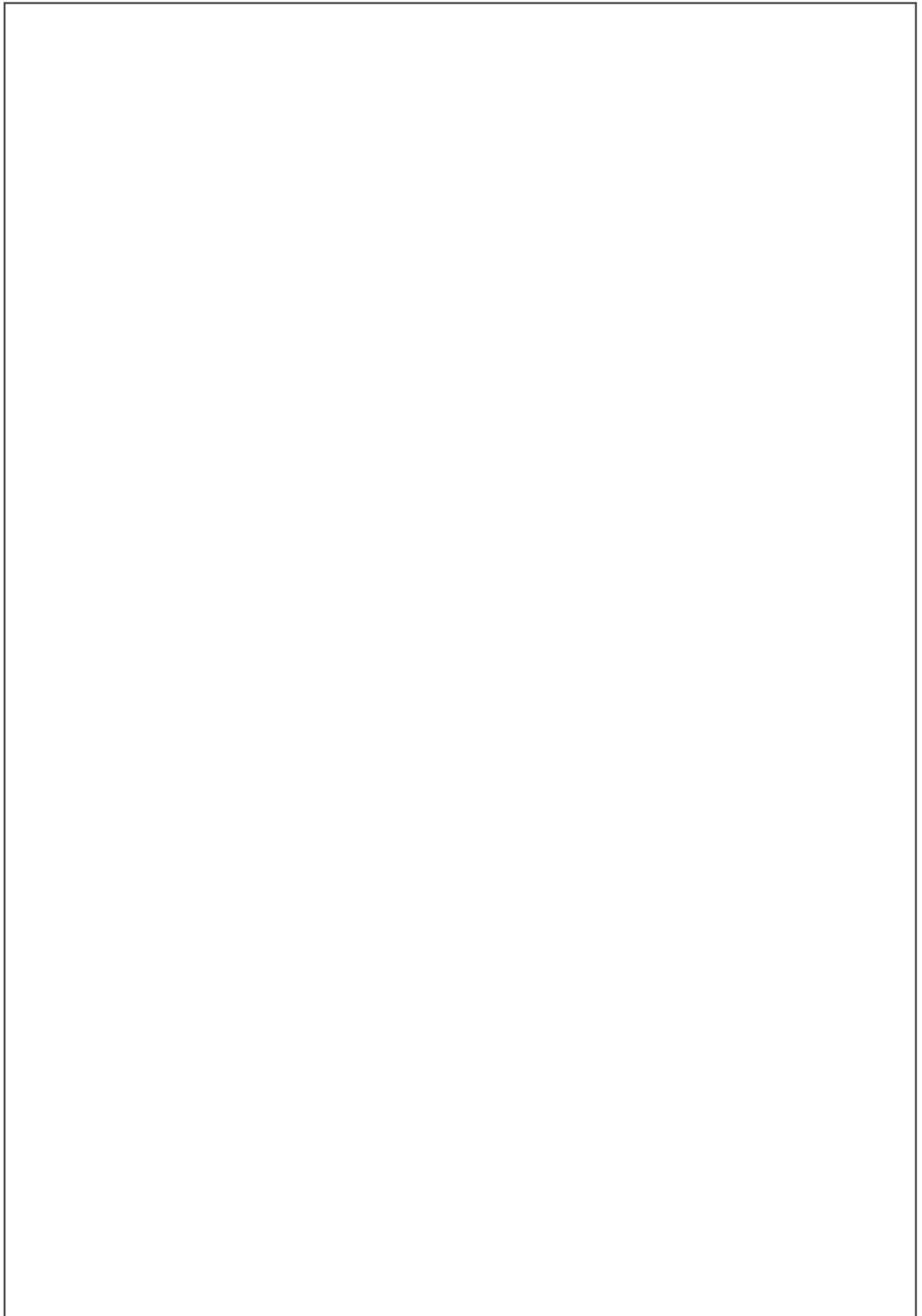
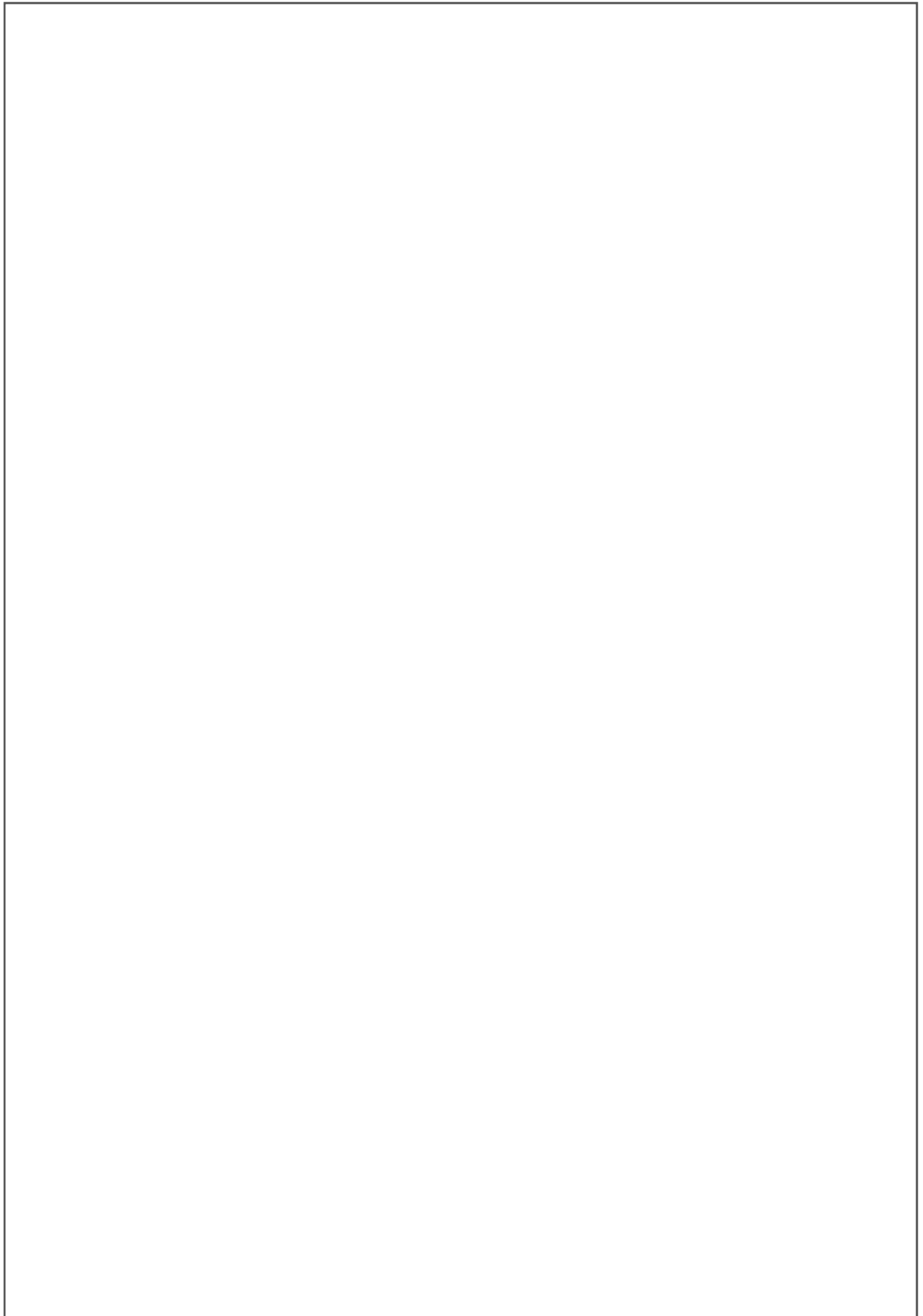


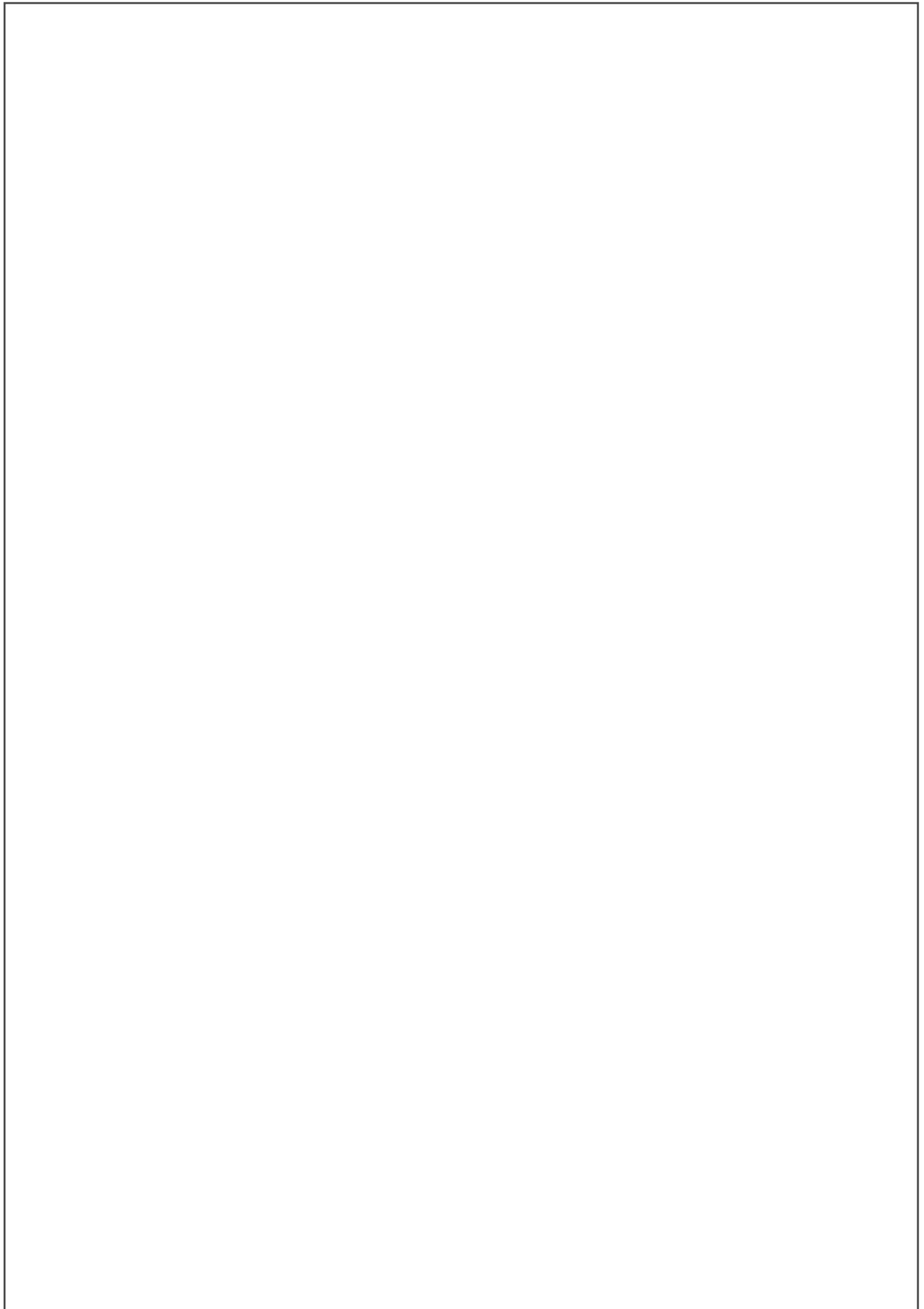
[pic]





ÍNDICE

Introducción	6	
Justificación	8	
Problema	14	
Objetivos	18	
Marco teórico	20	
Introducción al marco teórico	21	
Capitulo I. Bulimia y Anorexia Nerviosas	22	
Capitulo II. Familia.....	46	
Capitulo III. Tratamiento	55	
Capitulo IV. Capacitación	64	
Metodología	75	
Historia de la Institución	76	
Descripción del equipo terapeutico	80	
Descripción de la metodología	81	
Diagnóstico		83
Interpretación de datos	84	
Conclusión	91	
Proyecto de capacitación	96	
Descripción del proyecto	97	
Plan de actividades	98	
Bibliografía y Anexos	113	



INTRODUCCIÓN

Se consideró de relevancia el tema elegido para el trabajo de graduación a raíz de la experiencia obtenida como practicante en el centro de atención interdisciplinario de trastornos alimenticios ALUBA (Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia). Luego de haber vivido tal experiencia nace en mí el interés por conocer, en mayor profundidad, dicha patología y su tratamiento.

Los trastornos alimentarios son definidos como alteraciones graves en la conducta alimentaria. (DSM IV, 2000)

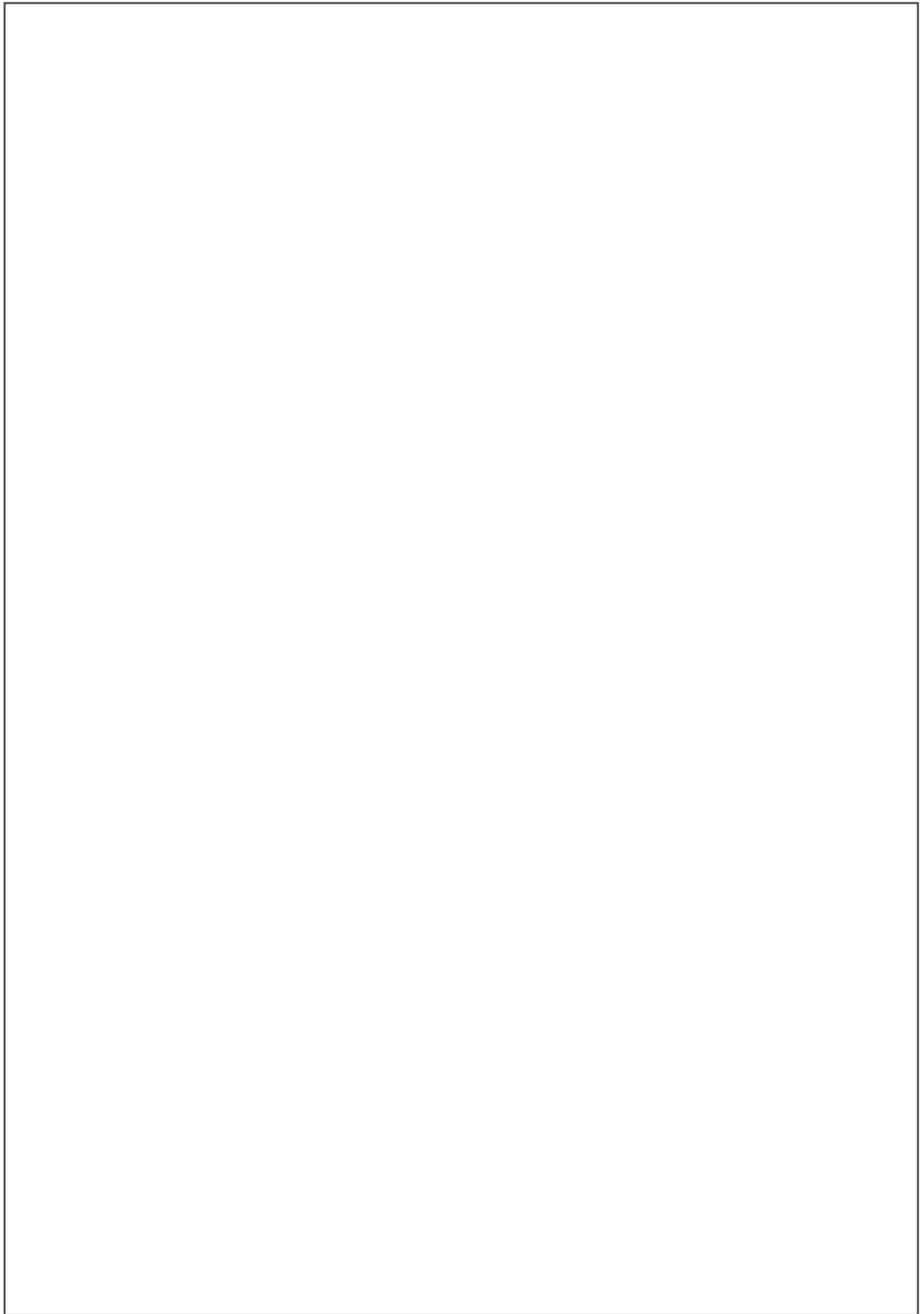
Los autores tales como Marcelo Heiker y Celene Miler (1980), sostienen que los trastornos de la conducta alimenticia se han convertido en la última década en un importante foco de interés, ya que involucran a un sector muy amplio de nuestra población, motivo por el cual ha surgido la necesidad de dar respuestas terapéuticas.

Los mismos autores manifiestan que los trastornos de la alimentación afectan al 1,4% de las adolescentes y mujeres jóvenes o adultas pertenecientes a la clase social media alta.

Cecile Herscovici (2002) considera a la anorexia y la bulimia nerviosas como enfermedades multideterminadas por procesos individuales, familiares, interpersonales, así como por factores sociológicos y socioculturales.

A partir del trabajo realizado en la Institución, se consideró que podía llegar a significar un importante avance en la recuperación de los pacientes, la evaluación y el tratamiento de la familia en el proceso terapéutico. Por este motivo, se procederá a la realización de un trabajo donde se indague el rol de la familia en pacientes con trastornos de alimentación. Para una mejor comprensión de la temática a abordar, se dividió al mismo en diferentes bloques:

- 1- Evaluación bibliográfica: Recopilación de material teórico sobre los conceptos centrales.
- 2- Entrevistas a los miembros del equipo terapéutico de la delegación Aluba Córdoba (Diagnóstico).
- 3- Diseño de un plan de acción, de acuerdo a las demandas que puedan surgir en el Diagnóstico.



JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es la población de mayor vulnerabilidad ante los trastornos de alimentación. La misma, según Buendía (1998), es una etapa de crisis significada por continuos cambios. El equilibrio entre el individuo y el ambiente no es estable, es decir, que el adolescente fluctúa y se vulnerabiliza porque sus necesidades y el medio de satisfacerlas no se ven con claridad ante los continuos cambios.

En esta etapa la construcción de la Identidad es la tarea más importante y muchas veces la necesidad de los adolescentes está contrapuesta con la necesidad de los adultos.

El mismo autor sostiene que existen factores que influyen en la adolescencia. Estos son:

- Estructura familiar.
- Dificultades emocionales.
- Problemas escolares.
- Contexto.
- Minusvalía constitucional.
- Problemas interpersonales.
- Retraso en el desarrollo de habilidades.

Estructura familiar

Cuando mencionamos la estructura familiar nos referimos a: Cómo esta constituía la familia, los diferentes subsistemas familiares y cómo interactúan estos subsistemas teniendo en cuenta la jerarquía de roles y la puesta de límites. Las diferentes etapas y crisis evolutivas por los que pasan los miembros de la familia, los modos de comunicación que circulan en la familia y también cómo se manifiesta el afecto y la contención dentro del núcleo familiar.

Dificultades emocionales

En este aspecto, podemos encontrar baja autoestima del adolescente, inmadurez emocional o abuso infantil (Ej. Caso de violación).

Problemas escolares

Se advierte un evidente fracaso en los estudios.

Contexto

En este caso, se focaliza la situación social y cultural de la familia. No es lo mismo una familia de clase social baja que una de clase social media. La segunda tiene más posibilidades de afrontar un tratamiento, en el caso de tener uno de sus miembros enfermo, con respecto a la primera.

Minusvalía constitucional

Se da cuando en algún integrante de la familia se produce un desequilibrio neurológico o una minusvalía orgánica, por ejemplo, epilepsia y/o esquizofrenia.

Problemas interpersonales

Situación que se genera cuando el adolescente sufre un rechazo por parte de sus compañeros y tiende a alienarse o aislarse.

Retraso en el desarrollo de habilidades

En este caso se advierte un nivel de inteligencia por debajo de lo normal o problemas de déficit atencional.

Es necesario observar cuáles son las herramientas o capacidades que tiene cada familia para afrontar las diferentes situaciones por las cuales atraviesa. Que éstos sean factores de riesgo o de protección va a depender de la capacidad de la familia en cuanto a manejarlos de manera disfuncional o funcional.

Los factores de riesgo (manejo familiar con características más disfuncionales), debilitan la capacidad para afrontar las diferentes crisis, ya sea evolutivas o circunstanciales.

Los factores de protección son las maneras en que la persona maneja, negocia y enfrenta los cambios vitales de las experiencias estresantes. Estos factores de protección le permiten al adolescente:

- 1) Modificar el propio riesgo. Es decir, el adolescente puede reevaluar las situaciones problemáticas desde una perspectiva menos autocrítica, negativa y más positiva, acorde con sus recursos. De esta forma, el significado que le atribuyó al riesgo experimentado con anterioridad puede ser modificado.
- 2) Promover la autoestima y la autoeficacia. Es decir, la posibilidad de la persona para manejar las situaciones problemáticas y controlarlas cuando sucedan.
- 3) La apertura de nuevas oportunidades.

En la actualidad el adolescente encuentra que las mismas pautas culturales han determinado que la delgadez sea un sinónimo de éxito social. Muchos de nuestros jóvenes luchan por lograr el “físico ideal”, motivados por modelos, artistas o por la publicidad comercial. Hoy se observa que el mundo es de los delgados y muchos adolescentes, al tener un peso que excede al estándar de delgadez que la sociedad impone, se deprimen, se autocritican, se sienten desvalorizados y perdedores.

Ser delgado es sinónimo de éxito. Si se es delgado, todo es más fácil; es lo que la mayoría cree firmemente y esto hace que todos los esfuerzos se centren en una “dieta mágica”, cualquiera sea la restricción alimentaria que se adopte.

A la anorexia o bulimia nerviosas se llega siempre por el camino de la dieta. La presión social es muy grande, toda la población está preocupada por la figura. El culto al cuerpo es el caldo de cultivo donde la enfermedad brota y se expande. (Información recabada por la Dra. Mabel Bello, directora médica de la Institución ALUBA).

Relacionando todo lo mencionado anteriormente, encontramos como posible factor de riesgo al hecho de que en la actualidad el adolescente no haya crecido en un medio familiar favorable, que contemple y critique los modelos sociales impuestos. De esta manera, el mismo podrá ser propenso a desarrollar trastornos de alimentación.

A continuación se mencionarán investigaciones realizadas en patologías alimentarias, que se consideraron pertinentes en el desarrollo del presente trabajo.

Jaimes Pages (1999), realiza un estudio sobre la Asociación contra la Anorexia y Bulimia de Barcelona. Informa que los trastornos de la alimentación son un fenómeno típico de sociedades que adoptan modelos de vida occidentales o de sociedades industrializadas, siendo España ejemplo de esta tendencia.

El número de enfermos de anorexia y bulimia en España se ha triplicado desde junio de 1998 a junio de 1999, al pasar de 250.000 a más de 750.000, según datos difundidos en una reunión nacional de grupos de autoayuda celebrada en Barcelona. Por su parte, Vicente Turón, (1999), responsable de la Unidad de Trastornos de la Alimentación de la Ciudad Sanitaria de Bellvitge ha manifestado que “se trata de trastornos que afectan sobre todo a mujeres adolescentes, aunque cada vez es mayor la prevalencia en hombres y adultos”.

Respecto a los factores socio-culturales implicados en la progresión de los trastornos, destaca que cada vez es más frecuente que la publicidad, los medios de comunicación y diferentes ámbitos con los que entra en contacto la población joven, resulten más agresivos con su imposición de modelos estéticos anoréxicos.

Celia Villalobos (1999), ministra de Sanidad y Consumo de España, afirmó que los trastornos de la alimentación alcanzan una tasa de mortalidad del 4% en España. La ministra de Sanidad menciona que, según un estudio pionero de la Unión Europea, en el que participaron 11 hospitales españoles, los resultados preliminares de este estudio epidemiológico señalaron que la anorexia tiene una prevalencia del 0.4%, la bulimia del 1.2% y los cuadros mixtos, del 2.5%.

Según estos datos, los casos de trastornos de la conducta alimentaria se dan principalmente en mujeres entre los 14 y 22 años (4%). Por su parte, los casos en los que la enfermedad se da antes de la adolescencia, son esporádicos (entre un 8 y un 18% del total), al igual que en la población adulta. En este estudio se observa la prevalencia de la bulimia por sobre la anorexia en lo que respecta al número de casos, como así también el aumento de ingresos hospitalarios a causa de bulimia nerviosa, lo que podría reflejar que los síntomas que presenta el cuadro de la bulimia nerviosa pueden pasar inadvertidos para el entorno del individuo que lo sufre.

Según un grupo de trabajo de la Unión Catalana de Hospitales, la atención a la anorexia y la bulimia debe configurarse a partir de un modelo integral que abarque tres niveles asistenciales (régimen ambulatorio, hospital de día e internación), y una cartera de servicios que incluya la prevención, la asistencia con un equipo multidisciplinario y la formación. La propuesta se fundamenta en la experiencia de cuatro centros. El nuevo modelo TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) surgido de este estudio ha sido elaborado por los representantes del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA Cataluña), los centros ABB, ALBA y la Fundación Privada GABA.

Miguel Ángel Martínez (2003), realiza una investigación que se lleva a cabo en la Clínica Universitaria de Navarra con cerca de 3.000 chicas, para identificar los factores que incrementan el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. El estudio señala que: comer solo, el estado civil de los padres y la lectura de revistas juveniles serían los principales factores, si bien la personalidad es el factor desencadenante fundamental. En la misma investigación se considera que los factores de riesgo están muy relacionados “sobre todo con el entorno familiar de las adolescentes”.

Se observaron 90 casos nuevos y se identificaron los tres factores de riesgo mencionados anteriormente: el hábito de comer solitariamente, que triplica el riesgo; el estado civil de los padres, que lo duplica en aquellas chicas con padres viudos, separados o divorciados; y el mayor uso de determinados medios de comunicación, como revistas juveniles centradas en contenidos de moda, belleza, etc., o algunos programas de radio, que multiplica el riesgo por dos.

Acerca de las características de la personalidad, se demostró que la población donde se desarrollan estos trastornos alimentarios, tiene una baja autoestima y un cierto perfeccionismo, que genera un comportamiento inseguro. Existe un cierto temor a la transición entre la adolescencia y la edad adulta, postergando asumir responsabilidades.

En otra investigación realizada por Castells & Silves (2003) se arribó a la conclusión de que la etiopatología de los trastornos psiquiátricos y psicológicos de la adolescencia debe buscarse en la relación familiar. Según ellos, mediante sencillas preguntas claves relativas a la relación familiar, puede determinarse cuál es el origen de la bulimia, anorexia y ludopatía, entre otras alteraciones de la personalidad. El especialista debe evaluar la actitud y el comportamiento no sólo del adolescente, sino también de los tutores o familiares con quienes convive.

Fernández (1996): Según demuestra la experiencia del Servicio de Psiquiatría de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge en Barcelona, la asistencia ambulatoria es óptima en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. Esta modalidad es utilizada en este centro tanto en la fase inicial de recuperación de peso como en la de mantenimiento y prevención de recaídas, teniendo como excepciones a

los pacientes cuya vida peligra a causa del grado de catexia-pérdida de peso corporal superior al 40% en los últimos tres meses y los que presentan alto grado de aislamiento..

Un estudio realizado en la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición por Moreno (1999), sostiene que el tratamiento de los trastornos alimentarios “debe ser multidisciplinario, implicando a médicos de familia, psicólogos, psiquiatras y endocrinólogos”, pero siempre teniendo en cuenta que es una enfermedad psiquiátrica. Según estudios internacionales, afirma Moreno, entre estos pacientes existe un 10% de mortalidad y un 13% de suicidios. Si bien casi siempre se habla de anorexia, la bulimia es mucho más frecuente y afecta al 1,5% de la población, frente al 0,5% de anoréxicos.

En la misma investigación también se sostiene: “No son los culpables, pero la dinámica familiar influye”. Puede aportar un enorme esfuerzo positivo o, por el contrario, contribuir a que la enfermedad se desencadene o se agrave.

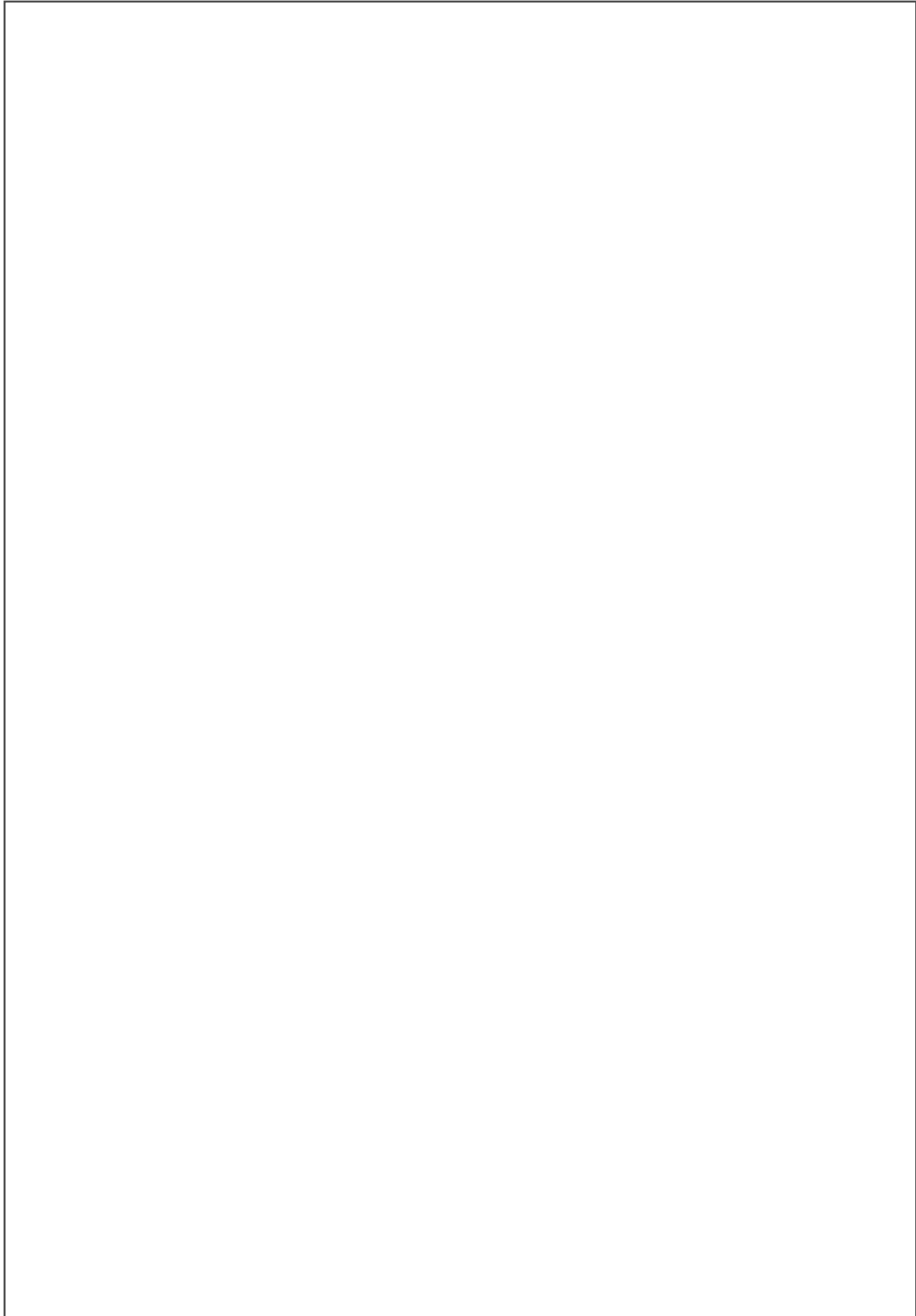
A raíz de la práctica realizada en ALUBA, Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia Delegación Córdoba, en la que se estuvo en contacto con pacientes que presentaban trastornos alimentarios, se tomó conciencia de lo beneficioso que podría ser para el tratamiento, extender la terapia al ámbito familiar. Se consideró que podía llegar a significar un importante avance en la recuperación de los pacientes, incluir a la familia en el proceso terapéutico.

Cada familia posee su historia personal, un bagaje de tradiciones que le son propias.

Cada familia, además, tiene su propio contexto en el cual se han desarrollado sus relaciones y a partir del cual surgen planos internos, configurados por los supuestos, reglas y valores de los miembros de la familia.

Desde el punto de vista sistémico, se puede considerar una familia sana a una familia funcional; ello hace referencia a que los miembros de la familia sean capaces de enfrentar los diferentes cambios, tanto previsibles como imprevisibles, reformulando cambios en ellos mismos y pudiendo lograr un nuevo equilibrio.

En los trastornos alimentarios, la persona sintomática es sólo un emergente de la disfunción familiar. Es aquel que permite mantener el equilibrio del sistema. Stierlen & Weber (1990)

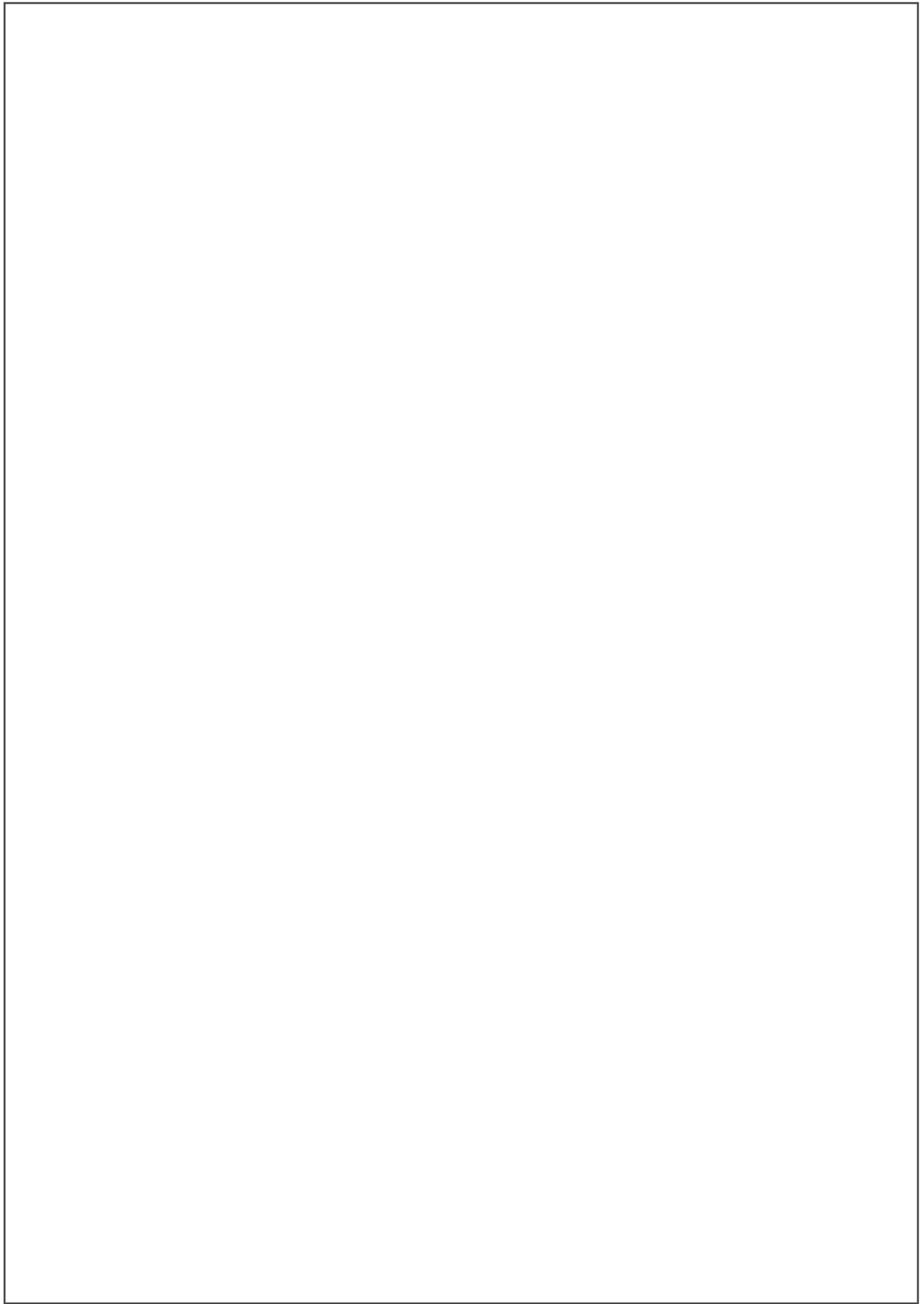


PROBLEMA

En el presente abordaje, surgen interrogantes acerca de las patologías alimentarias Bulimia y Anorexia Nerviosas.

- 1) **¿Qué tipo de tratamiento se realiza en la Institución ALUBA, Asociación de Lucha contra Bulimia y Anorexia Nerviosas?**
- 2) ¿Cómo se articula la familia en el tratamiento que se les realiza a los pacientes en la Institución Aluba Córdoba?
- 3) ¿Se considera necesario incorporar a los familiares dentro de dicho tratamiento?
- 4) ¿Están los terapeutas de Aluba Córdoba capacitados para trabajar con la familia como parte del tratamiento?

A lo largo de esta investigación se intentará dar respuesta a los problemas planteados. Se podrán establecer y elaborar conclusiones o bien dar apertura a nuevos interrogantes.



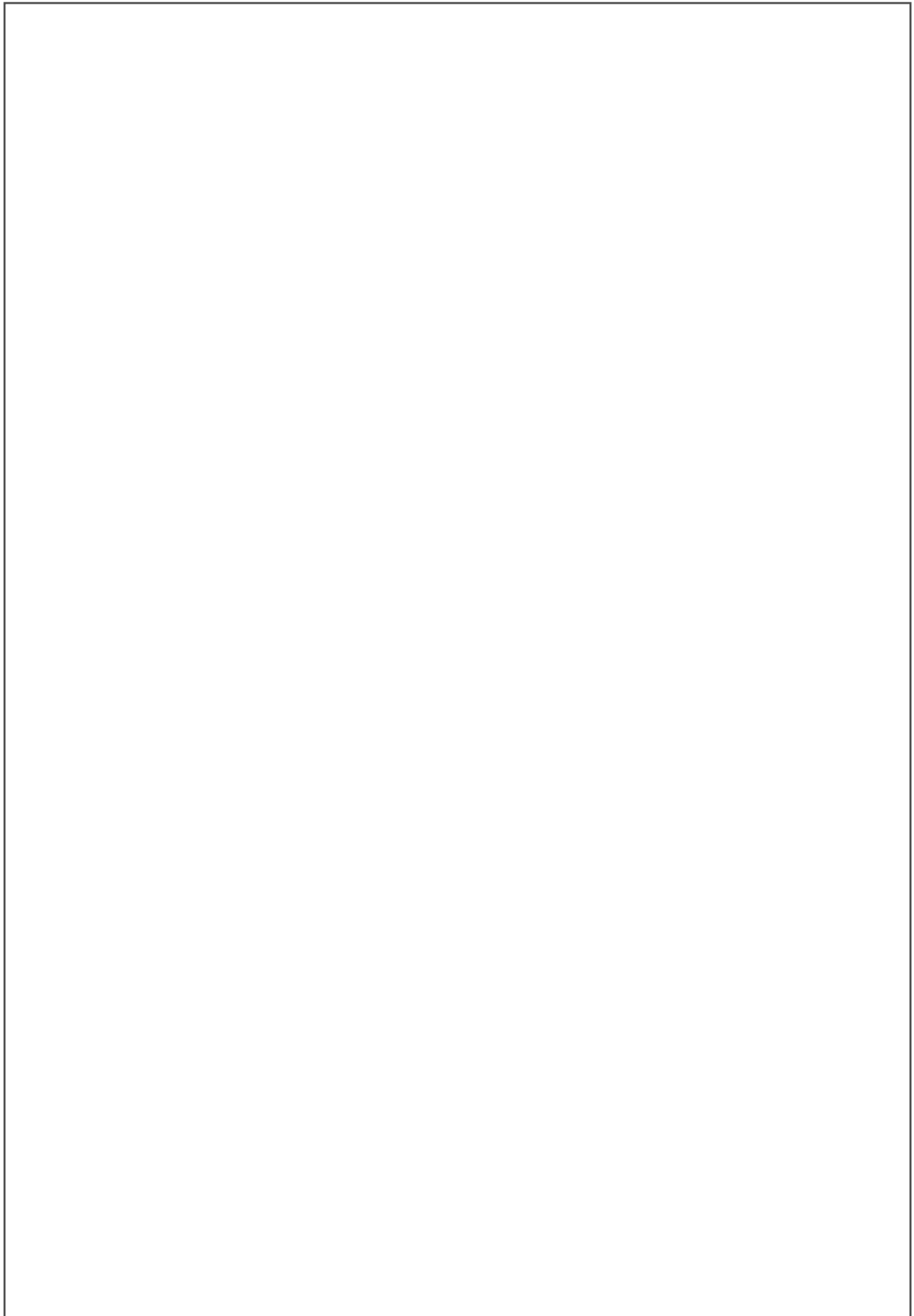
OBJETIVOS

Objetivo General

Crear un programa de capacitación destinado a los profesionales de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (delegación Córdoba).

Objetivos Específicos

- Describir el tipo de tratamiento que se realiza en la institución Aluba Córdoba.
- Analizar el rol que las familias de los pacientes desarrollan en el tratamiento.
- Describir el funcionamiento del equipo terapéutico (psicólogos, médicos y psiquiatras).
- Analizar si los profesionales de la institución presentan los conocimientos y habilidades prácticas para abordar a las familias como parte del tratamiento.



MARCO TEÓRICO

Introducción al marco teórico

En este apartado se explicarán los conceptos fundamentales de la presente investigación.

Para una mayor comprensión y organización de los temas que serán abordados, el marco teórico se dividirá en cuatro capítulos:

- **Capítulo N° 1:** Anorexia y Bulimia nerviosas. El mismo se presenta con el objetivo de brindar una versión general sobre el tema. Se conceptualizará la patología, sus principales características, los diferentes subtipos de trastornos alimentarios y el criterio que se debe tener en cuenta para realizar el diagnóstico.
- **Capítulo N° 2:** Familia. Se considera de gran importancia la familia en el tratamiento de Bulimia y Anorexia nerviosas, ya que en la mayoría de los casos es un factor desencadenante. Dicho capítulo será presentado desde un “enfoque sistémico”. Se desarrollará el concepto de Estructura Familiar, subsistema, la pauta de funcionamiento y disfuncionalidad de la familia en relación a la patología alimentaria.
- **Capítulo N° 3:** En este capítulo se darán a conocer los diferentes tipos de tratamiento desde los cuales pueden ser abordadas las patologías alimentarias, focalizando la terapia familiar, ya que la misma es uno de los temas de interés que motivaron el presente trabajo.
- **Capítulo N° 4:** Capacitación. Se considera necesario incluir en el marco teórico este capítulo, a partir de las necesidades que puedan surgir del diagnóstico que se realizará en el presente trabajo. Se analizará la posibilidad de responder a tales demandas con un proyecto de capacitación. Es por esta razón que, en este capítulo se dará a conocer información acerca de dicha capacitación, en qué consiste la misma y cómo puede llevarse a cabo.

Capítulo I

Bulimia y Anorexia Nerviosas

Los trastornos alimentarios son definidos según el DSM IV (2000) por alteraciones graves en la conducta alimentaria.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la obsesión de hacer dieta, actividad física exagerada, estar pendiente del peso y de la imagen, temores que giran en torno a la comida, la moda y la flacura, pasar días o varias horas de ayuno, estado de ánimo variable y aislamiento social, entre otros (Herscovici, 2002)

Respecto a los orígenes históricos de los trastornos alimentarios, es valiosa la investigación de Cecile Herscovici (1995) quien los relaciona principalmente con los cambios en la economía y con el lugar de la mujer en la sociedad. Manifiesta que a lo largo de la historia, el tamaño ideal del cuerpo de la mujer fue variando según el nivel de recursos alimenticios de las personas y el desarrollo de la mujer como proveedora de dinero en el hogar.

Cuando escaseaban los alimentos, se preferían las formas redondeadas como símbolo de opulencia y poderío. En cambio, en épocas en que abundan los alimentos, la delgadez es signo de autodisciplina. Cuando las mujeres sienten presión por demostrar sus capacidades intelectuales eligen la figura delgada; pero no es así cuando la mujer permanece en el hogar.

En EEUU, a comienzos del siglo XX, las mujeres accedieron al mercado laboral, y fue entonces cuando se comienza a idealizar la delgadez. Después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la mujer retorna al hogar, esta imagen del cuerpo quedó desplazada por el modelo curvilíneo que impuso Marilyn Monroe.

En las últimas tres décadas, cuando se produce el mayor ingreso de la mujer en el campo laboral, las dietas y la delgadez se transforman en una obsesión cultural masificada. En esta época se considera atractiva, deseable y exitosa a la mujer, sólo cuando es delgada y bella.

Herscovici (1996) en su investigación, también relaciona el peso corporal con el factor de pertenencia a una clase social. En EE.UU. la obesidad es seis veces mayor en las mujeres de clase baja que en las de clase alta. A su vez, a medida que las generaciones ascienden en la escala socioeconómica, la obesidad declina, especialmente en las mujeres.

La misma autora, consideró que actualmente el poder de las influencias socioculturales es enorme. Los medios masivos de comunicación bombardean a las personas con imágenes que asocian la felicidad a la figura esbelta. La mujer es más vulnerable a esta presión porque se espera de ella, no tanto que sea inteligente o capaz de mantener un hogar, sino atractiva. Si a esto le agregamos la industria de los productos dietéticos y los institutos que venden la ilusión de la figura ideal, se comprende que las personas susceptibles sucumban a esta presión.

Es así como los trastornos de la alimentación parecen incrementarse en nuestro siglo y especialmente en el mundo occidental, afectando entre el 1 y el 4% de adolescentes y mujeres adultas jóvenes, principalmente estudiantes de clase media y media alta.

Los trastornos de la alimentación se clasifican en tres categorías:

- **Anorexia**
- **Bulimia**
- **Trastorno de la alimentación no especificado**

A continuación se desarrollarán, dentro de los trastornos alimentarios, sólo bulimia y anorexia nerviosas, debido que son los dos tipos de trastornos de mayor aparición dentro de la institución Aluba Córdoba.

Pueden describirse como rasgos comunes a la bulimia y la anorexia nerviosas los siguientes (Herscovici, 2002):

- Alexitimia (dificultad para distinguir y expresar los sentimientos, emociones y sensaciones).
- Baja autoestima (disminución del propio valor).
- Dificultad en los procesos de separación e individualización.
- Trastorno de la autoimagen corporal.
- Conflictos con la sexualidad.
- Trastornos del pensamiento.
- Impulsividad.
- Obsesionalidad.
- Compulsividad.

- **Alexitimia**

Es la dificultad para percibir y expresar emociones y sentimientos propios. Las personas que padecen de alexitimia suelen tener escasa capacidad de imaginar o fantasear sobre proyectos a futuro u otras situaciones deseables. Cabe aclarar que este rasgo de personalidad es más frecuente en la anorexia nerviosa.

- **Déficit en la Autoestima**

Son personas en continua necesidad de aprobación externa, debido a que

dudan acerca de su valor y son inseguras de sí mismas. Esto conlleva a que no establezcan vínculos muy íntimos que impliquen mostrarse o exponerse.

La necesidad de que los demás los aprueben puede llevar a que se sometan con mayor facilidad al ideal de belleza que impone la sociedad y cultura vigente.

- **Dificultad en los procesos de Separación-Individualización**

Este aspecto tiene que ver con el modo en que la familia ha ido reacomodando las reglas según las demandas que surjan por la etapa vital atravesada por sus miembros, es decir que si las reglas han sido muy laxas, el joven no encuentra un marco de contención predecible; por otra parte, si las reglas son extremadamente rígidas y no se adecuan a los distintos momentos evolutivos, el adolescente se verá en serias dificultades para realizar el necesario proceso de separación-individualización. Este aspecto está vinculado al modo de cómo la familia haya facilitado la progresiva independencia de sus miembros, es decir, su diferenciación y su autonomía.

- **Trastorno de la Autoimagen corporal**

Tanto las pacientes anoréxicas como bulímicas, tienen distorsionada su imagen corporal y perciben su cuerpo, o ciertas partes de éste último, más grandes, voluminosas o desproporcionadas de lo que son realmente, y cuyo aspecto el sujeto reprueba. La insatisfacción con el propio cuerpo está vinculada frecuentemente a las caderas, muslos, etc.

Esta insatisfacción puede provocar una amplia gama de comportamientos en el enfermo, debido a que puede implicar que no se quiera exponer o mostrar en lugares donde hay muchas personas, playas, o bien, evite el contacto íntimo con personas del sexo opuesto.

La sobre-valoración del cuerpo no se da solo en personas que padezcan trastornos de la alimentación, también se puede dar en sujetos sanos.

Es importante destacar que la autoimagen está influenciada por los estados de ánimo, la autoestima, el género, entre otros.

Por último, el temor a engordar también se manifiesta en personas que no sobreestiman el tamaño de su cuerpo, por lo que se infiere que los trastornos de la alimentación no son consecuencia directa de la preocupación extrema por el cuerpo y la insatisfacción con el peso, como pretenden postular algunos autores. Se considera que esta vinculación sería extremadamente simplista y directiva.

• Conflictos con la sexualidad

Suele suceder en las pacientes Bulímicas, que en ciertos momentos, pueden controlar los alimentos que ingieren y se descontrolan en la sexualidad. manteniendo relaciones promiscuas o inestables.

Hay autores que sostienen que la anorexia nerviosa, al restringir los alimentos y perder peso, es un modo inconsciente de resguardarse y evitar la maduración sexual y la entrada en la adolescencia por todos los avatares que implica. Herscovici manifiesta, que esta característica es válida con algunos pacientes.

• Trastornos del Pensamiento

Las personas que padecen bulimia o anorexia nerviosas pueden sostener creencias equivocadas, lo que facilita la toma de decisiones erróneas, generando problemas, debido a que son pensamientos extremos, constantes y considerados como principios de vida, que no se pueden desobedecer por la persona que está enferma, obstaculizando las relaciones interpersonales:

- a) *Pensamiento dicotómico*, o del “todo o nada”. Tienden a pensar todos los acontecimientos de un modo totalmente extremista y absoluto, ver las situaciones en término de blanco o negro. Este modo dicotómico de enfrentar las cosas va más allá que en la alimentación; se manifiesta también en la forma de realizar deportes, en el modo de pensar en otras personas, consideraciones acerca del éxito, etc.
- b) *Pensamiento Catastrófico*. Se da cuando se exagera la posibilidad de que ocurra un acontecimiento y sus extremas consecuencias. A modo de ejemplo, se puede citar “Si como esta porción de raviolos voy a ser un hipopótamo”; “Engordar es lo peor me puede pasar en la vida”.
- c) *Abstracción Selectiva*. Es la tendencia a pensar siempre los riesgos e inconvenientes de las cosas, sin considerar los aspectos positivos que esa misma situación puede acarrear. Un ejemplo sería que una paciente bulímica manifieste que no va a una fiesta debido a que no se va a poder resistir a la tentación de los alimentos y se va a dar un atracón, dejando de esta manera de considerar que va a ver a sus amigos y compartir con ellos.
- d) *Magnificación*. Es la tendencia a exagerar las posibles consecuencias negativas de acontecimientos externos, a los que se les atribuye una

importancia extrema; ejemplo, "Si aumento un kilo no podré ir a la fiesta de graduación".

e) *Absolutismo*. Son las reglas que organizan la conducta de la persona que padece trastornos de la conducta alimentaria. A modo de ejemplo, se pueden citar frases tales como, "Debería hacer gimnasia todos los días".

f) *Ideas de Autorreferencia*. Se atribuye un significado personal de un modo erróneo a hechos que ocurren en la vida cotidiana de todas las personas. A modo de ejemplo, "Cuando como todo el mundo me mira".

- **Impulsividad**

Se ha visto anteriormente, que los bulímicos suelen ser personas impulsivas, actuando de forma irreflexiva, sin tener en cuenta las consecuencias de su comportamiento. Es decir, que actúan sin que medie la razón. Entre las conductas más impulsivas se pueden citar el gasto excesivo de dinero, robos menores, mal manejo del tiempo, automutilaciones, entre las cuales se pueden dar conductas tales como, dañarse el cabello, apretarse los granitos de la cara de un modo que implica ensañamiento, etc.

- **Obsesionalidad**

Es la tendencia a pensar con frecuencia y demasiada preocupación en un mismo tema, sin poder acceder a una solución eficaz.

Son ideas no deseadas, insistentes, repetitivas, que el sujeto reconoce como propias y las repudia por molestas; sin embargo, estas ideas persisten y se llegan a imponer. La obsesión puede ser tan fuerte que impide que la persona continúe con su actividad cotidiana.

- **Compulsividad**

Hace referencia a realizar actos impulsivos, más particularmente temidos o no deseados, que pueden padecer de síntomas obsesivos-compulsivos. Por ejemplo pueden limpiar, bañarse, hacer actividad física y comer de un modo compulsivo sin que medie el control sobre estas conductas.

Anorexia Nerviosa

De acuerdo al manual de criterio diagnóstico DSM-IV (2000), la edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa, generalmente coincide con la entrada de la adolescencia y es a los 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores a los 40 y 50 años, y es muy poco frecuente que se inicie antes de la pubertad. Casi en un 90% de los casos se trata de mujeres.

La anorexia nerviosa afecta aproximadamente a una de cada 100-200 mujeres jóvenes. En los varones se presenta y evoluciona casi exactamente igual que en las mujeres. La incidencia de esta enfermedad parece haberse incrementado en las últimas décadas.

Con respecto a la posibilidad de curación de esta patología, nos encontramos con personas que se recuperan totalmente después de un único episodio y otras que presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaídas. Hay algunos casos en que la persona sufre un deterioro crónico a lo largo de los años.

Los criterios diagnósticos del DSM IV (2000) para la anorexia nerviosa (307.1) son los siguientes:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la talla y la edad. (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a engordar o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre

regularmente a atracones o a purgas. (Por Ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo-purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas. (Por Ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Con respecto al criterio (a): rechazo a mantener el peso, se observa que en este tipo de patología, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total, al comienzo con dietas y excluyendo de las mismas todos los alimentos con alto contenido calórico. Existen otras formas de perder peso, como la utilización inadecuada de laxantes, vómitos auto provocada o ejercicio físico.

Las personas que padecen este trastorno, tienen un miedo intenso a engordar (Criterio b). Este miedo generalmente no desaparece, aunque el individuo pierda peso y va aumentando aunque el peso disminuya. Existe una alteración de la percepción del peso, ya que algunas personas se encuentran obesas mientras otros perciben que están delgados, pero continúan estando preocupados por alguna parte de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos), a las que perciben como demasiado gordas.

La personas anoréxicas pueden emplear diferentes técnicas para controlar su peso, como pesarse constantemente o mirarse reiteradas veces en el espejo para observar las zonas que consideran obesas. La autoestima de las personas que sufren este trastorno depende, en gran medida, de la forma de su cuerpo y de su peso (Criterio c).

En cuanto al criterio (d), la ausencia de menstruación, de por lo menos tres ciclos, es por lo general una consecuencia de la pérdida de peso. En el caso de niños púberes, que poseen una mala alimentación, la anorexia puede atrasar la aparición de la menstruación.

Herscovici (2002) considera un tipo de perfil particular en la anorexia nerviosa.

Perfil del anoréxico

En la conducta

- Cantidad de alimentos notablemente reducida (ayunos o dietas muy estrictas).
- Aparición de nuevos hábitos alimentarios, tales como desmenuzar los alimentos y separarlos, tardar exageradamente en comer, preparar y servir comida a otros pero negarse a probarla.
- Excusas para evitar sentarse a la mesa.
- Evitar situaciones sociales en las que hay comida.

- Vestirse con capas superpuestas de ropa para protegerse del frío y para ocultar la delgadez.
- Comer a escondidas o bien cantidades exageradas de comida seguido de ayunos.
- Acaparar alimentos y esconderlos.
- Ir al baño después de comer y hacer correr el agua o poner música para que no se escucha que vomita.
- Consumir laxantes y/o diuréticos, generalmente de forma encubierta.
- Practicar una actividad física de forma exagerada, algunas veces a escondidas.
- Trastornos del sueño (dificultad para dormirse o despertarse más temprano de lo planeado).
- Mirarse exageradamente al espejo y probarse ropa de forma incansable, buscando talles cada vez más pequeños.
- Pesarse con frecuencia.
- Hablar o pensar mucho acerca de la comida, calorías y peso.

En el cuerpo

- Notable pérdida de peso.
- En las mujeres, ausencia de menstruación o amenorrea.
- En los varones, pérdida de deseo sexual o impotencia.
- Intolerancia al frío.
- Mareos y/o desvanecimientos.
- Constipación.
- Lanugo (vello delgado que cubre el cuerpo).
- Piel seca.

En la actitud

-
- Irritabilidad.
- Cambios de humor rápidos.
- Retracción social (aislamiento).
- Tristeza.
- Pensamiento constante acerca de la comida y el peso.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para prestar atención.
- Perfeccionismo.
- Dudas inapropiadas acerca de su capacidad personal.
- Avaricia.
- Autovaloración (depende de lo que haya comido ese día).
- Distorsión de la imagen corporal (se percibe gorda a pesar de su delgadez).

De acuerdo al trabajo realizado en la institución ALUBA, se puede agregar que

son pacientes con baja autoestima y es frecuente la falta de conciencia de enfermedad en las mismas.

Rasgos de personalidad

Herscovici y Bay (1995) destacan rasgos de personalidad que se asocian a la anorexia nerviosa. Las pacientes que controlan su peso mediante la restricción de lo que comen, suelen ser más obsesivas (ordenadas, prolijas, de ideas y hábitos rígidos, con tendencia a organizar su conducta a partir de un pensamiento), estoicas, perfeccionistas, aisladas socialmente y con tendencia a esconder sus sentimientos. Por lo general, sus expectativas personales son muy elevadas, con gran necesidad de complacer a los demás para sentirse aceptadas y así mantener su autoestima.

Las anoréxicas del tipo bulímico generalmente son impulsivas, con mayor tendencia a la depresión y sexualmente más desinhibidas.

Bulimia Nerviosa

Los criterios diagnósticos del DSM IV (2000) para la bulimia nerviosa (307.51) son:

a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 hs.), en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio físico **excesivo**.

c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y las siluetas corporales.

e) La alteración no aparece exclusivamente durante el período de anorexia nerviosa.

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el período de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intensivo, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

La característica esencial de la bulimia nerviosa consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Estos atracones son acompañados también por una sensación de falta de control.

El individuo puede estar en un estado de excitación, especialmente al inicio de la enfermedad, y los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por una conducta de alteración del control y de dificultad para evitar dichos atracones o controlarlos (Criterio a).

Con respecto al (Criterio b), otra característica usual de este trastorno son las conductas compensatorias inadecuadas para perder peso. Uno de los métodos más habituales es la provocación del vómito, hecho que produce efectos inmediatos y una disminución del malestar físico y del miedo a ganar peso. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocarse el vómito, desde los dedos hasta diversos instrumentos. Otras conductas frecuentes son el uso de laxantes y diuréticos y muy rara vez emplean enemas, que casi nunca constituyen el único método compensatorio utilizado.

Las personas que padecen este trastorno pueden estar sin comer uno o más días y realizar ejercicio físico intenso que interfiera de manera significativa (Criterio c). Los enfermos de bulimia nerviosa realizan las actividades importantes en horarios no habituales, en lugares poco apropiados y ponen mucho énfasis en el peso y en la silueta, que son factores determinantes para su autoestima (Criterio d).

También existe el miedo a engordar y la alteración de la imagen corporal en pacientes con bulimia nerviosa. (Criterio e)

Comienzo de la bulimia nerviosa

Deseo de control de peso -- régimen estricto -- hambre -- atracón -- métodos de purga.

Casi nadie comienza a vomitar o purgarse con la idea de instalar esta conducta como método sistemático para controlar el peso; por el contrario, generalmente comienza al azar. El disparador está inicialmente vinculado al hambre y se va generalizando y el atracón puede dispararse por la tensión que le genera la ansiedad, el aburrimiento, el enojo, etc., a lo que no sabe responder adecuadamente.

Evolución de la bulimia nerviosa

Hambre

Ansiedad

Aburrimiento ----- Atracón ----- purga ----- Humillación

Enojo

Culpa

Fracaso

Depresión

Para estas personas el atracón representa la pérdida máxima de control y es seguido de alguno o de la combinación de mecanismos de purga, cuya utilización varía a lo largo del tiempo. Las conductas compensatorias más habituales que tienen el objetivo de evitar el aumento de peso son:

- Los Vómitos autoinducidos.
- El abuso de laxantes y/o diuréticos u otra medicación para controlar el peso.
- La dieta estricta.
- El ayuno.
- La actividad física vigorosa y extenuante.

No es raro que para esta persona el vomitar aparezca como una solución mágica para poder comerse todo y no aumentar su peso. El comienzo del ciclo del atracón y la conducta de purga suelen coincidir con crisis en el desarrollo en personas inseguras, que dependen de la aprobación y el apoyo externo para sentirse bien. La comida actúa como vía de escape a los conflictos y a los sentimientos perturbadores, y actúa como anestesia para el malestar.

La bulimia nerviosa se relaciona con la anorexia nerviosa por el miedo en ambas a ganar peso. En los dos casos se manifiesta el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto al cuerpo. (Herscovici, 2002).

La misma autora, considera un perfil particular para Bulimia nerviosa.

Perfil del Bulímico nervioso

En la conducta

- Deja restos del atracón alimentario en la casa, por ejemplo, desaparece comida y la cocina está “inexplicablemente” desordenada por la mañana o se encuentran envoltorios de golosinas o envases vacíos en la basura, de cuyo consumo nadie se hace cargo.
- Desaparece medicación de la casa, o aparecen frascos con pastillas extrañas en los cajones.
- Sustrae dinero suficiente como para comprar a escondidas comida o medicación.

- Constantemente muestra preocupación y habla acerca del peso y el cuerpo.
- Se la nota visiblemente angustiada después de haber comido en exceso.
- Va al baño regularmente después de comer y hace correr el agua o pone música para que no se la oiga vomitar.
- Come comida de dieta delante de los demás y, sin embargo, sube de peso.
- Con frecuencia tiene urgencia por ir al baño. Esto se puede deber al abuso de laxantes o diuréticos, y algunas veces, muestra gestos de dolor debido a cólicos intestinales ocasionados por los laxantes.
- Adopta rutinas de actividad física exagerada.

En el cuerpo

- Aumento de tamaño de las glándulas parótidas (ubicadas detrás del maxilar), que produce hinchazón de la cara.
- Quejas de garganta o de estómago (por la lesión de la mucosa debido al jugo gástrico).
- Sangrado y/o irritación gástrica y esofágica.
- Anormalidades del intestino grueso debido al abuso de laxantes.
- Luego del atracón puede haber náuseas, sueño, molestias y dolores abdominales.
- Diarrea por abuso de laxantes o por haber mezclado alimentos que producen intolerancia.
- Constipación en períodos de restricción alimentaria o como consecuencia del abuso prolongado de laxantes.
- Deterioro de los dientes.
- Irregularidades menstruales en las mujeres.
- Frecuentes y notables variaciones en peso.
- Erosiones y/o callosidades en el dorso de la mano que utiliza para provocarse vómitos. Estas lesiones se observan en la zona de roce de la mano con los dientes.

En la actitud

- Cambios de humor frecuentes que incluyen tristeza y remordimiento.
- Su autovaloración depende del peso.
- Decide salidas en función de cómo se haya desarrollado el día en el aspecto alimentario.
- Necesita aprobación externa.
- Muestra angustia después de haber comido en exceso.

De acuerdo al trabajo realizado en la institución ALUBA, se puede agregar a lo ya expuesto, que son personas que abandonan todo lo que emprenden, ya que oscilan

entre el perfeccionismo y el abandono. Oscilan entre la euforia y la depresión.

Para Herscovici (2002), los rasgos más frecuentes en la bulimia nerviosa son los siguientes: Inestabilidad afectiva, referida a estados de ánimo y humor depresivo y altamente variables, conductas impulsivas y poca tolerancia a la ansiedad y a la frustración, así como también baja autoestima.

También se manifiesta una gran necesidad de aprobación externa y confirmación, hecho que logran acomodándose a los intereses de los demás. Son personas que evitan el conflicto y que permanentemente buscan el halago y la atención de las personas. Son pacientes muy demandantes.

Bulimia y Anorexia nerviosas

Herscovici Y Bay (1995) manifiestan que tanto la anorexia nerviosa como la bulimia, independientemente del peso, son parte de una gama de trastornos de la alimentación. Tanto en el primer caso como en el segundo, existe un temor mórbido a la gordura y búsqueda de la delgadez, como recurso para lidiar con dificultades en el desarrollo, o bien como una manera de enfrentar el malestar emocional.

En ambos casos, es compartida la influencia sociocultural que predispone a valorar la delgadez. Asimismo, y tal vez debido a que esta presión es más implacablemente ejercida sobre las mujeres, vemos que de la población afectada, el 85-90% corresponde al género femenino.

En el caso de las pacientes bulímicas, aparecen algunas veces, trastornos de conducta asociados, como hurtos, abuso de alcohol o drogas, y gestos automutilantes. En cambio, las pacientes anoréxicas suelen tener antecedentes de haber sido niñas ejemplares hasta la instalación de la enfermedad.

En las primeras, la menstruación suele ser irregular o estar ausente. Con

frecuencia, se trata de una persona sexualmente activa y en algunos casos hasta promiscua. Su conducta alimentaria le resulta anormal, le genera gran angustia y consulta espontáneamente pidiendo ayuda para controlarla. La paciente bulímica es generalmente extravertida y con una vida de relación activa.

En las segundas, en cambio, aparece amenorrea, existe inactividad sexual y también ausencia de deseo. En este caso, la persona manifiesta una negación tanto del hambre como de la misma enfermedad. Su conducta alimentaria le parece normal y suele considerarla motivo de orgullo. Es por esto, que resulta excepcional que acuda a la consulta de manera espontánea. La paciente anoréxica suele ser más introvertida y retraída socialmente.

La bulímica puede transcurrir durante años sin tratamiento porque oculta los síntomas, es por esto, que el mayor riesgo de muerte se debe a la hipocalcemia. La persona bulímica, suele tener un aspecto saludable e incluso puede estar con sobrepeso y, sin embargo, hacer un paro cardíaco por desequilibrio electrolítico. Otro motivo de muerte en el caso de las personas que padecen esta enfermedad, estaría dado por el suicidio.

En la anorexia en cambio, el aspecto desnutrido se hace evidente, ante toda la enfermedad. Podríamos decir que hoy en día es inadmisibile que una persona anoréxica en tratamiento muera por desnutrición y en estas personas el suicidio es un fenómeno casi excepcional.

La edad de presentación de estas enfermedades, suele ser mayor entre las bulímicas que entre las anoréxicas nerviosas.

En lo que respecta al pronóstico de ambos trastornos alimentarios, se señala que un porcentaje menor de estos pacientes estará totalmente recuperado al cabo de un tiempo prudencial. Entre un 25-30% permanecerán crónicamente enfermos y la gran mayoría mejorará durante el tratamiento, pero quedará vulnerable en los períodos de estrés, ya que en los mismos, padecerá mayor distorsión de su imagen corporal, mayor temor a la gordura y renovados intentos de hacer dieta. Los pacientes bulímicos, a semejanza de los alcohólicos, tenderán a utilizar los atracones para aliviar el malestar psicológico.

El pronóstico en ambos casos, es proporcional a la severidad del trastorno de personalidad subyacente, a la calidad del sistema de apoyo y a la motivación para recuperarse. Una vez instalado, el síntoma adquiere vida propia y va erosionando las distintas áreas vitales de la persona, especialmente su autoestima.

La autora Bárbara French (1994), presenta distintos cuadros estableciendo diferencias entre Bulimia nerviosa y Anorexia nerviosa:

Característica	Bulimia	Anorexia
Antecedentes	Clase social mixta.	En su mayor parte, clase

Edad de Inicio	La mayor parte de los casos se producen entre los 16 y los 45 años de edad, aunque la edad más habitual es de 20 a 25 años.	social media. Habitualmente durante los años de adolescencia, aunque en los últimos años se ha observado que afecta de forma creciente a las niñas de 10 u 11 años.
Personalidad	Extrovertida, expresiva, competente desde un punto de vista social, experta desde un punto de vista sexual.	Más introvertida, tiene tendencia a ser dependiente de la familia e inexperta desde un punto de vista sexual.
Hábitos de alimentación	Ciclo de atracón- purga; las víctimas se vuelven hacia la comida en situación de estrés; sienten que han perdido el control sobre la ingesta de alimentos.	Los atracón purga son mucho menos frecuentes. Las víctimas dejan de comer en situaciones de estrés. Rígido control de la dieta.
Aspectos	Habitualmente dentro de los límites normales de peso y talla.	Muy delgadas.
Actitud con respecto al peso corporal y la complexión	El peso puede ser una consideración menos importante que los ciclos de atracón-purga.	El peso corporal es un pensamiento obsesivo predominante.
Efectos psicológicos	En las mujeres: alteraciones de menstruación provocadas por el estrés y el consumo desordenado de alimentos; efectos secundarios de los vómitos.	En las mujeres, la menstruación desaparece.
Actitudes frente al problema alimentario	Conciencia del problema y preocupación por el mismo, lo que finalmente conduce a la víctima a solicitar y aceptar ayuda.	Negativa categórica a aceptar que algo va mal.
Depresión	Puede ser muy grave; la víctima a menudo está abrumada por los sentimientos de repugnancia hacia sí misma y de cólera por la pérdida de control.	Puede ser menos importante; controlar el peso es un acicate constante y una recompensa para el estado de ánimo de la víctima.

Diferencias entre las complicaciones médicas de la anorexia y la bulimia nerviosa.

ANOREXIA NERVIOSA

Alteración de los electrolitos

Sanguíneos

- Disminución del potasio
- Disminución del sodio
- Disminución del cloro
- Desnutrición
- Vómitos
- Abuso de laxantes y diuréticos

Aparato digestivo

- Retraso del vaciado del Estómago.
- Estreñimiento
- Inanición
- Abuso de laxantes

Corazón y aparato circulatorio

- Disminución de la frecuencia Cardíaca
- Disminución de la hormona segregada por la glándula Tiroides (Tiroxina)
- Disminución de la presión arterial
- Disminución de las Catecolaminas
- Hinchazón de manos, tobillos y pies
- Disminución de la proteínas y alteraciones de los electrolitos (sodio, potasio y cloro)

Metabolismo

- Disminución del azúcar
- Inanición

Sanguíneo

- Aumento de los niveles de colesterol
- Disminución de las proteínas sanguíneas
- Inanición

Esqueleto

- Osteoporosis y Osteopenia
- Disminución de los niveles de estrógenos
- Desnutrición

Riñón y vías urinarias

- Aumento de la urea y modificaciones de la capacidad de concentración del riñón
- Pérdida de proteínas por la orina
- Deshidratación
- Actividad física exagerada
- Disminución del potasio en sangre

Endocrinológicas

- Interrupción de la menstruación y disminución de los niveles de estrógenos
- Pérdida de peso (para que se produzca la pérdida de la menstruación en general, debe producirse una pérdida de como mínimo un 10% del peso corporal)
- Ejercicio excesivo
- Estado depresivo

- Aumento de los niveles de cortisol en sangre
- Inanición

Sangre

- Anemia y disminución de los leucocitos sanguíneos
- Inanición y disminución del consumo de hierro y de folatos

BULIMIA NERVIOSA

Alteración de los electrólitos Sanguíneos

- Disminución del potasio
- Disminución del sodio
- Disminución del cloro
- Disminución del magnesio
- Consumo excesivo de laxantes y diuréticos
- Vómitos

Corazón y sistema circulatorio

- Miocardiopatía
- Menstruación irregular o amenorrea
- Consumo excesivo de jarabe de ipecacuana
- Alteraciones de los estrógenos

Riñón y vías urinarias

- Afección del riñón debido a la disminución del potasio
- Consumo excesivo de laxantes y diuréticos
- Vómitos

Aparato digestivo

- Aumento del tamaño de las glándulas parótidas
- Erosión del esmalte dental
- Inflamación del esófago debido a los vómitos
- Dilatación gástrica aguda
- Consumo excesivo de alimentos en un período breve de tiempo

Aparato respiratorio

- Neumonía por aspiración
- Vómitos

Sistema nervioso

- Alteraciones de la estructura cerebral
- Irregularidades nutritivas

Capítulo II

Familia

Se considera a la familia como un sistema (Minuchín, 1999), constituido por un conjunto de personas relacionadas por lazos de parentesco. En la familia conviven e interactúan, funcionando de acuerdo a ciertas reglas de organización y de relación.

La familia es un sistema abierto en transformación:

Es un sistema: Un conjunto de miembros que se relacionan e interactúan. Una modificación en uno de los miembros modifica al resto.

Abierto: se encuentra en interacción con el mundo externo, que incide sobre la familia y viceversa.

En transformación: el sistema familiar se modifica por las situaciones internas y externas, por lo que debe contar con pautas alternativas que otorguen flexibilidad para adaptarse. Debe ser capaz de transformarse sin perder la continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos, uno interno y otro externo:

Las funciones internas tienen que ver con la crianza: con asegurar satisfacción de las necesidades físicas y protección psicosocial de sus miembros.

Las funciones externas tienen que ver con la acomodación a la cultura y la transmisión de esa cultura, a través de un proceso de socialización.

La estructura familiar es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia, como se explicó anteriormente, es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y éstas pautas apuntalan el sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la estructura familiar. El segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Estas expectativas se generan a partir de los años de negociaciones implícitas o explícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser

formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera.

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. La composición de los subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites.

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, incrementando la comunicación y la preocupación entre los miembros. La diferenciación del sistema se hace difusa. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas. Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Es posible considerar a gran parte de las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos y límites sumamente rígidos. La mayor parte de las familias se incluye dentro del amplio espectro normal.

En las familias que se encuentran en los extremos mencionados, surgen problemas familiares cuando se ponen en marcha mecanismos adaptativos. La familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad. La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

Dentro de una estructura familiar encontramos diferentes subsistemas que la componen.

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de formar una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus

tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Es decir, que la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunala la acción del otro. Es esencial que los esposos cedan parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. La aceptación de la mutua interdependencia en una relación simétrica puede encontrar obstáculos originados en la insistencia de los cónyuges en sus derechos a la independencia.

El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante los stress externos y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales.

El subsistema conyugal se constituye a su vez en parental cuando nace el primer hijo. Se alcanza un nuevo nivel de formación familiar y debe desempeñarse la tarea de socializar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, que al mismo tiempo, lo excluya de las relaciones conyugales.

Cuando los niños son muy pequeños, la función de los padres es nutricia y normativa. El control y la orientación asumen una mayor importancia luego. A medida que el niño madura, especialmente en el transcurso de la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres comienzan a entrar en conflicto con los requerimientos de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad. Los padres imponen reglas que no pueden explicar en el momento o que explican en forma incorrecta, o consideran que los fundamentos de las reglas son evidentes, mientras que para los niños no es así.

El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir. Aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar las apariencias cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de su vida.

La significación del subsistema fraterno se observa con mayor claridad en su ausencia. Los niños sin hermanos pueden desarrollar pautas precoces de acomodación al mundo adulto que pueden manifestarse en un desarrollo precoz. Al mismo tiempo, pueden mostrar dificultades para el desarrollo de la autonomía y la capacidad de compartir, cooperar y competir. (Minuchin ,1999).

Según Minuchin y Fishman (2004) se consideró a la familia como un sistema complejo, diferenciado en subsistemas que presentan un orden jerárquico.

Una disfunción presentada en cierto subsistema puede influir en otro; la organización de los miembros de la familia en torno del síntoma, se toma como un enunciado analógico de estructuras disfuncionales.

Se considera que el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia y al mismo tiempo el síntoma es mantenido por una organización en la que los miembros de la familia ocupan jerarquías congruentes.

Este autor menciona que, cuando la familia no funciona bien, el terapeuta debe socavar la homeostasis (equilibrio) existente, produciendo crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento.

El terapeuta considera que el síntoma es una solución protectora: El portador del síntoma se sacrifica para defender la homeostasis de la familia. La misma, no discierne en esta protección, una respuesta acorde a un fin de auxiliadora, sino la reacción de un organismo sometido a tensión. Los demás miembros de la familia son igualmente sintomáticos.

Familias con pacientes con anorexia y bulimia nerviosas

Relacionando a la familia con la anorexia y la bulimia nerviosas, explicadas en el capítulo anterior, la autora Cecile Herscovici (2002) afirma la influencia de los factores familiares en las patologías alimentarias. Existen ciertas características de organización y funcionamiento de las familias que suelen generar problemas de esta envergadura:

- **Rigidez en las reglas:** una constante que se observa en la familia con un miembro que padece trastorno alimentario es que las reglas que hasta ese momento habían organizado la vida familiar, no son suficientemente flexibles como para adecuarse a los nuevos requerimientos de quienes la componen.
- **Fronteras problemáticas:** Suelen ubicarse en los extremos de ser muy difusas, en cuyo caso se produce una intrusión física y mental en el espacio del otro, o ser muy rígidas, y los miembros de la familia carecen de la flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios generados por las distintas edades y tipos de situación que les toca vivir.
- **Jerarquías alteradas:** Existen familias en las que los hijos, independientemente de su edad, son consultados acerca de sus preferencias ante la decisión familiar más pequeña. O son los hijos los que marcan los horarios de comer acorde a los programas de televisión, por ejemplo. Cuando este modo de establecer las normas se generaliza, se alteran las jerarquías y los hijos quedan a cargo de funciones que deben asumir los adultos. Existen otras familias de funcionamiento caótico, en las cuales las reglas son impredecibles porque siempre cambian.
- **Fallas en el control:** Hay familias que suelen ser controladoras y mantienen lazos excesivamente estrechos entre sus miembros, inhibiendo

el desarrollo de su autonomía; hay otras que evidencian importantes fallas en el control, lo que resulta en un funcionamiento algunas veces caótico. Generalmente esto se vincula al desacuerdo entre los padres respecto del control en las pautas de crianza.

Continúa esta autora haciendo referencia a que la bulimia y la anorexia nerviosas pueden aparecer en los momentos de transición, al entrar a la adolescencia, al romper con una pareja, por ejemplo. La joven, incapaz de amoldarse a la nueva situación, se vuelca al área de la comida, sobre la cual cree ejercer control.

Cuanto más flexible sea la familia para reevaluar sus propias reglas y adaptarse a los cambios evolutivos, más propenderá a la autonomía saludable de los hijos.

A veces las familias son más eficaces en la etapa de crianza de los niños, pero fallan cuando éstos llegan a la adolescencia.

Las familias que han sobrellevado un proceso conflictivo de divorcio pueden ser ámbito propicio para el desarrollo de diversas sintomatologías. Estos son los casos en los cuales los padres fracasan en lograr una separación madura y, en cambio, permanecen unidos a través de una lucha sin cuartel, en la cual los hijos son habitualmente el botín de guerra más codiciado.

Ninguna de las situaciones familiares problemáticas, mencionadas anteriormente puede ser causa por sí sola de un trastorno alimentario, concluye la autora. Estas formulaciones sólo sirven para describir algunos de los factores que pueden contribuir a sostener y reforzar una sintomatología, origen de un sufrimiento tremendo para la persona y también para sus allegados.

Familia de paciente con anorexia nerviosa

La autora Herscovici (2002) considera que hay un gran número de familias en las que se mantienen vínculos que se caracterizan por ser pegoteados y vivir pendientes de los demás miembros. Se minimizan los conflictos y suelen convencerse de que si no fuera por la anorexia de la paciente todo estaría bien. Estas familias, por lo general, desalientan el desarrollo de actividades fuera del hogar y los miembros de la misma aparecen muy cerrados en sí mismos.

Ahora, cabe aclarar, que cualquiera que conozca el padecimiento y la preocupación que genera en una familia presenciar de cerca y durante largo tiempo la evolución de una anorexia nerviosa, comprendería que estas características también pueden ser la resultante de un intento de adaptarse a esta difícil situación.

Éstas, son familias que presentan rigidez para acomodarse a los cambios del desarrollo y en consecuencia desalientan la independencia de sus miembros. Esto hace que el / la joven, cuyos padres están con frecuencia guiados por el éxito, el rendimiento y la preocupación por el aspecto

físico, se sienta inseguro y desvalido frente a las demandas de las nuevas etapas de la vida.

Estos trastornos se extienden a personas y contextos familiares muy diferentes. Algunas familias tienen una marcada tendencia a evitar el conflicto y la vida aparece como idílica y para otras la pelea y el drama son hechos cotidianos, por lo que no debemos dejarnos llevar por las generalizaciones y recordar que no hay enfermedades sino enfermos.

Herscovici (2002) caracterizó a las familias de personas que padecen bulimia, de las que se pueden extraer las siguientes conclusiones; las familias que contienen un paciente bulímico, comparadas con las familias de control normal, manifiestan mayor agresión, cólera y conflicto; además utilizan un modelo de comunicación más indirecto. Se apoyan y comprenden menos entre ellos, ponen menos énfasis en la autonomía y la afirmación, expresan mayores expectativas de rendimiento. Hay mayor nivel de desacuerdo entre los padres, mayor tensión dentro de la familia y mayor desavenencia del paciente bulímico y su familia.

Al comparar pacientes bulímicas con anoréxicas se destaca la mayor presencia de trastornos afectivos en los familiares de pacientes bulímicas. También se observa una mayor incidencia de alcoholismo en los padres de las pacientes bulímicas, quienes han tenido con sus hijas una estrecha relación en la infancia, pero en la adolescencia se observa un cierto alejamiento.

Con cierta frecuencia las madres son más dominantes, controladoras y depositan altas expectativas respecto a sus hijas.

Familia de paciente con bulimia nerviosa

Los autores Stierlen & Weber (1990), sostienen que las familias con paciente bulímico, presentan las siguientes características:

- Poseen rígidas fronteras externas
- Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación, y se 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 como una amenaza.
- Se evitan los conflictos.
- La coalición materna-paterna es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se da dentro de un modelo de dominación y sumisión.

Según datos brindados por la institución ALUBA Córdoba, en general se observa en las familias de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, las siguientes

características:

- Familias desjerarquizadas, en las cuales no se mantiene la jerarquía de autoridad.
- Fronteras desdibujadas, es decir que las reglas y pautas de comportamiento no son claras ni estables.
- Subsistemas no claros.
- Involucración triangular del hijo.
- Formación de alianzas y coaliciones.
- Disconformidad entre los padres.
- Escasa efectividad de los padres en la puesta de límites.
- Coalición con la enfermedad.
- Dificultades en la comunicación.

Capítulo III

Tratamiento

La autora Cecile Herscovici (2002) menciona, a la anorexia y la bulimia nerviosas como enfermedades mentales y de la conducta alimentaria. Su tratamiento debe abarcar ambos aspectos.

Son enfermedades multideterminadas por procesos individuales, familiares e interpersonales, así como por factores biológicos y socioculturales. El tratamiento también debe ser multidimensional e interdisciplinario; debe trabajar un equipo encabezado por un médico, un psiquiatra y uno o varios psicólogos especializados en el tema.

Las familias tienen para esta investigadora, un protagonismo muy importante en el tratamiento de dicha patología, debido a que son las personas que van a dar apoyo a los pacientes.

Tratamientos en anorexia nerviosa

En la anorexia nerviosa los objetivos del tratamiento son:

- Reestablecer un peso saludable, que permita recuperar la menstruación.
- Reestablecer hábitos alimentarios sanos.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Tratar los pensamientos, sentimientos, y creencias inapropiadas.
- Mejorar la regulación de los afectos y de la conducta.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Mejorar el funcionamiento social.

Podría agregarse a estos objetivos, trabajar la autoestima.

La anorexia nerviosa, de acuerdo a estos objetivos, puede ser abordada desde diferentes tratamientos:

- *Tratamiento ambulatorio*: la intensidad varía de acuerdo con la evolución del paciente, desde lo menos intrusivo hasta lo más intensivo. Se recomienda a los pacientes que tienen un buen apoyo social, no presentan riesgo de muerte y con los que se puede garantizar un seguimiento de su estado físico.

- *Internación*: se considera necesaria la misma en las siguientes

situaciones:

- Tratar complicaciones físicas agudas.
- Pacientes con ideación o conductas suicidas.
 - Tratamiento ambulatorio sin una evolución favorable.

Cuando se realiza la internación, se debe decidir por una unidad clínica o psiquiátrica. Es importante la experiencia en este tipo de patologías por parte del equipo. Los programas de modificación de conducta resultaron eficaces en acortar el tiempo de internación. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la velocidad de recuperación de peso en la internación, de ninguna manera asegura una buena evolución a largo plazo.

- *Internación domiciliaria*: los estudios recientes han mostrado que los programas conductuales indulgentes con reposo en el hogar pueden resultar aún más beneficioso que la internación hospitalaria, pues favorecen la colaboración del paciente, así como la sensación de participar en el control de su situación. Permite que continúe con algunas de sus actividades recreativas o académicas.
- *Hospital de día*: puede ser una opción en los casos en los que no existe la posibilidad de contención de la familia en ese momento. Debe tenerse en cuenta que requiere que el paciente esté motivado a participar, acuerde con los objetivos del tratamiento y tenga habilidad para relacionarse en grupo. Se torna dificultosa esta modalidad de tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa por sus características.
- *Terapia familiar*: La paciente y su familia deben estar incluidos desde el comienzo en el tratamiento; todos ellos deben recibir información sobre la enfermedad y el estado de la paciente; la mayoría de los expertos consideran a la terapia familiar, imprescindible. En muchos casos, la participación de la familia puede garantizar la continuidad del tratamiento. La mayoría de los autores coincide en evitar tomar una actitud culpabilizadora de los padres y brindarles información y orientación adecuadas para que colaboren. El terapeuta debe evaluar a la familia para descubrir el aspecto de la vida familiar que contribuyó de algún modo al desarrollo del desorden alimentario y en qué medida aún persisten sin resolver temas conflictivos.
- *Terapia psicodinámica o psicoanalítica*: Los trastornos psicológicos en este tipo de patología se vinculan a un déficit en el sentimiento de sí mismo y de la identidad. Esta terapia se orienta hacia los antecedentes de la enfermedad, teniendo como consecuencia un trastorno de desarrollo.

- *Terapia cognitivo-conductual*: se apoya en un enfoque psicoeducacional consistente en procurar que el paciente conozca los factores biológicos y culturales que contribuyeron al desarrollo de su desorden alimentario.
- *Medicación*: La mayoría de los pacientes no mejora con medicación psicofarmacológica solamente; la misma es una apoyatura de plano psicoterapéutico.

Como se mencionó anteriormente, Cecile Herscovici no considera adecuada la terapia de grupo para las pacientes anoréxicas. Sin embargo, en Córdoba, y en toda la Argentina existen muchas instituciones y hospitales que dentro del tratamiento incorporan el grupo de autoayuda. Puede considerarse muy fortalecedor para las pacientes, ya que a través del grupo pueden tomar mayor conciencia de su enfermedad, al identificarse con sus pares, y recibir el apoyo del mismo.

Tratamientos en Bulimia Nerviosa

En la bulimia nerviosa los objetivos del tratamiento son:

- Establecer un hábito alimentario estable y adecuado.
- Eliminar el círculo vicioso: atracón-purga-restricción.
- Modificar los pensamientos, creencia y actitudes que perpetúan la conducta bulímica.
- Tratar las complicaciones físicas de la bulimia.
- Tratar los síntomas psiquiátricos concomitantes.
- Prevenir las recaídas.

La autora, dentro de los objetivos establecidos para el tratamiento de la anorexia nerviosa, menciona el de mejorar el funcionamiento social y las relaciones interpersonales. Pueden considerarse también óptimos estos objetivos para el tratamiento con pacientes con bulimia nerviosa.

Tipos de tratamiento:

- *Reeducación nutricional*: Este enfoque ocupa un lugar central en el tratamiento, pues se empeña en lograr los dos primeros objetivos.

- *Terapia cognitivo conductual*: tiene como objetivo modificar los pensamientos que preceden al atracón, contrarrestar la conducta bulímica y mejorar la autoestima.
- *Terapia familiar*: se ha mostrado de utilidad, lo que probablemente se debe en parte, al mayor nivel de conflicto manifiesto que hay en la persona bulímica. Algunas familias, aún con las mejores intenciones, pueden recurrir a métodos que resultan poco adecuados para controlar la sintomatología bulímica. En este sentido, el terapeuta familiar desempeña un rol fundamental para ayudarlos a encontrar el modo más apropiado, según las características de la persona y su familia, para encarar la situación problema y neutralizar las luchas vinculadas al comer.
- *Terapia de grupo*: sus resultados mejoran si se asocia a terapia individual.
- *Terapia psicoanalítica*: Este tipo de enfoque resulta eficaz si el paciente logra el control de su síntomas (Atracón, vómito y ayuno) o bien, no esta con ningún riesgo físico importante. La terapia consistirá en trabajar el déficit en el sentimiento de si mismo y de la identidad.
- *Internación*: Puede recurrirse a ella, solamente en caso de:
 - Riesgos de suicidio.
 - Complicaciones clínicas o anormalidades metabólicas severas.
 - Fracaso en el tratamiento ambulatorio.
- *Hospital de día*: se considera solamente para quienes su conducta alimentaria está fuera de control y no responden al tratamiento ambulatorio.
- *Medicación antidepressiva*: puede ser útil sólo como complemento. Se recomienda sobre todo en pacientes responsables y colaboradores que no responden a la psicoterapia y que además tienen significativos síntomas de depresión, ansiedad, o ciertos trastornos en el control impulsivo.

A corto plazo, aproximadamente un 70% de quienes completan el tratamiento, muestran una notable mejoría de su sintomatología.

En el presente trabajo, se focalizará la Terapia familiar sistémica, como el tipo de tratamiento que motivó dicha investigación.

Es por eso que se considera de gran relevancia considerar los aportes que ha realizado Minuchin (1999) sobre la misma.

El autor considera que este tipo de terapia, llamada estructural, se fundamenta en el concepto de estructura, que alude al conjunto de demandas de una familia, reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado. No se puede evaluar a la familia como una entidad estática.

En el plano terapéutico es importante evaluar el proceso de interacción de la familia con el terapeuta, siendo el mismo un agente de cambio, de modo que en este proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes que gobiernan la vida familiar.

La evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales. En este proceso, los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico. De esta forma, el terapeuta puede percibir la modalidad con que la familia admite el cambio, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos (Minuchin 1999).

El mismo autor menciona que en este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico.

Las variables que el terapeuta evalúa son:

- El momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio.
- Las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista.
- Las alianzas y coaliciones familiares.
- Los problemas de la distribución jerárquica del poder.
- El tipo de límites intra y extra familiares.
- Las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio.
- Las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar.
- La forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Las conductas sintomáticas se explican en términos de ciclo vital y de acuerdo con un retraso o detención en el desarrollo del sistema familiar.

Las disfunciones estructurales pueden adoptar la forma de límites porosos o rígidos, que se manifiestan respectivamente en una proximidad excesiva o insuficiente entre los miembros del sistema familiar. Cuando los límites son porosos, priman los valores del grupo familiar sobre los individuos que lo forman, en cambio si son rígidos, predominan los valores

individuales sobre el grupo y hay poco contacto entre las personas, con lo cual no existe un apoyo que permita el buen desarrollo psicosocial de los componentes del sistema. Por otra parte, los límites normales funcionan como membrana permeable que facilita el paso de la comunicación y crea un ámbito propio a individuos y a subsistemas.

Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones Intergeneracionales permanentes (Minuchin, 1999).

Cuando hablamos de patrón de desviación del conflicto, nos referimos a una triangulación de desviación, de forma que los dos padres manifiestan ausencia de conflicto entre ellos y se muestran unidos contra un hijo individual al que utilizan como "chivo expiatorio". En cambio, cuando nos referimos a la creación de coaliciones intergeneracionales permanentes estamos hablando de una triangulación en la que dos miembros de distintas generaciones se unen en contra de un tercero en la familia.

Por último, la terapia estructural postula que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el statu quo (Minuchin, 1999)

Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, lo son cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio en el devenir vital de personas y familias.

Metas y estrategias terapéuticas

Para conseguir el éxito de un proceso terapéutico, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento y las metas deben estar dirigidas a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar, más allá de disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente en cuestión. El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en casos en que corre peligro la vida.

Terapia familiar en Bulimia y Anorexia Nerviosas

Herscovici (2002) considera que para que se pueda lograr una terapia familiar, son necesarios los siguientes ítems:

- El paciente y su familia deben estar incluidos, desde el comienzo, en el tratamiento.
- Todos ellos deben recibir información de la enfermedad y el estado del paciente, así como la relación entre los síntomas de inanición y los de la anorexia nerviosa.
- La mayoría de los expertos consideran a la terapia familiar imprescindible, tratándose de niños y adolescentes jóvenes.

Generalmente, las pacientes anoréxicas, no son del todo conscientes de su enfermedad. Por lo tanto, en la mayoría de los casos no acuden solas a buscar tratamiento. Además, debe tenerse en cuenta que el objetivo terapéutico inicial (recuperación de peso) es totalmente contrario a su deseo. En este aspecto, la participación de la familia puede garantizar la continuidad del tratamiento.

Es por esto que no debe tomarse una actitud que culpe a los padres, por el contrario, debe brindárseles información y una adecuada orientación para que puedan colaborar con el reestablecimiento del paciente.

En pacientes más jóvenes, los padres son los encargados de supervisar la ingesta de alimentos y todo lo relacionado a la conducta alimentaria del paciente. El terapeuta familiar debe evaluar a la familia para descubrir qué aspecto de la vida de la misma contribuyó al desarrollo del desorden alimentario y en qué medida aún persiste sin ser resuelto. Es también importante establecer cuáles son las actitudes y conductas que en la actualidad, pueden dificultar la recuperación del paciente.

CAPITULO IV

Capacitación

La Lic. Liliana Hernández, docente del Postgrado de Psicopedagogía Laboral de la U.N.C. (2003), realiza los siguientes aportes sobre una capacitación:

Diagnóstico de
Necesidades

Evaluación y seguimiento

Capacitación empresa

Diseño educativo

Implementación
o dictado del curso

El primer paso de la capacitación es realizar un diagnóstico de las necesidades en la institución.

El diagnóstico de necesidades es la tarea de discernir si la necesidad detectada es efectivamente una necesidad de capacitación, ya que debe existir una carencia de conocimientos, habilidades y/o actitudes para la realización de la capacitación. Pueden describirse tres tipos de necesidades de capacitación:

- **Por discrepancia:** cuando una tarea o función se está efectuando insatisfactoriamente. Es la brecha que existe entre lo que hace y lo que se espera que haga la persona.
- **Por cambio:** cuando una tarea o función es modificada en su realización. Implica un desaprendizaje y es la capacitación más difícil.

- **Por incorporación:** cuando se asigna una nueva tarea o función desconocida.

Luego de este discernimiento debe realizarse un análisis de la necesidad:

- 1) Identificación de los interesados.
- 2) Consecuencias de no hacer nada.
- 3) Beneficios o logros.
- 4) Relación entre valor y costos.
- 5) Existencia de condiciones que favorecen el traslado de lo aprendido a la tarea.
- 6) Indicadores de satisfacción e insatisfacción.
- 7) Punto de llegada y puntos parciales.
- 8) Plazos y oportunidades.

Una vez relevados estos datos, puede comenzarse el diseño educativo. Lo realizamos para adecuarnos a los participantes, mantener una calidad constante, trabajar con los instructores (si los hay) y para poder transferir el conocimiento a todos los participantes.

Según los conocimientos transmitidos por Hernández (2003), el diseño puede responder al tipo:

- **Enlatado:** Predeterminado, sólo debe conocerse el público al que va dirigido.
- **A medida:** se utiliza cuando lo que queremos transmitir son valores propios de la organización.

Para la elaboración del diseño, deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

- **Audiencia:** debe tenerse en cuenta la formación académica, sexo, edades, años de trabajo y experiencia, conocimientos previos de la temática, tiempos disponibles, cantidad de personas y expectativas.
- **Objetivos:** deben formularse después de las expectativas. Dichas expectativas deben concordar, por lo menos en parte, con los objetivos del diseño. Son la expresión del cambio deseado en términos de comportamiento de quien aprende. Los logros expresados en los objetivos pueden ser de conocimiento (qué tiene que saber), de habilidades (qué

tiene que hacer) o actitudes (cómo lo tiene que hacer).

- **Contenidos:** son las nociones, los conceptos principales y las operaciones que el participante deberá aprender. En el armado de los contenidos debe tenerse en cuenta el material necesario a incluir, el orden y de qué manera se agruparán.

- **Métodos:** se refiere a las formas en que se organizarán las actividades del instructor y del participante. Estas actividades pueden agruparse de diferentes maneras:

- a) en pequeños grupos
- b) de casos individuales
- c) expositivos
- d) de debate

- **Recursos:** son de índole material y van a depender de los costos.

- **Tiempo:** debe establecerse la duración de la capacitación, la periodicidad y los horarios en que se llevará a cabo. Debe intentarse que siempre sea dentro de los horarios de trabajo.

- **Evaluación:** debe realizarse a través de índices objetivos y realizar una evaluación tanto antes de la implementación del curso como al finalizar la misma. Los resultados obtenidos deben compararse luego con los objetivos propuestos al comienzo. Puede realizarse con técnicas tales como cuestionarios, entrevistas y/u observaciones.

Todo diseño debe armarse de la siguiente manera:

- 1- Tapa
- 2- Índice
- 3- Objetivos
- 4- Ejes temáticos
- 5- Agenda: Principales momentos de las actividades y qué se hace en esos momentos.
- 6- Guía: Pautas específicas de la organización
- 7- Anexo: Está compuesto por todos los ejercicios

La siguiente información fue recabada por la licenciada Hernández (2003).

Capacitación y desarrollo

El objetivo de toda capacitación es perfeccionar al trabajador en su puesto de trabajo, ya que los adelantos tecnológicos hacen que los puestos no sean estáticos y sufran constantes cambios. La capacitación ayuda a los integrantes de la organización a mejorar su desempeño actual., pero puede servir también como base para el desarrollo personal y esto le permitirá, en el futuro, obtener mejores puestos de trabajo.

En resumen, capacitación es el conjunto de técnicas que se utilizan para hacer más eficaz al personal, que adquiera más conocimientos y que cambie de actitudes, adaptándose a la cultura organizacional.

El trabajador y su puesto actual

Sabe

Necesita saber

Necesidad de capacitación

para el presente

Por otra parte, el desarrollo consiste en descubrir todo el potencial oculto en las personas, cultivarlo para brindar a éstas mayores posibilidades que las que tienen en su puesto actual.

El trabajador y las posibilidades futuras (desarrollo)

Sabe

Podría saber

Necesidad de capacitación

para el futuro

Con respecto a la capacitación, Rosenberg (1999), destaca los siguientes aspectos:

Cambio y capacitación

Se deben introducir en la organización innumerables cambios para mantener la competitividad en un mercado globalizado. Estos cambios son difíciles de introducir y esto es debido a varias razones:

- No tienen las habilidades necesarias.
- No saben acerca del cambio.
- No creen en el cambio.
- No están de acuerdo con el cambio.

Para estas dificultades, existen posibles soluciones, a saber:

- Hacer la capacitación correspondiente.
- Promover una mejor comunicación.
- Mejorar la influencia y la motivación.
- Mostrar las múltiples ventajas que puede ofrecerles el cambio.

Los cambios menores suelen necesitar aprendizaje de conocimientos, los cambios mayores requieren aprendizaje de actitudes. El entrenamiento o capacitación es más importante para la adquisición de conocimientos que hacen a los cambios menores.

Beneficios que brinda la capacitación

Para la organización:

- Mejora los conocimientos de los empleados.
- Mejora su rendimiento.
- Mejora las relaciones interpersonales.
- Eleva la moral de las personas.
- Se agiliza la toma de decisiones.
- Se solucionan problemas en forma más rápida.
- Eleva la productividad.

Para el individuo:

- Facilita a la persona el proceso de toma de decisiones.
- Ayuda al logro de las metas individuales.

- Destruye temores e inseguridades.
- Aumenta la confianza en sí mismo.
- Mejora la posibilidad de comunicación con los demás.

Para las relaciones humanas en la organización:

- Ayuda a la integración de nuevos empleados.
- Fortalece el trabajo en equipo.
- Potencia las políticas implementadas por la empresa.

Formas de llevar a cabo la capacitación

Dentro de la empresa:

- Se utilizan las propias instalaciones de la empresa. Esto trae como ventajas, la reducción del costo por no existir necesidad de trasladar el personal y la creación de un ambiente de mayor responsabilidad.

Fuera de la empresa:

- Se utilizan empresas especializadas u otros lugares. Las ventajas que esto tiene son, que al salir de la empresa, la gente se siente más relajada y dispuesta para la capacitación y por otra parte, mejora la relación entre las personas que reciben la capacitación.
- Fuera del trabajo:
- Por medio de cursos, conferencias, etc. Es de carácter teórico.

En el trabajo:

- Se realiza mientras se efectúa la tarea. Es la aplicación práctica de lo aprendido.
- Se la denomina "on job training".

En forma individual:

- Es la capacitación de una persona con un fin determinado.

En forma grupal:

- No sólo se capacita a un grupo de personas, sino que se trata de capacitar para la realización de tareas grupales.

Destinatarios de la capacitación

Los destinatarios de esta capacitación son los integrantes del plantel directivo y los miembros del nivel gerencial, así como también el personal de base y el personal externo.

Contenidos de la capacitación

Específico:

- Dirigida al puesto de trabajo que se está desempeñando. Se llama adiestramiento.

General:

- Sirve para ampliar los conocimientos del trabajador en aquellos temas que se relacionan con su puesto de trabajo y la empresa en general. Sirve para las promociones internas.

Integral:

- Para obtener un mayor desarrollo personal del trabajador. Puede tener o no relación con su tarea específica, pero le permite tener mayor empleabilidad.

Tipos de entrenamiento

En el proceso de entrenamiento, el mismo autor sostiene que pueden darse distintas circunstancias, que tienen diferentes objetivos.

El entrenamiento en nuevas tareas, por ejemplo, tiene como objetivo conocer las nuevas habilidades; el entrenamiento de personal ascendido en cambio, tiene por objeto mejorar conocimientos para un cargo superior. Finalmente, el entrenamiento de actualización, tiene como objetivo adaptarse a los cambios de las nuevas necesidades y de la cultura organizacional.

En los tres casos, el resultado obtenido es el mismo; se trata de personal capacitado para enfrentar cambios.

Costo de la capacitación

Está compuesto por diversos elementos:

- 1) El desembolso necesario para evaluar las necesidades de la empresa.
- 2) El tiempo durante el cual el trabajador se dedica a la capacitación y no produce.
- 3) Contar con una serie de medios para poder efectuar la capacitación: medios humanos, medios materiales para la realización del curso (proyectores, videos, etc.) y medios financieros, necesarios para solventar los gastos.

Formación dentro de la empresa

Los objetivos a alcanzar son:

- a) Transmitir conocimientos.
- b) Desarrollar habilidades.
- c) Desarrollar actitudes.
- d) Incorporar la cultura organizacional.

En cuanto a lo que necesita aprender la gente, tenemos los siguientes ítems:

- 1) Adquirir conocimientos acerca de:

Información sobre a empresa:

- A qué actividad se dedica.
- Cuál es su estructura.
- Qué funciones cumple cada persona.
- Cuáles son las posibilidades de progreso dentro de la empresa.
- Cuáles son las normas de conducta dentro de la empresa.
- Cómo es la cultura organizacional.

Conocimientos acerca de la tarea:

- Cuáles son los requisitos de la tarea.
- Qué información necesita para desempeñar las tareas.
- A quién recurrir si se necesita más información.
- Qué responsabilidad tiene cada persona de conseguir la información necesaria para el desempeño de la tarea.
- Cuáles son las metas a alcanzar al realizar la tarea.
- Cuáles son las expectativas de la empresa acerca de la tarea.
- De qué forma se evalúa la tarea realizada.

Conocimiento del producto y el cliente:

- Las características de los productos o servicios que vende la empresa.
- La utilidad que le brindan al usuario de los mismos.
- El trato a brindar al cliente.

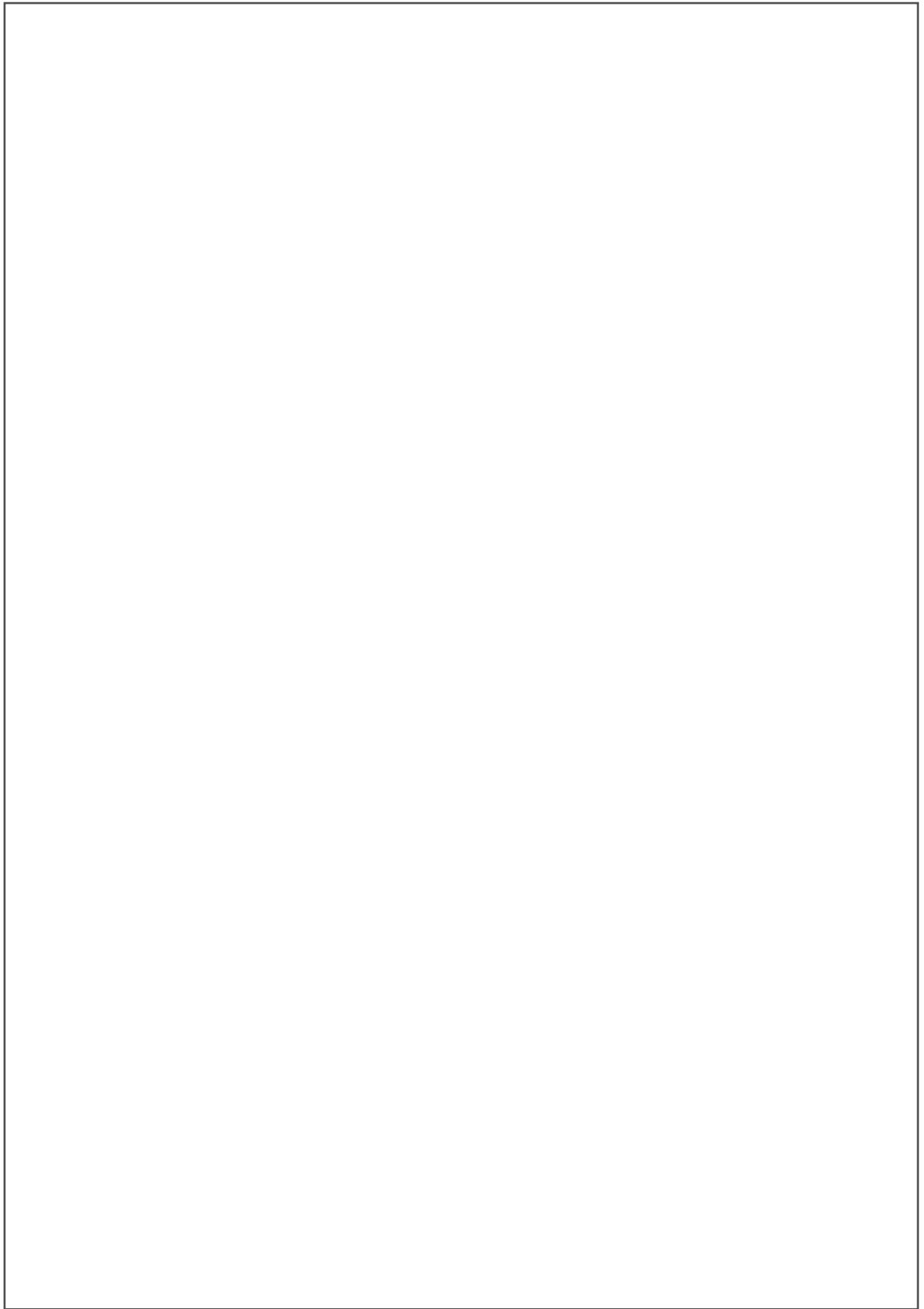
2) Adquisición de habilidades en el manejo de:

- Herramientas que se utilizan en la realización de tareas.
- Procedimientos que establece la empresa con respecto al desarrollo de las tareas.

3) Desarrollo de actitudes tendientes a la equidad, el respeto por el prójimo, la ayuda mutua, etc.

Pautas básicas del entrenamiento

- a) Agrupar a las personas de acuerdo con sus intereses personales.
- b) Armar las clases alrededor de las áreas de interés de los entrenados.
- c) Conducir actividades con amplia participación de los entrenados.
- d) Evitar el uso innecesario de recursos.



HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN

La siguiente información fue proporcionada por la Lic. Emilse Móvile, coordinadora de la Delegación Aluba Córdoba

ALUBA fue creada en 1985. Su asesora médica es la Dra. Mabel Bello. Exhibe no sólo su condición de pionera y líder en el campo de las Patologías Alimentarias en la Argentina, sino que ha trascendido las fronteras, opera con éxito en Uruguay, y es reconocida en Europa por el alto índice de recuperación de sus tratamientos, razón por la cual los mismos se implementan en Barcelona desde 1995.

Además de la labor asistencial que incluye desde su creación, más de 7000 consultas brindando actualmente tratamiento a 2000 pacientes activos dentro del Hospital de Día, merece destacarse su accionar en el campo de la prevención. Se organizan charlas en colegios con la asistencia de padres y alumnos, seminarios, conferencias y presentaciones en diferentes medios de difusión.

En el campo de la docencia, cabe mencionar el curso anual de postgrado para médicos y psicólogos que se dicta desde 1992 con el auspicio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires y los cursos para docentes desde 1987. Asimismo, alumnos de distintas universidades realizan pasantías en la Institución.

El Departamento de Docencia e Investigación tiene a su cargo la organización de congresos, realiza investigaciones con la participación de distintos especialistas, organiza los cursos regulares y de actualización y es responsable de las estadísticas que a nivel nacional se realizan en los grupos de riesgo.

Qué es ALUBA:

- Es una entidad de carácter civil, de bien público y sin fines de lucro, con personería jurídica registrada en los Estados Unidos. Ofrece:
- Propuestas terapéuticas integrales a enfermedades como Anorexia, Bulimia y Síndrome de Prader Willi.
- El tratamiento es interdisciplinario, centrado en la autoayuda y organizado como Hospital de Día. Una amplia casuística de más de 20.000 casos tratados en la sede Central de ALUBA, en el Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo” y en las distintas filiales, avala su propuesta terapéutica.
- Investigar en el campo de las Patologías Alimentarias, en orden a aumentar la eficiencia terapéutica.
- Formar profesionales de la salud en el campo de las patologías alimentarias.
- Formar jóvenes libres de adicciones.

Características:

- Enfoque Integral Cibernético.
- Responde a todas las necesidades terapéuticas del paciente, en sus aspectos médicos y psicosociales.
- Perspectiva Integradora.
- Se ocupa de todas las características de cada caso, sin perder de vista al paciente

- como persona integrada en un contexto social determinado.
- Transdisciplinaria.
 - Los profesionales, provenientes de diversas áreas de especialidad, han desarrollado enfoques complementarios.

Objetivos:

- Difundir las características y magnitud de esas patologías para generar conciencia social del problema.
 - Desarrollar actividades de Prevención Primaria.
 - Facilitar la detección temprana de estos cuadros.
 - Ofrecer un diagnóstico completo y preciso de la patología individual y familiar conexas.
-
- Integrar en el tratamiento al paciente y su familia para estabilizar los factores que generan recidivas cíclicas.
 - Apoyar mediante los grupos de autoayuda, el proceso de recuperación del paciente.
 - Organizar mediante los mismos grupos, la reinserción social del paciente recuperado.
 - Brindar información y consejo a las familias y profesionales de la salud involucrados en la atención de Patologías Alimentarias en todo el país, y en el mundo.

En Aluba Córdoba

Los Servicios que ofrece la institución son principalmente de dos tipos:

Uno es servicio externo, en el cual las pacientes concurren a la institución dos veces por semana, martes y viernes, de 15 a 17 hs. El ingreso del grupo externo dependerá de cada caso en particular.

El otro servicio es de hospital de día, en donde las pacientes se encuentran en la institución de lunes a viernes de 8 a 17 hs. realizando, en ese horario, diferentes tipos de actividades, que van desde tareas de tipo recreativas y talleres dirigidos por las practicantes hasta las cinco ingestas que le corresponden diariamente. Se realizan además dos asambleas (terapia grupal) diarias y se procede a medir el peso de cada paciente.

Actualmente, la institución realiza a cada paciente controles médicos, entrevistas psiquiátricas y le brinda terapia grupal.

También se realizan reuniones con los familiares, en ausencia de las pacientes, una vez al mes, las que se caratulan como "Multifamiliares". Las mismas son coordinadas por las terapeutas. Por otra parte, una vez por semana, se realizan los denominados "entrenamientos", donde se les explica a los familiares, las pautas del tratamiento y se los asesora en cuanto a cómo manejarse con la enfermedad.

El tratamiento consta de tres módulos y un pre-alta. Cada uno de ellos tiene un objetivo a cumplir que le permite pasar al módulo siguiente. Dichos objetivos son los siguientes:

Módulo 1: El paciente debe haber superado la sintomatología aguda de ingreso en relación al cuerpo y la comida. Mejorar las relaciones familiares.

Módulo 2: Haber mantenido lo anterior y estar comenzando su reinserción social (trabajo, estudio, etc.) Tener un proyecto de vida.

Módulo 3: Mantener lo anterior y concretar el proyecto de vida.

Pre-alta: Los pacientes empiezan a prepararse para abandonar la institución con el alta médica.

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO TERAPEÚTICO

El equipo terapéutico de la Delegación ALUBA Córdoba está compuesto por 2 (dos) psicólogas, 2 (dos) médicos clínicos, y 2 (dos) psiquiatras.

Una de las psicólogas es la coordinadora del área terapéutica. Sus funciones son: capacitar al equipo, realizar charlas informativas, entrenamientos a familiares y amigos de pacientes, reuniones multifamiliares, entrevistas de admisión y supervisión de casos.

Otra de las psicólogas se encuentra a cargo de la terapia grupal y las entrevistas con los familiares.

Los médicos clínicos son los encargados de realizar los chequeos mensuales y el seguimiento físico de los pacientes.

Los psiquiatras realizan semanal o quincenalmente entrevistas con las pacientes, recetan medicación en caso de ser necesario y realizan el seguimiento de los mismos.

También se encuentran trabajando en la Institución, 4 (cuatro) pasantes (2 Licenciadas en psicología y 2 estudiantes avanzados de psicología) y 2 (dos) practicantes (estudiantes avanzados de psicología.)

Las practicantes se encargan de acompañar al grupo, de la preparación de las ingestas y el pesaje. Realizan talleres y acceden a la misma por un convenio entre la institución y la Universidad Siglo XXI. En el cursado del 7º cuatrimestre realizan una práctica profesional de dos meses, por lo que la rotación de las practicantes es alta.

Las pasantes realizan las mismas tareas que las practicantes, pero con la diferencia que participan de la terapia grupal y las entrevistas familiares acompañadas de una terapeuta. Con respecto a tiempo, es ilimitado.

METODOLOGÍA

En el presente trabajo, se llevará a cabo un diagnóstico en el Centro de Atención interdisciplinario de trastornos alimentarios Aluba, Delegación Córdoba, con la finalidad de detectar las necesidades suscitadas en el área terapéutica que se presentan actualmente en la institución.

Instrumento

El instrumento que se utilizará para realizar el diagnóstico es un cuestionario con una modalidad de preguntas abiertas y cerradas, formuladas en forma alternada.

Las preguntas cerradas tienen como ventaja, obtener datos precisos y objetivos.

Las preguntas abiertas permiten indagar de manera más subjetiva y profunda, las variables a analizar.

Población

Los cuestionarios se realizarán al equipo terapéutico compuesto por 2 (dos) psicólogos, 4 (cuatro) pasantes, 2 (dos) médicos y 2 (dos) psiquiatras.

Procedimiento

Los cuestionarios se llevarán a cabo en la Institución ALUBA a partir de las 18:00 hs, una vez finalizado el funcionamiento habitual de la Institución.

El Cuestionario se administrará a través de una modalidad de entrevista personal: El entrevistador leerá cada pregunta e irá anotando lo que el entrevistado le responda.

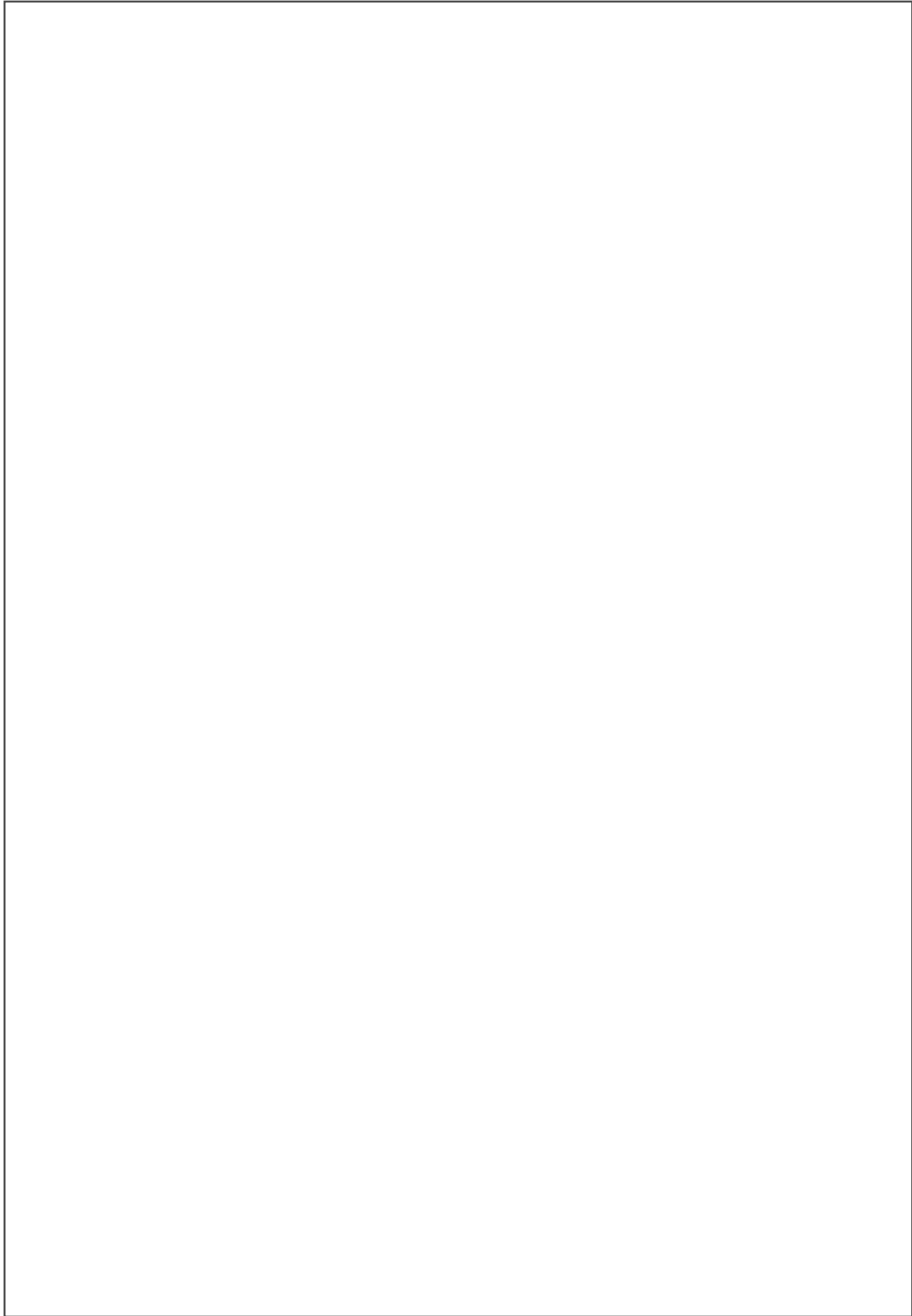
Análisis de datos

El análisis de los datos de las entrevistas se realizará a través de un estudio de contenido. El mismo consiste en el procesamiento de los datos sacados, analizando cada variable o indicador individualmente, tomando las diferentes respuestas obtenidas, de las cuales se sacarán porcentajes que se mostrarán a través de gráficos. Esto permitirá, luego, arribar a un diagnóstico global y finalmente; implementar las acciones

que surjan como necesarias.

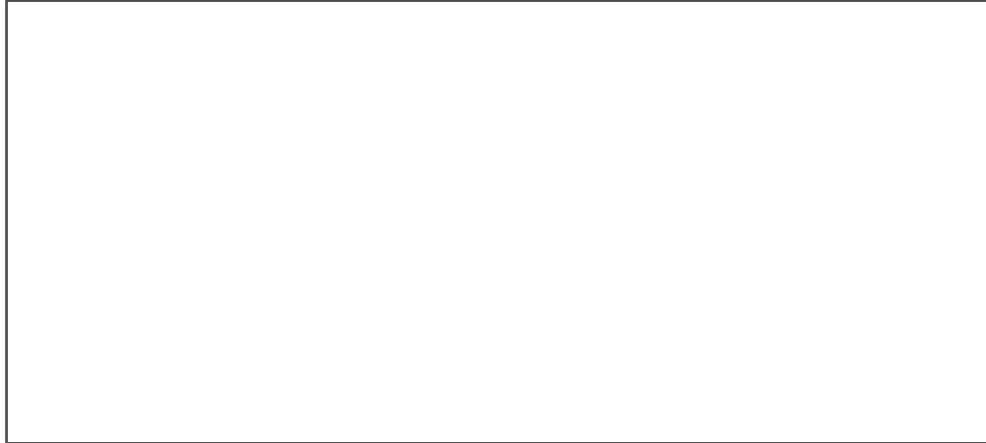
Las variables claves de estudio se detallan a continuación:

- Función que desempeñan los profesionales.
- Trabajo en equipo.
- Tiempo de trabajo.
- Tipo de tratamiento que se realiza en la Institución Aluba Córdoba.
- Eficacia de los tratamientos.
- Tipos de tratamientos importantes a considerar en los trastornos de patologías alimentarias.
- Participación de la familia en los tratamientos que se realizan en la Institución Aluba Córdoba.
- Inclusión de la Terapia Familiar en la Institución.



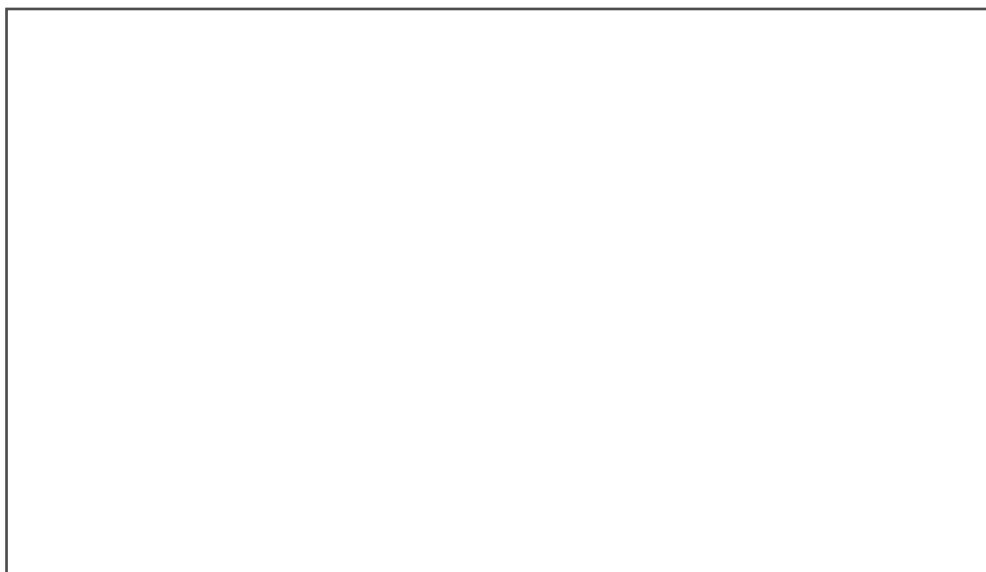
INTERPRETACION DE DATOS

De acuerdo a los datos recabados de las encuestas, se obtienen los siguientes resultados.



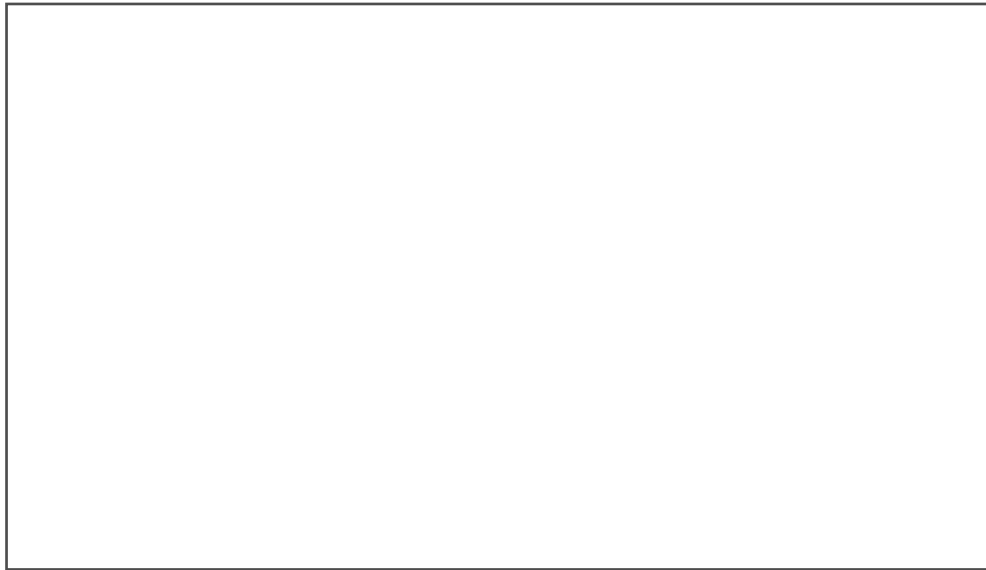
En relación a la variable sexo, se observó que la población esta compuesta en un 60% por profesionales de sexo femenino (psicólogas y pasantes).

El porcentaje restante lo componen los profesionales de sexo masculino (psiquiatras y médicos)



En relación al tiempo promedio de trabajo en la Institución ALUBA Córdoba, el mayor porcentaje se concentra entre los profesionales que tienen una antigüedad entre 6 meses a un año.

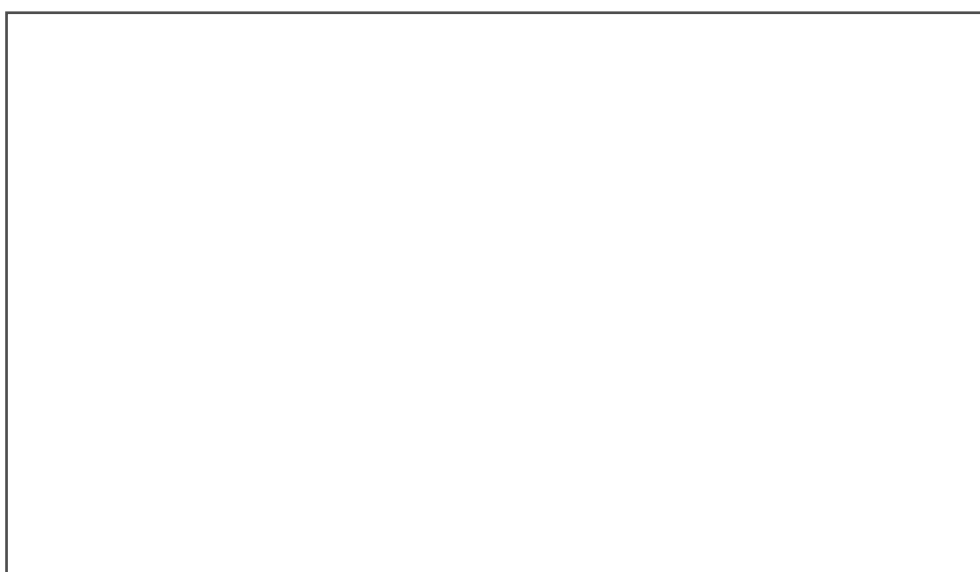
- El 60% del equipo terapéutico de la Institución esta conformado por profesionales, divididos en diferentes áreas. Mientras que el 40% restante lo integran pasantes de tiempo indefinido.



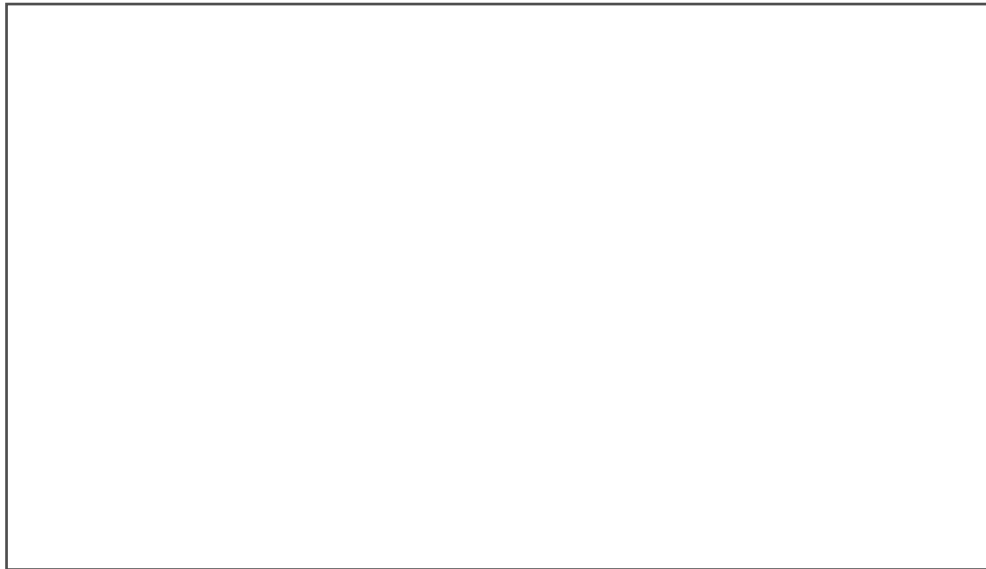
- La totalidad de los entrevistados, concuerdan en que se realiza un trabajo en equipo de manera interdisciplinaria (médicos, psiquiatras, psicólogos y pasantes) a través de “supervisiones” y “reuniones quincenales”.



- Respecto al tipo de tratamientos que se realizan, se destaca en orden de importancia una modalidad “Terapia Grupal” que se complementa con “Controles Psiquiátricos y Médicos”. Se consideran dichas terapias eficaces en el tratamiento de trastornos alimentarios.
- Las maneras de implementar la Terapia Grupal es a través de “hospital de día”, “grupo externo” y mediante la realización de “asambleas diarias”.
- Continuando con los Controles Psiquiátricos, se implementan a través de la “medicación del paciente”, en caso de necesitarlo.
- Finalmente, con los Controles Médicos se logra un “orden en la alimentación” de los pacientes.



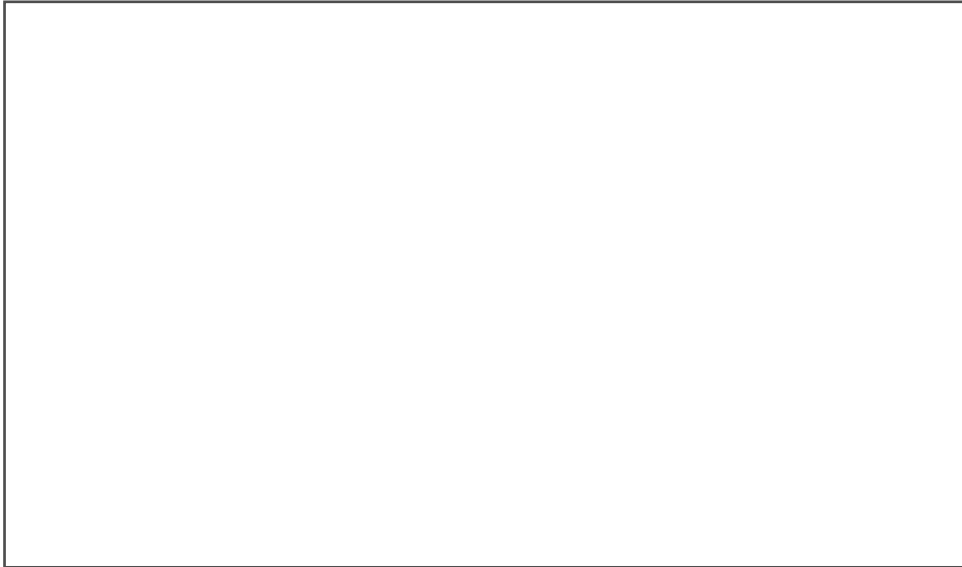
- La totalidad de los entrevistados coinciden en la eficacia de los tratamientos realizados en la Institución. Fundamentalmente, porque se lleva a cabo un trabajo interdisciplinario; además promueve la evolución de trastornos alimentarios y conlleva al cambio personal.



- Los entrevistados consideran que otro tipo de terapia importante para el tratamiento de patologías alimentarias sería la “terapia familiar”. Los aportes que brinda la misma son:
 - Lograr mayor contención, sostén y apoyo de la familia,
 - Obtener mayor conocimiento de la patología,
 - Viabilizar el trabajo de la disfuncionalidad familiar,
 - Fortalecer los vínculos familiares,
 - Implementar cambios que reorganizarán la conducta en el paciente y en el sistema familiar del mismo.
- Por otro lado, algunos entrevistados consideran también importante aunque en menor proporción, la “terapia individual”, afirmando que la misma puede ser muy útil para pacientes que no pueden adaptarse a un grupo de autoayuda o que necesiten trabajar algunos temas con mayor profundidad. Esta terapia no se ha implementado antes en la Institución, porque ALUBA apunta a un tratamiento grupal.
- Por último, también se sugiere la “terapia con fármacos”, como complemento de la terapia grupal.

Aplicación de alguna de las terapias mencionadas en	Porcentaje
ALUBA	s
Sí	0,0%
No	90,0%
NS/NC	10,0%
TOTAL	100,0%

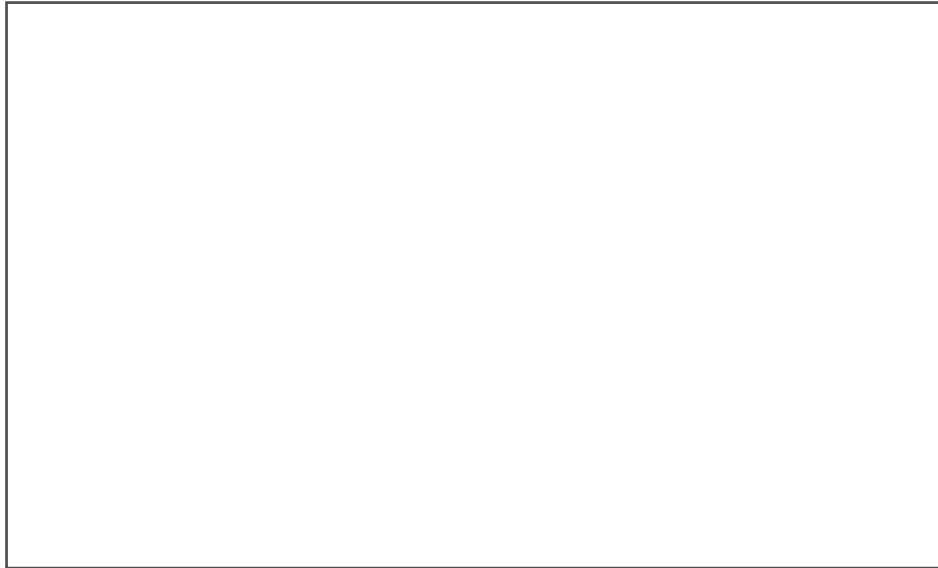
- Según los entrevistados, la terapia familiar no ha sido aplicada en los últimos años en la institución debido a escasos recursos económicos, estructura edilicia inadecuada y conocimientos y experiencia deficientes acerca de dicha terapia.



- El 80% de los entrevistados consideran “absolutamente importante” la participación de la familia en el tratamiento de pacientes con bulimia y anorexia nerviosas. Mientras el porcentaje restante, lo considera importante pero no primordial para el tratamiento de dichas patologías. La manera de incluir la terapia familiar en el tratamiento podría llevarse a cabo a través de la formación de un “departamento de familia” que proporcione espacios propios a los padres a través de “talleres” y “terapias varias”.



- La totalidad de los entrevistados concuerdan en la necesidad de implementar la terapia familiar en todo tipo de trastornos alimentarios.
- La frecuencia de aplicación óptima corresponde a la “quincenal”.
- El lugar físico para llevarse a cabo la terapia es la Institución de “ALUBA Córdoba”.



- El 70% de los profesionales reconoce no poseer experiencia y conocimientos suficientes sobre terapia familiar. El modo de adquirir estos elementos sería a través de una capacitación, llevándose a cabo la misma, mediante charlas sobre temas centrales, talleres y entrenamiento.

CONCLUSIÓN

A partir de los objetivos planteados y el marco teórico propuesto, se visualiza que la Institución Aluba Córdoba propone un tratamiento interdisciplinario e integral. En relación a esto, la autora Cecile Hescovici (2002), considera importante este tipo de abordaje para trabajar con patologías como bulimia y anorexia nerviosas, ya que las mismas pueden tener un origen multicausal, es decir, individual, familiar, interpersonal, cultural y biológico.

La misma autora menciona diferentes tipos de tratamiento para abordar las patologías alimentarias, tales como, internación, hospital de día, tratamiento ambulatorio, terapia familiar, grupal y cognitiva, terapia psicoanalítica y terapia con fármacos.

La institución Aluba Córdoba considera como eficaces los siguientes: La terapia grupal, con modalidad de hospital de día y grupo externo, controles médicos y controles psiquiátricos. A partir de estos tratamientos es que pueden pautarse objetivos a cumplir para cada uno de los trastornos alimentarios.

En la bulimia nerviosa los objetivos del tratamiento son:

- Establecer un hábito de alimentación estable y adecuado, eliminando el círculo vicioso atracón - purga - restricción y modificando los pensamientos, creencias y actitudes que perpetúan la conducta bulímica.
- Tratar las complicaciones físicas de la bulimia para prevenir recaídas.
- Mejorar las relaciones interpersonales y la autoestima.

En el caso de la anorexia nerviosa, los objetivos del tratamiento son:

- Reestablecer un peso saludable que permita recuperar la menstruación y reestablecer los hábitos alimenticios sanos y tratar las complicaciones físicas.
- Trabajar las creencias y sentimientos inapropiados.
- Mejorar las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y la autoestima.

Cecile Hescovici (2002) considera que la familia posee un protagonismo muy importante en el tratamiento de estas patologías, ya que sus integrantes son los que deberán acompañar y contener al paciente.

Relacionando con lo mencionado anteriormente, a partir de las entrevistas realizadas en la Institución Aluba, se pudo observar que los profesionales consideran importante la inclusión de la familia, ya que sostienen que la misma podría significar un importante avance en la recuperación de los pacientes. Los entrevistados consideran que un modo de inclusión de la familia, será a través de la formación de un departamento de familia que proporcione espacios propios a los padres a partir de talleres y terapia familiar.

Teniendo en cuenta esto, se destacan los aportes de Stierlen y Weber (1990) que consideran que desde el punto de vista sistémico la familia es funcional cuando los miembros son capaces de enfrentar diferentes cambios, tanto previsibles como imprevisibles, reformulando cambios en ellos mismos y pudiendo lograr un nuevo equilibrio.

En los trastornos alimentarios, la persona sintomática es sólo un emergente de la disfuncionalidad familiar. Es aquél que permite mantener el equilibrio del sistema.

En relación a esto último, cabe destacar las consideraciones de Minuchin (1999), quien sostiene que el paciente individualizado es el portador del síntoma cuya finalidad es proteger a la familia y al mismo tiempo el síntoma es mantenido por una organización en la que los miembros de la familia ocupan jerarquías congruentes.

En relación a esta disfuncionalidad, se pudo visualizar a raíz de la práctica realizada en la institución, que las familias con pacientes con bulimia o anorexia presentaban las siguientes características:

- Familias desjerarquizadas, en la cual no se mantiene la jerarquía de la autoridad.
- Familias con fronteras desdibujadas, es decir, que las pautas y reglas no son claras ni estables. De la misma manera, los subsistemas no son claros.
- Hijos que participan de triangulaciones, alianzas o coaliciones.
- Escasa efectividad de los padres en la puesta de límites.
- Coaliciones con la enfermedad y dificultades en la comunicación.

En la adolescencia, las familias tienen que relacionarse con un sistema nuevo, bien organizado y elaborar nuevas pautas, como ayudar en las tareas escolares, establecer tiempos de estudio y esparcimiento, etc. El crecimiento del niño va introduciendo elementos nuevos en los sistemas familiares, ya que el mismo se entera de que la familia de sus amigos obedece a reglas diferentes que la suya. La familia deberá, en este caso, negociar ciertos ajustes, modificar ciertas reglas e imponer nuevos límites.

Si en esta etapa, la familia no logra materializar estos cambios y por el contrario, se maneja con rigidez ante ellos, puede ser que el adolescente se desarrolle dentro de un ámbito familiar disfuncional y sea propenso a desarrollar diferentes patologías, dentro de las cuales podemos destacar las patologías alimentarias.

Desde la práctica realizada en Aluba, se pudo observar que la mayoría de los pacientes con este tipo de trastornos pertenecen a este grupo etario. Por estas razones surge la necesidad de implementar terapia familiar en dicha institución.

Minuchin (1999) considera que en este tipo de terapia, el terapeuta debe romper el equilibrio disfuncional, mantenido hasta ese momento, ya que esto facilitaría un cambio en la totalidad del sistema familiar, permitiendo mostrar nuevos modos de funcionamiento. El mismo autor menciona que para poder sostener este cambio, es necesario que el terapeuta esté en contacto con determinadas variables:

- Las interacciones que sus miembros despliegan en la entrevista.
- Las alianzas y coaliciones familiares.
- Los problemas de la distribución jerárquica de poder.
- El tipo de límite intra y extra familiar.
- La flexibilidad a los cambios.
- La forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

En el contacto diario con familias que poseen este tipo de patologías, se corroboran las variables mencionadas por este autor. En general, en cuanto al modo en que interactúan, se observa que la comunicación no es directa y muchas veces se utiliza a un tercero para poder comunicarse. El modo en el que circula el mensaje puede ser agresivo o evitativo.

La distribución de los roles, por lo general está alterada. Esto puede verse en la escasa claridad de los límites entre los diferentes subsistemas familiares. Esta poca claridad en cuanto a roles y límites pueden llevar a que se formen alianzas o coaliciones familiares. También se puede observar en este tipo de familias que por lo general, rigidizan los modos de responder a los diferentes cambios internos y externos. Esta rigidez permite seguir sosteniendo una estructura en la cual los miembros de la familia se sienten cómodos y seguros, imposibilitando cambios y crecimiento. En esta estructura rígida, el paciente como portador del síntoma, es el que facilita que la familia siga funcionando.

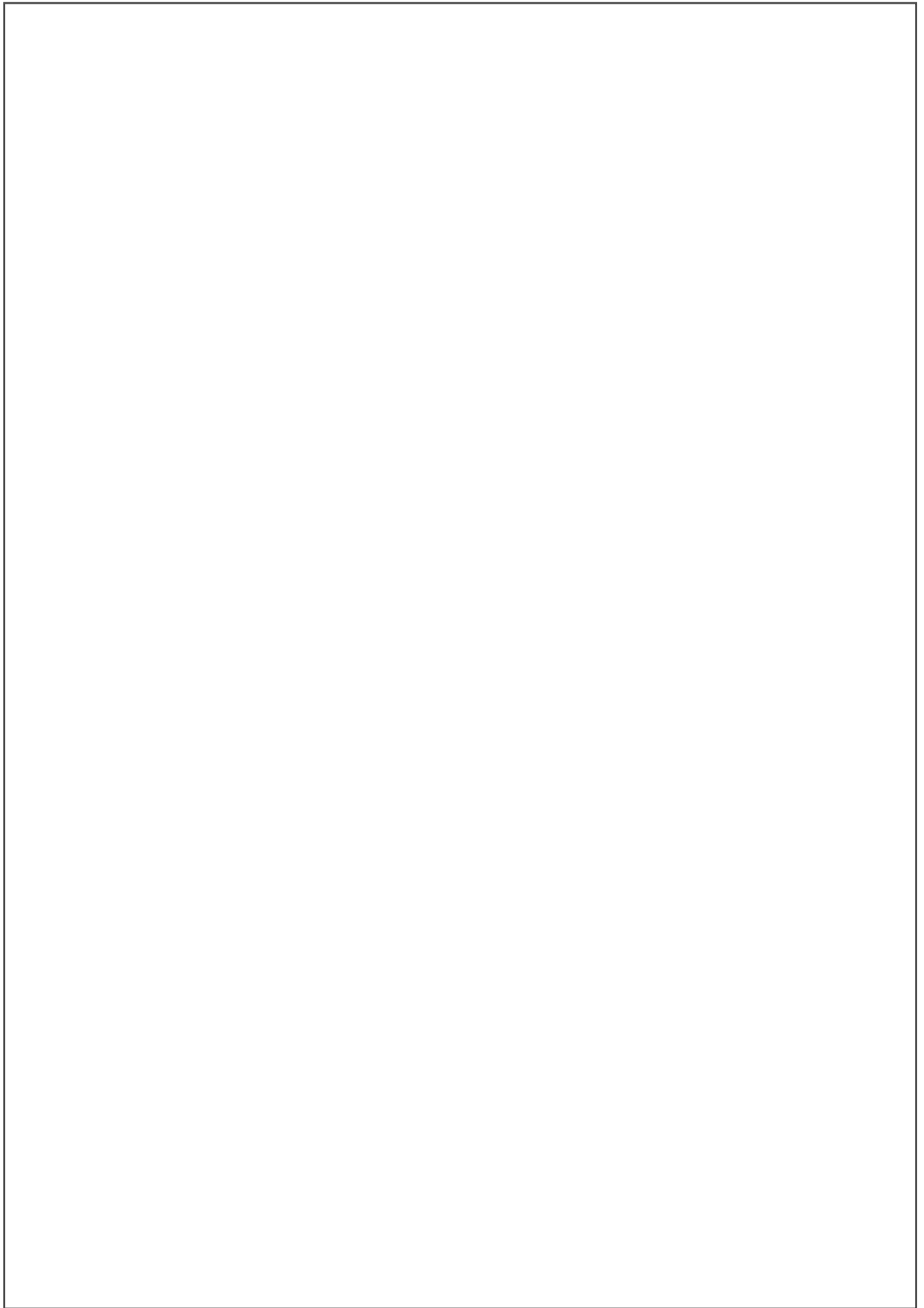
A partir de lo desarrollado anteriormente y considerando las entrevistas realizadas a los profesionales de la Institución Aluba Córdoba, se detecta la necesidad de capacitar a los mismos, ya que mencionan no poseer los conocimientos teóricos necesarios ni la experiencia en terapia familiar.

La terapia Familiar desde un enfoque sistémico proporciona la posibilidad de realizar el pasaje de un modelo lineal a un modelo circular. En el segundo, cada miembro de la familia influye en todos los demás. La retroalimentación es un elemento regulador de la familia para mantener la homeostasis y permitir la supervivencia del sistema que se encuentra en constante cambio. (Stierlen y Weber 1990).

La capacitación sobre dicha terapia beneficiaría a:

- La institución: la posibilidad de aumentar y mantener el número de pacientes, ya que respondería a la demanda que actualmente las familias manifiestan a la institución. La posibilidad de encontrar un mejor modo de resolución de problemas familiares definidos a partir de comportamientos disfuncionales.
- Los profesionales: permitiría tener una visión más global del sistema familiar en el cual se encuentra incluido el paciente. Esto consecuentemente, posibilitaría que el proceso de curación sea más rápido y eficaz.
- La familia: permitiría mostrar al sistema familiar su manera de interactuar de manera disfuncional y proporcionarles las herramientas necesarias para lograr cambios.

En función de la necesidad detectada, se ha diseñado un plan de capacitación orientado a la comprensión de los temas centrales de terapia familiar desde un enfoque sistémico.



PROYECTO DE CAPACITACIÓN

Descripción

El proyecto de capacitación se origina a partir de la necesidad institucional de incluir Terapia Familiar en la Delegación Aluba Córdoba, detectada a partir de la realización de entrevistas aplicadas.

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar en el equipo terapéutico los conocimientos, habilidades y estrategias para el manejo de conflictivas familiares con un miembro anoréxico o bulímico.

Objetivos específicos

- Impartir conocimiento teórico acerca del abordaje familiar con un enfoque sistémico.
- Estimular en el equipo terapéutico habilidades y estrategias prácticas para el manejo del contexto terapéutico con familias.

Estructura y organización

El curso de capacitación tendrá una duración de Mayo a Octubre. Los encuentros serán quincenales, de cuatro horas cátedra cada uno (total de 180 horas cátedra).

La capacitación se dividirá en seis módulos, uno por mes, y cada uno constará de un encuentro teórico y un encuentro práctico.

El espacio físico donde se llevará a cabo es en la sede de Aluba Córdoba, Obispo Salguero 189. Dicho establecimiento brinda un lugar apropiado para desarrollar las actividades propuestas en el proyecto.

Equipo de capacitación

Coordinador: _____

Tareas a desempeñar:

- Diseñar la capacitación y organizar las charlas (armar los paneles profesionales, hacer la introducción a cada panelista, etc.)
- Entrevistar y seleccionar los profesionales especialistas que disertarán en charlas informativas
- En forma conjunta con un especialista, participar en los talleres que se llevarán a cabo en la presente capacitación y disertar sobre alguna temática.

Docentes

Tareas a desempeñar:

Exponer en paneles las temáticas correspondientes.

Staff docente

Los disertantes que estarán a cargo de las diferentes charlas y talleres serán seleccionados y entrevistados de acuerdo al siguiente perfil:

- **Psicólogos o licenciados en psicología con especialización en terapia familiar.**
- **Especialistas con** abordaje de familias con trastornos graves dentro de un contexto institucional.

Destinatarios:

Equipo terapéutico de Aluba Córdoba

Compuesto por 2 (dos) médicos, 2 (dos) psiquiatra, 2 (dos) psicólogos y 4 (cuatro) pasantes.

Plan de Actividades

Se llevarán a cabo las siguientes actividades para el cumplimiento de los objetivos propuestos:

- **Charlas informativas dirigidas por profesionales especializados.**
- Talleres coordinados y supervisados por un profesional especializado.

Costo del proyecto

Honorarios docentes:

6 encuentros teóricos de 4 horas cátedra cada uno.

6 encuentros prácticos de 4 horas cátedra cada uno.

PLAN DE ACTIVIDADES

1° MÓDULO: Abarca 2 encuentros

1° encuentro (teórico)

A partir de la primera reunión se llevará a cabo un registro de asistencia. Los profesionales que asistan al curso deberán tener un 80% de asistencia para obtener un certificado de concurrencia, una vez finalizado el proceso de capacitación. También en el primer encuentro se les entregará a cada profesional un cuadernillo con el material teórico que se trabajará durante toda la capacitación.

Se comenzará dicho encuentro con una exposición oral de las diferentes temáticas.

Tema: “Visión de Familia desde un enfoque sistémico”.

Ejes temáticos:

- Concepción de familia.
- Características de la familia.
- Funciones de la familia.
- Tipos de familia.

Material: Rotafolio, fibrón y fotocopias.

Disertante: Profesional especializado.

Horario: A confirmar.

Duración: 4 horas cátedra.

2° encuentro

Técnica: **Estudio de casos. (Modalidad de taller)**

Definición de la técnica

El grupo estudia analíticamente y exhaustivamente un caso o situación real, la cual ha sido investigada y adoptada para ser representada de modo tal, que posibilite un amplio análisis e intercambio de ideas.

Desarrollo de la técnica:

- 1- El coordinador explica el mecanismo de la técnica que se va a utilizar y luego expone el caso de estudio y va leyendo o repartiendo las copias preparadas.

- 2- **El grupo lee el caso dando su punto de vista**, intercambiando ideas y opiniones libremente sobre diversos aspectos.

- 3- **El coordinador del grupo puede orientar a los miembros**, indicando algunos puntos importantes pero sin señalar un problema determinado; esta tarea corresponde al grupo. También podrá anotar en el pizarrón o rotafolio los aportes significativos o las posibles soluciones que surjan.

- 4- Una vez agotada la discusión, el coordinador ejecutará una **recopilación final** presentando los problemas planteados y las soluciones propuestas.

Material: Fotocopias.

Costo: Mínimo.

Disertante: Profesional especializado.

Duración: 4 horas cátedra.

Horario: A confirmar.

2º MODULO:

3º encuentro (teórico)

Tema: “Familias disfuncionales”.

Eje temático. Contenido:

- Definición de familias disfuncionales.
- **Diferencia entre familias funcionales y disfuncionales.**
- **Característica de la familia disfuncional.**
- Sentido del síntoma.

Técnica: **Simposio**

Definición de la técnica

Un equipo de expertos desarrolla diferentes aspectos de un tema o problema en forma sucesiva ante el grupo.

Desarrollo de la técnica

- 1- El coordinador inicia el acto, expone claramente el tema que se ha de tratar y hace la presentación de los disertantes.
- 2- **Cada disertante expone el tema.**
- 3- **Finalizadas las exposiciones de los miembros disertantes del simposio, el coordinador puede hacer un breve resumen o síntesis de las principales ideas expuestas.**

Material: Rotafolio y filminas.

Costo: mínimo.

Disertantes: 3 profesionales, especializados en la temática.

Horario: A confirmar.

Duración: 4 horas cátedra.

4° encuentro (modalidad de taller)

Técnica: **Videos de sesiones grabadas, de intervenciones con familias disfuncionales.**

Desarrollo de la técnica

- 1- Se mostrará un video de una sesión clínica.
- 2- **Se comentará con el equipo, las disfuncionalidades que se ven en la familia y las intervenciones que hace el psicólogo.**

3- Se sacarán conclusiones acerca de los videos expuestos.

Material: TV y video.

Costo: mínimo.

Disertante: Profesional especializado.

Horario: A confirmar.

Duración: 4 horas cátedra.

3° MÓDULO:

5° encuentro (teórico)

Tema: "Familias con trastornos graves". (Patologías alimentarias).

Ejes temáticos:

- Familias con transacciones rígidas.
- **Triada y coaliciones.**
- **El sentido del síntoma dentro de un estilo transaccional.**

Técnica: Exposición oral de las diferentes temáticas

Material: Rotafolio, fibrón y fotocopias.

Costo: mínimo.

Disertantes: Profesional especializado.

Duración: 4 horas cátedra.

6° encuentro (modalidad de taller)

Técnica: **Transferencia de contenidos teóricos para ser visualizados en proyección de una película.**

Desarrollo de la técnica

1- Proyección de la película.

2- Se tratará en grupo, con la ayuda del disertante y coordinador lo visto en la película, las transacciones de esta familia, el síntoma, las coaliciones, las triadas, etc.

3- El coordinador expondrá en el pizarrón las conclusiones a las que se arribó luego de la película expuesta.

Material: TV y video.

Costo: mínimo.

Disertantes: Profesional especializado.

Horario: A confirmar.

Duración: 4 horas cátedra.

4º MÓDULO

7º encuentro (Teórico)

Tema: “Terapia familiar” como recurso para resolver problemas.

Ejes temáticos:

- ¿Qué es la terapia familiar?
- ¿Qué es un terapeuta familiar?
- Manejo de lo que es un proceso terapéutico.
- Diseño de un plan terapéutico.

Técnica: **Diálogo o debate público.**

Definición de la técnica

Dos personas capacitadas o invitados conversan ante un auditorio sobre un tópico siguiendo un esquema propuesto.

Descripción de la técnica

- 1- El coordinador formula el tema a tratarse, presenta a los expertos invitados y explica el procedimiento que ha de seguirse.
- 2- El diálogo con los invitados comienza de acuerdo con el esquema previamente realizado, pero entablándose una conversación animada, flexible, a veces incisiva y en lo posible ingeniosa, teniendo siempre en vista las expectativas del auditorio.
- 3- Al finalizar el diálogo, el coordinador puede invitar al auditorio a hacer preguntas a los protagonistas de la disertación.

Material: Rotafolio y filminas.

Costo: mínimo.

Disertante: Invitados (profesionales especializados).

Duración: 4 horas cátedra.

8° encuentro(modalidad de taller)

Tema: “Terapia familiar” como recurso para resolver problemas.

Técnica: Familias simuladas

Descripción de la técnica

Participantes del curso forman parte de una familia, en la cual, cada uno asume un rol según el tipo de organización familiar.

- Los integrantes de la familia tendrán que acordar ejes en común como por ejemplo: Qué hace cada uno, cuál es el motivo de consulta y quiénes son, etc.
- **El escenario (al estilo terapéutico), donde el coordinador o el disertante tomarán el rol de terapeuta e interactuará con la familia simulada.**
- **Al finalizar la teatralización, se harán comentarios sobre el mismo y el coordinador anotará las conclusiones a las cuales se arribó.**

Material: Ficha, rotafolio y fibrón.

Costo: mínimo.

Disertante: Profesional especializado

Duración: 4 horas cátedra.

5° MÓDULO

9° encuentro (teórico)

Tema: “Estrategias de intervención”.

Ejes temáticos:

- Manejo de técnicas directivas o paradójales.
- Cambios en sesión.

- Cambios en los intervalos de sesión.

Técnica: Exposición oral

Material: Rotafolio y filminas.

Costo: mínimo.

Disertante: Profesional especializado.

Duración: 4 horas cátedra.

10° encuentro (modalidad de taller)

Técnica: **Presentación de dos casos y a través de la técnica de torbellino de ideas, construir intervenciones técnicas.**

Definición de la técnica

En un grupo reducido, los miembros exponen con mayor libertad sobre un tema o problema, con el objetivo de producir ideas originales o soluciones nuevas.

Descripción de la técnica

1- El disertante expondrá un caso en donde se muestra una conflictiva familiar.

2- **El grupo aportará ideas de cómo intervendría desde un enfoque sistémico.**

3- **Terminado el plazo previsto para la creación de ideas, se pasa a considerar la viabilidad o practicidad de las ideas propuestas más valiosas.**

4- **El coordinador de grupo hace un resumen y junto con los miembros, extraen las conclusiones.**

Se utiliza la misma modalidad para el segundo caso.

Material: Afiches, fibrón y fotocopias.

Costo: mínimo.

Horario: A confirmar.

Disertante: Profesional especializado.

Duración: 4 horas cátedra.

6ª MÓDULO:

11° encuentro (teórico)

Tema: “Precisiones clínicas para el manejo terapéutico de la familia con un miembro que presenta trastornos alimentarios”.

Ejes temáticos:

- Prescripciones más exitosas para el manejo del problema.
- **Atascamiento del sistema terapéutico (revisión de las razones por las cuales un proceso terapéutico no avanza hacia los objetivos planeados).**

Técnica: Exposición oral

Material: Rotafolio, fibrón y filminas.

Costo: mínimo.

Disertante: Profesional especializado.

Horario: a confirmar.

Duración: 4 horas.

12° encuentro (modalidad de taller)

Técnica: **Debate dirigido**

Definición de la técnica

Un grupo reducido trata un tema de discusión informal con la ayuda activa y estimulante de un conductor.

Descripción de la técnica

1- Se plantearán casos sobre tratamientos ineficaces.

2- **El coordinador planteará una serie de preguntas acerca del caso.**

3- **El grupo, junto con el disertante, discutirá** acerca de las respuestas a las preguntas expuestas.

4- **El coordinador** escribirá en el rotafolio las conclusiones obtenidas luego del debate.

Material: Fotocopias, rotafolio y fibrón

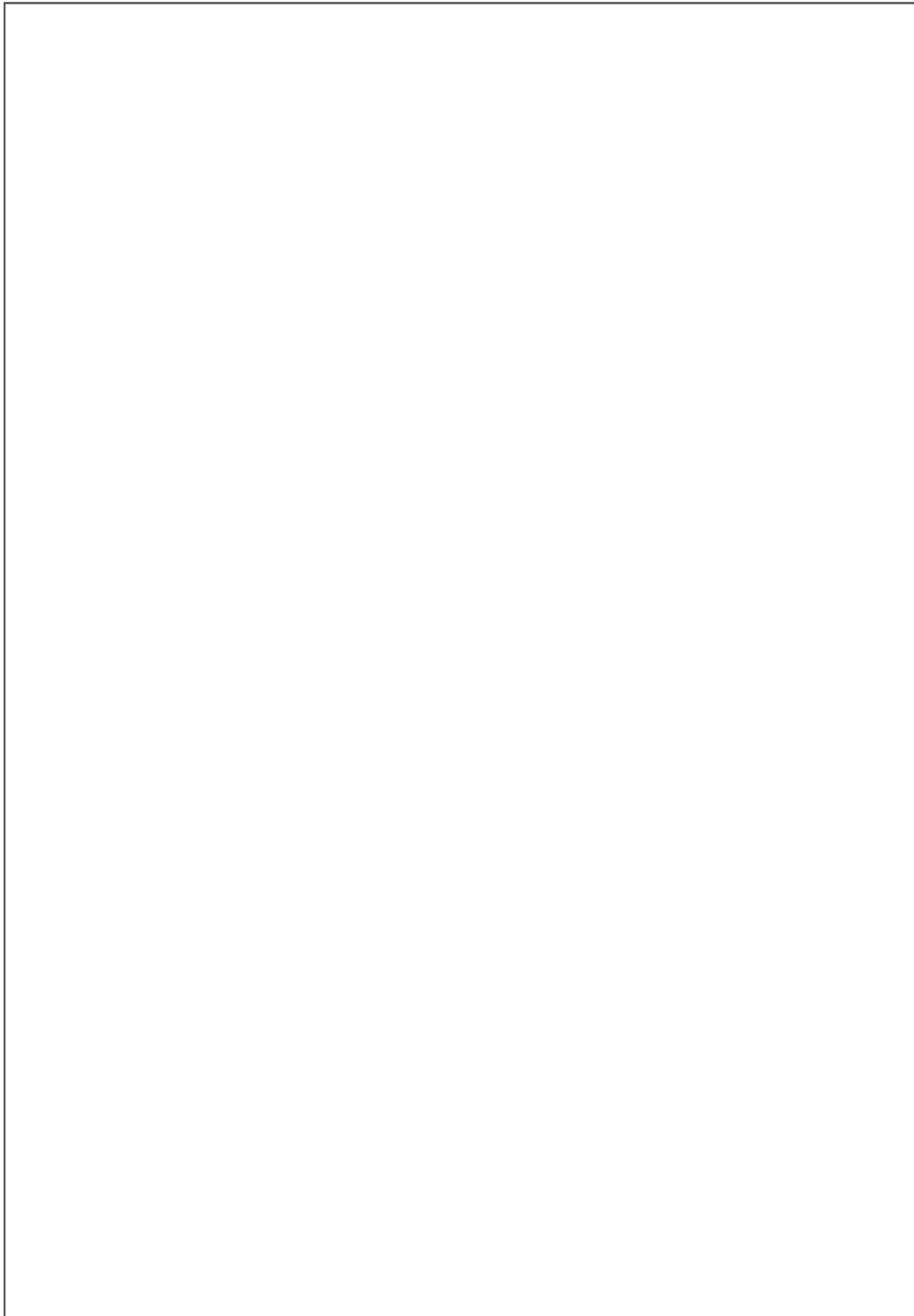
Costo: mínimo.

Disertante: Profesional especializado.

Horario: A confirmar.

Duración: 4 horas.

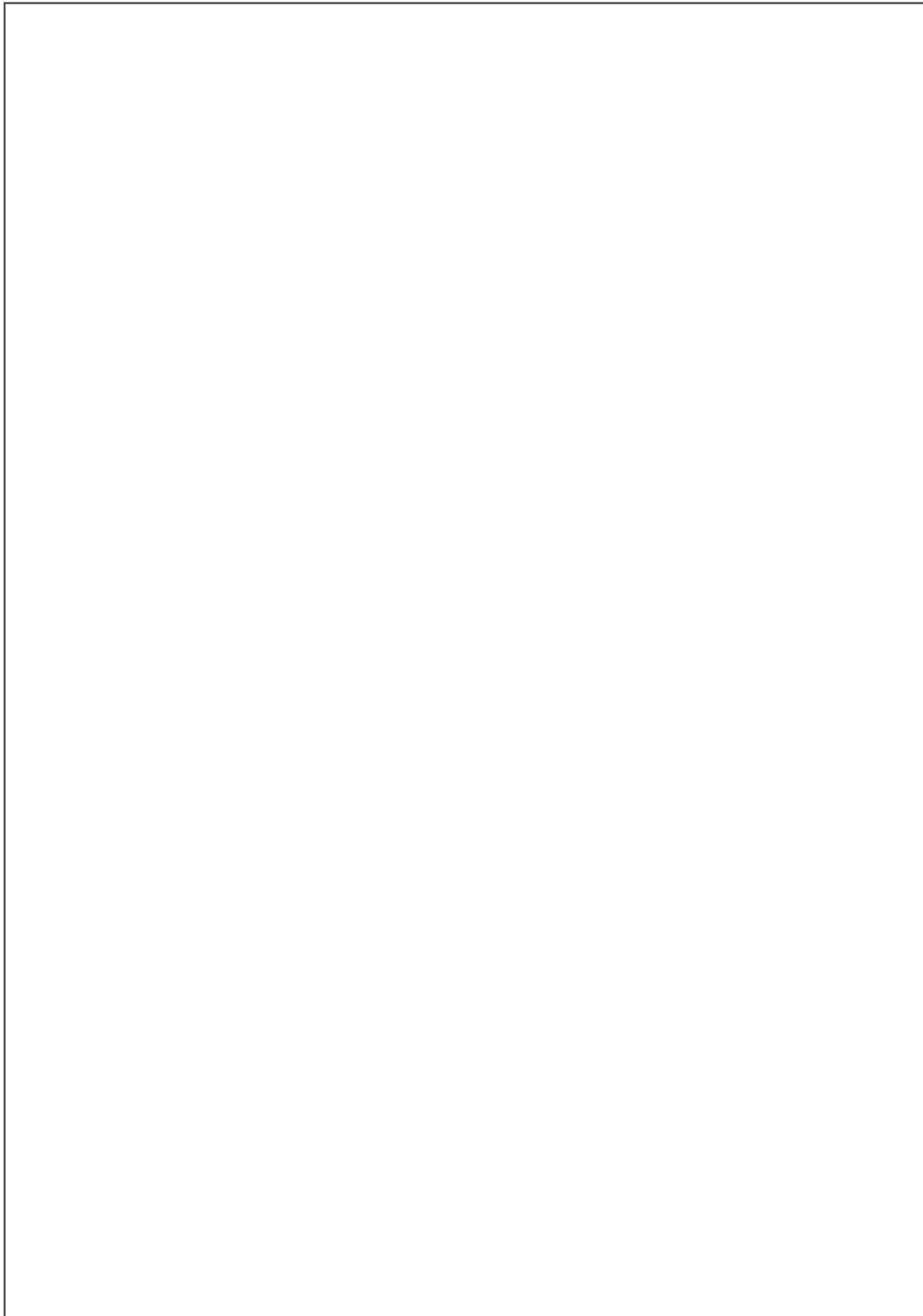
Al finalizar la técnica, se realizará una evaluación acerca de la capacitación. Esta se llevará a cabo a través de una ficha que cada miembro de la capacitación deberá completar.



BIBLIOGRAFIA

- **Buendía, J.** (1998): Psicopatología en niños y adolescentes. *Ed. Pirámides. Buenos Aires.*
- **DSM-IV** (2000p): Manual de criterios Diagnósticos. *Ed. Masson. Barcelona*
- **Castells & Silves** (2003): extraído de [http// www.grupoaulamedica.com/web/nutricion/pdf](http://www.grupoaulamedica.com/web/nutricion/pdf).
- **Cirigliano & Villaverde** (1997): dinámica de grupo y educación. *Ed. Lumen-humanitas Buenos Aires.*
- **Coolican, H.** (1994): Métodos de investigación y estadística en psicología *Ed. Manual moderno. México.*
- **Fernández** (1996): extraído de www.coea.es.grupoaulamedica.com
- **French, B.** (1994): La bulimia. *Ed. Oniro. Barcelona.*
- **Hernández, L.** (2003): Posgrado de Psicopedagogía. *Universidad Nacional de Córdoba.*
- **Herscovici, R.C.** (2002): La esclavitud en la dietas. *Ed. Paidós. Buenos Aires.*
- **Herscovici, R. C. & Bay, L.** (1995): Anorexia nerviosa y Bulimia. *Ed. Paidós. Buenos Aires.*
- **Martínez, M.** (2003): extraído de www.consumer.es/web/salud/2003.
- **Minuchin, S.** (1999): Familias y Terapia familiar. *Ed. Gedesa. Barcelona.*
- **Minuchin, S. & Fishman, C.** (2004): Técnicas de la terapia familiar. *Ed. Paidós. Buenos Aires.*

- **Moreno** (1999): extraído de [psiquiatria .com/ boletín/artic/libros](http://psiquiatria.com/boletin/artic/libros).
- **Pages, J.** (1999): extraído de [www.psiquiatria .com. / Noticias/ tralimentacion / general/ prevención](http://www.psiquiatria.com/Noticias/tralimentacion/general/prevencion).
- **Ochoa de Alda, I.**(1995): Enfoque en Terapia Familiar Sistémica. *Ed. Herder. Barcelona.*
- **Plaza & Janes** (1967): *Ed. Diccionario Ilustrado. Barcelona.*
- **Rosenberg, R.** (1999): Administración en recursos Humanos. *Ed. Ateneo Buenos Aires.*
- **Stierlen & Weber** (1990): Qué hay detrás de las puertas de las familias. *Ed. Gedesa. Barcelona.*
- **Sampieri & Collado** (2003): Metodología de investigación. *Ed. Mc Graw Hill. México*
- **Villalobos, C.** (1999): extraído de [http//db.doyma.es/ press](http://db.doyma.es/press). Plantilla.



Complicaciones

Causas

Complicaciones

Causas