos con los que cuenta y capacidades suficientes para transformar su estructura y lograr así la homeóstasis y resolver el problema.

Así, el(a) terapeuta sistémico(a) deberá tener en cuenta algunas estrategias para la intervención terapéutica en pacientes con alteraciones en su comportamiento alimentario puesto que de entrada tiene que enfrentarse a *la ausencia de consciencia de la enfermedad*. Las familias de esto(as) pacientes tienden a negar su trastorno, rechazando la mayoría de las veces cualquier tipo de ayuda, e incluso a distorsionar u ocultar la información, presentando un alto grado de abandono terapéutico. Al respecto González (2002) (como se citó en Cruzat et al., 2008) señala que:

la evitación de conflictos caracterizaría a las familias anoréxicas. Esta mayor evitación del conflicto por parte de las familias de las adolescentes anoréxicas trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología, además de incrementar la falta de conciencia de la adolescente acerca de su problema, quien actúa como si su situación fuera normal (González, Hidalgo, Hurtado, Nova, y Venegas, 2002). Rausch y Bay (1997) señalan que las familias evitativas no negocian explícitamente sus diferencias, por lo que quedan sin solución, negando la existencia de problemas y generando la apariencia de "familia ideal". (p. 84)

En este sentido el que la familia trate de minimizar el problema o pretenda mostrarse como ideal permite identificar el principal tejido relacional que muestra la manera como se está configurando y sosteniendo el síntoma. De esta forma, al realizar dentro de la terapia preguntas circulares y reflexivas, se puede llegar a desmitificar el ideal de familia perfecta; esto podría contribuir en la eliminación de

la responsabilidad por parte del adolescente de mantener el equilibrio del sistema familiar y así poder desarrollar lo propio de la etapa de la adolescencia con respecto a su individualidad.

Asimismo, para que esto surja durante la intervención, se hace necesario generar un contexto empático donde se pueda establecer una relación positiva y de confianza para que se gesté un estado emocional que favorezca la *toma de consciencia de la enfermedad y el deseo del verdadero cambio* con el objetivo de que el plan terapéutico sea exitoso; pero la consciencia de la enfermedad también requiere de un proceso de resignificación frente al concepto de TCA debido a que este es concebido como una etiqueta que genera sentimientos de minusvalía, inferioridad, limitaciones e imposibilidades de cambio en la persona que lo padece; por tanto, desde el modelo sistémico, el reto es ayudar a la familia a *resignificar ese diagnóstico o etiqueta* ayudándola a construir una nueva historia que ofrezca una visión diferente del trastorno para evitar que se quede bloqueada en sus intentos de cambio; potencializando el desarrollo y curso evolutivo del sistema familiar.

Ahora bien, para Herscovici y Bay (1991), en el proceso de evaluación e intervención del terapeuta sistémico, es importante *comprender los fundamentos teóricos del modelo y sus principios orientadores*; esto permitirá conceptualizar el síntoma dado que sus propósitos en el tratamiento varían, por ejemplo: la terapia familiar estructural propuesta por Minuchin, Rosman y Baker (1978) tienen como “objetivo ulterior del tratamiento modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros” (p. 66); mientras que desde la escuela estratégica de Milán se conceptualiza a la anorexia nerviosa como “una enfermedad “sistémica” para la cual prescribe intervenciones estratégicas y paradójicas que tienen como objetivo cambiar las interacciones familiares sin recurrir a explicaciones” (p. 66). Siendo ello fundamental a la hora de hacer la lectura e intervención de la queja, pues son bases teóricas que se complementan a la hora de leer el síntoma.

En esta medida es fundamental la comprensión del síntoma que ha construido la familia con hijo(as) con TCA, ya que generalmente tienen una visión individual del síntoma; lo cual establece para el terapeuta sistémico el desafío de *descentralizar a la familia de la visión en el individuo como único portador y responsable del síntoma* para comprenderse a sí misma como un sistema organizado en el que cada individuo contribuye y hay corresponsabilidad no solo en el inicio y el mantenimiento del trastorno alimentario, sino también en los avances durante la terapia. Este cuestionamiento es importante para lograr que la familia redefina el síntoma y más allá de sentirse culpable encuentre la oportunidad de reconocer el entramado relacional y empezar a funcionar de una manera alternativa.

Con base en ello el terapeuta sistémico tiene como objetivo principal *desenmascarar la función del síntoma*, pues los trastornos de conducta alimentaria cumplen una función en el sistema familiar; por ello el terapeuta debe tratar de

comprenderla. De ahí la importancia de explorar las interacciones familiares y de considerar que el síntoma que porta el paciente identificado es la manera que ha encontrado junto con su familia de comunicar los conflictos familiares y por lo tanto el proceso terapéutico debe estar encaminado a interpretarlo y no a eliminarlo, pues el paciente identificado intenta decir algo acerca de un sufrimiento en torno a la disfunción de las relaciones.

Es necesario considerar que no es una tarea fácil: primero hay que tener en cuenta que desde la visión sistémica estructuralista, en una familia, todo(as) sus integrantes cumplen una función. Si el(a) adolescente identificado(a) como enfermo(a) cumple la función de ser un mecanismo regulador del equilibrio familiar para mantenerlo se requiere que siga enfermo(a); por tanto, cualquier cambio producto del proceso terapéutico va a considerarse una amenaza al equilibrio del sistema patológico familiar. Aquí el(a) terapeuta se encontrará con dificultades en su abordaje porque la familia genera múltiples pretextos para que las interacciones disfuncionales del entorno familiar permanezcan a través del tiempo.

Lo anterior, también está relacionado con las características de las familias con hijo(as) adolescentes que presentan este trastorno; pues al tratarse de sistemas familiares impenetrables con límites poco permeables hacia el exterior, el(a) terapeuta constituye una amenaza para el equilibrio familiar. Por tanto, deberá utilizar estrategias para *transmitir pautas de flexibilidad suficientes a la familia para que pasen a ser sistemas abiertos y los hijo(as) adolescentes alcancen su proceso de individuación*. Todo esto implica que el(a) terapeuta se acerque y lleve su proceso de acomodación y adaptación a la familia con cautela para evitar la deserción del proceso terapéutico. Para lograrlo también debe tener conocimientos frente *al ciclo evolutivo de la familia*, ya que todas las etapas por las que pasa la familia generan unas crisis; las cuales requieren de ajustes interrelacionales con el fin de salvaguardar al sistema de la enfermedad o desorganización, por ello “el sistema debe mostrar ajustes, reorganizando los papeles que cada uno desempeña y adaptando las reglas a las edades de los integrantes” (Eguiluz, 2003, p. 8).

Con respecto al proceso de individuación, que tiene lugar en la etapa de la adolescencia,

se hace evidente que uno de los focos de atención del terapeuta debe ser *comprobar de qué manera está la familia promoviendo la autonomía de sus miembros [...]* los padres deben reemplazar el patrón de control absoluto por uno de supervisión. (Herscovici y Bay, 1991, p. 74)

Esto en razón a que, cuando las fronteras en los sistemas se tornan rígidas, se indica una dificultad en la familia para hacer la transición en el ciclo vital o temor a que sus hijo(as) entren en contacto con un mundo cambiante, caótico y con múltiples problemas sociales que puedan interferir negativamente en su comportamiento.

En consecuencia, el(a) terapeuta debe saber *identificar las reglas o patrones que rigen dentro del sistema familiar* y si estos están relacionados con las etapas del ciclo vital de lo(as) integrantes que hacen parte del sistema; pues “las fronteras de la familia con el mundo externo deberían ser lo suficientemente flexibles como para permitir este sucesivo ingreso y egreso, filtrando y promoviendo distintas influencias” (Herscovici y Bay, 1991, p. 74).

En conclusión, cabe resaltar la importancia que tiene la familia en la etiología de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia. Numeroso(as) investigadore(as) han centrado su atención en la relación familia y psicopatología en la búsqueda de variables influyentes y de posibles soluciones a este sufrimiento infantil innecesario (Serrano, Galán y Rosa, 2009, p. 474); por tanto, es importante resaltar que el(a) terapeuta familiar sistémico debe promover el papel protector de la familia como un elemento que provee de habilidades que contrarresten factores de riesgo en el desarrollo de los TCA. De tal forma que se sensibilice que un contexto familiar positivo genera mayor protección; mientras que un contexto familiar negativo impone mayor vulnerabilidad teniendo en cuenta el papel que cumple la familia al transmitir los valores, las creencias y legados entre otros, que acompañarán al individuo a lo largo de su ciclo vital.

También es importante prevenir el desarrollo de los TCA, ya que según las estadísticas estos se han incrementado en la población infantil y constituyen un problema de salud en lo(as) adolescentes. Esto con el propósito de evitar inconvenientes que conlleven a la alteración psicológica y al deterioro físico y a la vez plantear estrategias de prevención desde las instituciones educativas y los servicios de salud en general. En esta medida la consideración por este trastorno en perspectiva sistémica podría considerar la prevención de manera más inclusiva donde el grupo familiar pueda tener un lugar.

Si bien este panorama ofrece una explicación amplia de los trastornos de conducta alimentaria, no debe conllevar a la generalización de un modelo estándar de familia; por el contrario hay que ver la gran variedad de dinámicas familiares, sus circunstancias particulares debido a que no todas las familias con adolescentes con TCA se ajustan a las características descritas. Al respecto, Herscovici y Bay (1990) aseguran que:

no existe un método determinado que resulte eficaz para tratar a los pacientes y a las familias con TCA debido a que cada familia e individuo presenta un caso particular y caer en la generalización de un trastorno tan complejo y riesgoso resultaría perjudicial. (p. 411)

De ahí que lo importante en la intervención sistémica sea, además de hacer una reestructuración del sistema familiar, deconstruir relatos de vida invalidantes y elaborar nuevas significaciones a su historia de vida que ofrezcan recuperar la voz y llenar el vacío en la identidad; logrando la individuación e independencia de los y las adolescentes que padecen estos trastornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ángel, L.A., Martínez, L. y Gómez, M. (2008). Prevalencia del trastorno del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56 (3), 193-210.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (Ed.). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Belart, A. y Ferrer, M. (1999). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Borrega, A.P. (2013). *Abordaje relacional en los trastornos del comportamiento alimentario*. Navarra, España: Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.
- Cruzat, C. et al. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhé*, 17 (1), 81-90.
- Echeverría, R. (2003). Ontología del lenguaje. *De los juicios*. Santiago de Chile, Chile: Lom Ediciones S.A.
- Eguiluz, L.L. (Comp.). (2003). La familia según el modelo sistémico. *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Ciudad de México, México: PAXMEXICO.
- Espina, A. (1996). Terapia familiar en la anorexia nerviosa. El modelo sistémico. En A. Espina y B. Pumar (Ed.). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación* (pp. 1-396). Madrid, España: Fundamentos.
- Estremero, J. y Bianchi, X. (2004). Familia y ciclo vital familiar. En C. Cejas et al. (Ed.). *Manual para la salud de la mujer* (pp. 1-70). Buenos Aires, Argentina: Fundación MF.
- González, L. et al. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11 (1), 91-116.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Madrid, España: Amorrortu.
- Hernández, A. (2001). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá, Colombia: El Búho.
- Herscovici, C. y Bay, L. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Ciudad de México, México: Paidós.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, España: Paidós.

- Losada, A. y Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borromeo*, 4.
- Minuchin, S., Rosman, B. and Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- Navarro, R. (1999). El cuerpo de la anorexia. En S. Carrizosa (Ed.). *Cuerpo: significaciones e imaginarios* (pp. 1-142). Ciudad de México, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Onnis, L. y Ceberio, M. (2007). Cuando el cuerpo habla. La perspectiva sistémica en psicopatología. *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/onnisi.htm>.
- OMS. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.
- Peláez, M.A., Labrador, F.J. y Raich, R.M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (2), 135-148.
- Ríos, J. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja: ¿crisis u oportunidades?* Madrid, España: Editorial CCS.
- Rodríguez, B. (1996). La óptica sistémica en el tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16 (57), 47-55.
- Sánchez, B. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013* (tesis de pregrado). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica Intercontinental, Luque, Paraguay.
- Serrano, J., Galán, A. y Rosa, S. (2009). Actitudes trianguladoras familiares y psicopatología infanto-juvenil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 473-482.
- Selvini, M. et al. (1996). *Die psychotischen Spiele in der Familie*. Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. y Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Gedian.
- Valdivieso, G. y Peña, G. (2007). *El ciclo vital de la familia* (tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Whitaker, C. y Bumberry, W. (1998). *Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial*. Barcelona, España: Paidós.