

TERAPIA SISTÉMICA APLICADA A UN CASO DE AKT'AÑA EN UNA FAMILIA  
AYMARA. ESTUDIO DE CASO

SYSTEMIC THERAPY APPLIED TO A CASE OF AKT'AÑA IN AN AYMARA  
FAMILY. CASE STUDY

TERAPIA SISTÉMICA APLICADA A UM CASO DE AKT'AÑA EM UMA FAMILIA  
AYMARA. ESTUDO DE CASO

Shirley Inchauste García<sup>1</sup>  
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

RESUMEN.

La presente investigación descriptiva es un estudio de caso que permite delinear la experiencia familiar y personal de una paciente de origen aymara diagnosticada con bulimia nerviosa. Se puede percibir cómo el sobrenombre utilizado por el padre, afecta en una adolescente de 16 años con sobrepeso, dicho apelativo era el de *Ak'tana*, palabra aymara cuyo significado es “relleno”, algo que era de mucho desagrado para ella. Éste factor, junto a otros, contribuyó a que desarrolle el trastorno alimenticio, teniendo como consecuencia que la paciente adelgace hasta pesar 31 Kg. Al cabo de varias sesiones, luego de conocer la historia familiar y la importancia del síntoma, se decidió aplicar la técnica terapéutica sistémica consistente en la prescripción del síntoma con el fin de normar dicho comportamiento y disminuir la frecuencia e intensidad de los vómitos. La prescripción fue rechazada por la paciente, principalmente por la utilidad que tenía el síntoma para ella y su sistema familiar. A partir del presente caso, como acercamiento a la cultura aymara y los trastornos alimenticios, se puede concluir que existen diferencias significativas en cuanto a conceptos y costumbres sobre la estética y la belleza, y en particular, sobre la función del síntoma en dicho sistema familiar.

*Palabras claves:* Familia, bulimia nerviosa, terapia familiar, cultura aymara, terapia sistémica.

---

<sup>1</sup> shirleylievana@hotmail.com

## SUMMARY.

The present research is a case study that allows outlining family and personal experience of an Aymara patient diagnosed with bulimia nervosa. It can be perceived how the nickname used by the father, affects an overweight 16 year old teen, the nickname was Ak'tana, an Aymara word that means "stuffed", which was much disliked for her. This factor, along with others, helped to develop the eating disorder, with the result that the patient loses weight to weigh 31 kg. After several sessions, after learning about the family history and the importance of the symptom, it was decided to apply the technique of systemic therapy, the symptom prescription, in order to regulate such behavior and thus decrease the frequency and intensity of vomiting. The prescription was rejected by the patient, mainly due to the usefulness of the symptom for her and her family system. From this case, as an approach to the Aymara culture and eating disorders, it can be concluded that there are significant differences in concepts and customs on aesthetics and beauty, and in particular on the role of symptom in that family system.

*Key words:* Family, bulimia nervosa, family therapy, Aymara culture, systemic therapy.

## RESUMO

O presente estudo descritivo trata dum caso para conhecer a experiência familiar e pessoal de uma paciente aymara diagnosticada com bulimia nervosa. Pode se perceber como o apelido utilizado pelo pai, afeta a uma adolescente de 16 anos com sobrepeso, o apelido era *Ak'tana*, palavra aymara cujo significado é “recheio”, sendo incômodo pra ela. Este fator, junto a outros, aportou ao desenvolvimento do transtorno alimentício, tendo como efeito o emagrecimento da menina até pesar 31 kg. Depois de varias sessões, depois de conhecer a história da família e a importância do sintoma, com o fim de regular o comportamento e desse jeito diminuir a frequência e intensidade dos vômitos. A prescrição foi refutada pela garota, devido sobre tudo à utilidade do sintoma para ela e para o sistema familiar. A partir deste caso, como aproximação à cultura aymara e aos transtornos alimentícios, é possível concluir que existem diferenças significativas em quanto aos conceitos e costumes sobre a estética e a beleza, e em particular, sobre a função do sintoma em este sistema familiar concreto.

Palavras-chave: família, bulimia nervosa, terapia familiar, cultura aymara, terapia sistêmica.

## INTRODUCCIÓN.

El presente estudio de caso es aplicado a una familia, cuyo miembro, la hija mayor, es internada en un hospital público de la ciudad de La Paz, bajo el diagnóstico de bulimia nerviosa, siendo derivada a mi cuidado profesional para otorgarle terapia psicológica.

La experiencia que tuve con esta muchacha y su familia de origen aymara fue enriquecedora, pude experimentar lo complejo que resulta realizar psicoterapia con una familia de estas características. Además, cómo un significado llega a ser tan profundo e influyente, de tal forma que puede dar lugar a desarrollar un trastorno alimenticio como nos permite apreciar el estudio.

## GENOGRAMA.

La familia de la paciente está conformada por Mario, el padre, de 39 años de edad, la madre Olga, de 37 años. La hija mayor Alicia, quien es la paciente identificada, de 16 años. Luego le sigue César de 15 años, Evelyn de 14 años y por último Limber de 10 años. En el genograma se puede observar que la relación marital de los padres Mario y Olga es de discordia y conflicto, como muestran las líneas punteadas rojas. El vínculo del padre al ser muy cercano, está fusionado con Alicia, como se puede apreciar al ver el trazo de las tres líneas rojas que los unen.

La relación de Alicia con su madre es indiferente o apática, como muestra la línea punteada gris. El vínculo de Alicia y su hermano menor Limber es muy cercano, de buenos amigos, como reflejan las líneas verdes.

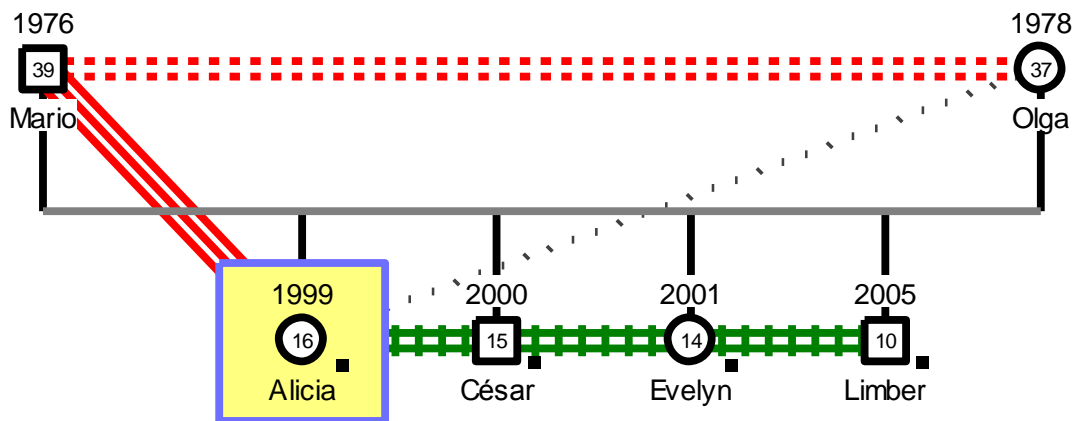


Figura 1. Genograma familiar.

Los cuadrados significan varón y los círculos mujer. Alicia es la paciente identificada, está dentro del cuadro amarillo. Las líneas punteadas rojas indican discordia y conflicto. Las líneas rojas triples significan muy buena relación. La línea punteada gris denota indiferencia o apatía. Y las líneas verdes indican cercanía y buena relación.

\*Nombres y datos personales han sido cambiados para protección de la paciente.

## MARCO TEÓRICO.

El problema de la anorexia, se hace cada día más importante y urgente por el continuo incremento, es por ello que ha sido abordada en el contexto de la terapia familiar con orientación sistémica, utilizando para ello diferentes métodos (Selvini Palazzoli, Selvini, Sorrentino, 1999). Se utiliza como referencia criterios diagnósticos incluidos en el DSM IV, relativos a los trastornos alimenticios, que prevén:

- La negativa de mantener el peso corporal por encima del peso mínimo normal para la edad y la estatura (con una pérdida de peso de, al menos, el 15% del previsto por las tablas).
- El miedo a engordar incluso estando muy por debajo de su peso ideal.
- La alteración del modo en que son vividos el peso, las medidas y las formas corporales.
- La ausencia de al menos, tres ciclos menstruales consecutivos.

Nardone, Verbitz, Milanese (2002), se refieren a los criterios diagnósticos respecto a la bulimia nerviosa como: Atracónes recurrentes. Un atracón o crisis bulímica está caracterizado por los siguientes aspectos:

Comer en un determinado periodo de tiempo (por lo general de menos de dos horas) una cantidad de comida significativamente superior a la que la mayoría de las personas pueden comer durante el mismo lapso y en circunstancias análogas. Cada caso de atracón no se produce necesariamente en un contexto único y no puede considerarse un atracón un incesante “picoteo” de pequeñas cantidades de comida durante un día entero. Aunque el tipo de comida ingerido durante el atracón varíe ampliamente, en general comprende comida hipercalórica como ser helados y tartas (Nardone, Verbitz, Milanese, ob cit).

De todas formas, lo que parece caracterizar el atracón es más bien la anomalía en la cantidad de la comida y no en la compulsión hacia un alimento específico. Los sujetos con bulimia se avergüenzan típicamente de sus costumbres alimentarias patológicas y procuran esconderlas, es por eso que las crisis bulímicas se producen en soledad, lo más secretamente posible (ob cit).

El caso puede ser más o menos planificado y en general es caracterizado (aunque no siempre) por la rapidez de la ingestión de la comida. Con frecuencia el atracón continúa hasta que el individuo se siente “tan lleno que se encuentra mal”, y es provocado por estados de humor disfóricos, estrés, hambre intensa causada por una restricción dietética o por sentimientos de insatisfacción relacionados con el peso, la forma del cuerpo o la comida (ob cit).

Durante el atracón puede producirse una transitoria reducción de la disforia, pero a posteriori con frecuencia surge un estado depresivo y una despiadada autocrítica. También, sensación de perder el control durante el caso (por ejemplo, sensación de no conseguir dejar de comer o de no poder controlar todo lo que se come) (ob cit).

Otras conductas de eliminación están representadas por el abuso de laxantes (una tercera parte de los casos), diuréticos y otros fármacos. Raramente se presenta también el uso de enemas inmediatamente después del atracón, pero nunca es la única conducta de eliminación (ob cit).

Igualmente, otras medidas compensatorias para los atracones son el ayuno en los días sucesivos o la práctica excesiva de ejercicios físicos. Los atracones y las conductas compensatorias se producen con un promedio de al menos dos veces a la semana, durante un periodo de tres meses. Los niveles de autoestima están inevitablemente influidos por la forma y el peso corporal. La alteración no se manifiesta exclusivamente en el curso de casos de anorexia nerviosa (ob cit).

Una perspectiva sistémica se refiere a que la persistencia de un problema en este caso un trastorno alimenticio, se apoya en las soluciones ensayadas llevadas a la práctica por el sujeto y las personas que lo rodean para resolver el mismo problema, las cuales, si no funcionan, acaban ejerciendo un efecto retroactivo sobre el problema, al que agravan. Esta dinámica circular de retroacciones tiende a mantener la estabilidad y el equilibrio de ese sistema, aunque resulte disfuncional para el sujeto (ob cit).

Es así que el objetivo de una intervención estratégica consiste en interrumpir ese círculo vicioso que se ha creado entre las soluciones intentadas y la persistencia del problema, proponiendo cambios en las modalidades con las que las personas han construido realidades privadas disfuncionales, es decir, en la organización relacional, cognitiva y emotiva subyacente a sus trastornos. De modo que, para resolver un problema hay que entender cómo funciona el sistema de percepción y reacción respecto a la realidad en el aquí y ahora, en la situación actual de la persona, intentar entender cómo funciona ese problema y no por qué existe (ob cit).

Respecto al síntoma, Bergman, J (1987), indica que por lo general mientras más grave y crónico es el síntoma, más resistente al cambio será la familia, para ello es importante tomar en cuenta estos tres puntos:

1. Todos los síntomas de los hijos estabilizan los matrimonios inestables y si un síntoma “leve” no puede estabilizar a una pareja se necesitará un síntoma “grave”.
2. Mientras mayor sea la magnitud del conflicto matrimonial, mayor será la magnitud del síntoma.

3. Mientras más escondido o encubierto esté el conflicto matrimonial, más se necesitará un síntoma para estabilizar el conflicto de la pareja a fin de que permanezca oculto o encubierto. La resistencia al tratamiento será considerable debido al miedo de la familia, ya sea real o imaginario de que si el tratamiento tiene éxito alguno de sus miembros (por lo general uno de los padres) se irá (a través de un divorcio, una enfermedad grave o la muerte) (Bergman, ob.cit).

La cronicidad del síntoma indica que la familia está buscando más bien la homeostasis que el cambio y que será resistente al mismo. Un síntoma “grave” es un indicador de que el sistema es resistente al cambio dado que requiere un síntoma tan grande para estabilizarse. Por ejemplo, en los casos de psicosis o anorexia, la eliminación del síntoma puede resultar en divorcio, abandono, depresión grave o enfermedad y a veces hasta en una muerte, como en los casos de suicidio (ob.cit).

#### TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

En su núcleo más profundo la opción anoréxica y bulímica representa un intento defensivo de la muchacha, adoptado para luchar contra los propios sentimientos depresivos de desvalorización y falta de confianza en sí misma, que amenazan con arrollarla, tomando en cuenta el duelo anoréxico caracterizado por melancolía de sentir un defecto en sí mismas. Es evidente que proyectar desde el primer momento una psicoterapia individual, con el fin de establecer una alianza terapéutica con ella, que no la pide, es extremadamente arduo (Selvini Palazzoli, Selvini y Sorrentino, 1999).

La psicoterapia, en tanto instrumento de curación, solo puede proponerse sustraerle, de manera más o menos declarada el recurso existencial que posee, es decir, el control anoréxico, gracias al cual le ha parecido que estaba en condiciones de afrontar, sintiéndose al fin capaz de tener dominio sobre sí misma, las duras pruebas de la adolescencia (Selvini, Palazzoli, Selvini y Sorrentino, ob.cit).

Encerrada en su mundo interior, la joven encuentra las reafirmaciones que los demás no le dan justamente en la lucha victoriosa contra el hambre y las necesidades del cuerpo, no tiene ninguna intención de renunciar a esta victoria, contrariamente a lo que pretendiera la psicoterapia (ob.cit).

Un tratamiento que apunte a desarrollar en los padres la capacidad de asumir una actitud autocrítica, es decir, de acceder a una posición autocrítica constructiva, facilita enormemente el paso de la hija de una posición autodesvalorizadora a una agresividad crítica fisiológica hacia ellos, que no sea autodestructiva, sino que corresponda a una actitud realista (Nardone, Verbitz y Milanese, 2002).

El trabajo familiar exitoso abate las dimensiones de la hipercriticidad y de la hiperprotectividad expresadas frecuentemente en las emociones de la joven anoréxica-bulímica. Desde el punto de vista de la paciente, una intervención terapéutica que se dirija explícitamente a su núcleo, es decir, una terapia de familia y no una consulta dirigida a ella, a quien sus familiares son invitados a acompañar como testigos sanos de su patología, minimiza el riesgo de amenazar su autoestima. (Selvini Palazzoli, Selvini y Sorrentino, 1999).

Explicar el síntoma como efecto de un complejo embrollo de relaciones familiares, que involucra responsabilidad de cada uno, tiene sin lugar a dudas la potencialidad de inducir unas vivencias antidepresivas en la paciente, que es considerada solo una, y no, la primera de las personas de la familia que deben reflexionar sobre su comportamiento y finalmente modificarlo (Selvini Palazzoli, Selvini y Sorrentino, ob.cit).

Asimismo, entre los comportamientos que deberían modificarse no está comprendido, en primer lugar, el síntoma que es definido, según los casos, como benéfico para la familia o como expresión de un daño psíquico infligido a la paciente, que se convierte así, en una víctima de los juegos relacionales ajenos, o desatendido como si fuera una entidad irrelevante, pues los verdaderos problemas son otros muy distintos y conciernen a la familia (ob.cit).



El síntoma no es definido como una entidad patológica, signo de una incompetencia individual del sujeto portador, que así se vería disminuido, sino como un comportamiento activo, como elección o huelga de hambre no declarada o como sacrificio ofrecido para favorecer el equilibrio psíquico de los miembros de la familia más débiles o incapaces (ob.cit).

Es bueno tomar en cuenta que el anhelo de poder de la joven anoréxica-bulímica juega un papel importante, que la huelga de hambre tiene un fin vital para ella, derrotar la depresión subyacente, por lo que cree que no puede, de ningún modo renunciar. En los casos crónicos, a la experiencia embriagadora del control sobre el hambre y el cuerpo se añade aquella igualmente revalorizadora, del control sobre el ambiente familiar y social, doblegado a su voluntad, por eso se hace imposible prescindir de este poder mientras dure la convicción de no tener otro (ob.cit).

Los trastornos alimenticios son de evolución rápida que se mueven en la dirección de una verdadera “especialización” tecnológica. Las jóvenes con una orientación bulímica o anoréxica descubren que cuando vomitan pueden mantener el control del propio peso sin renunciar al placer de la comida. Es así que nace *el vomiting*, considerado como una variante particular de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa (Nardone, Verbitz y Milanese, 2002).

La estructura del trastorno y sobre todo el modelo de percepción de la realidad de las pacientes vomitadoras es completamente distinto al de las pacientes anoréxicas y/o bulímicas aunque ambas constituyen la base del *vomiting*, pero una vez que el trastorno se ha constituido, se convierte en algo totalmente distinto a aquello que en un principio lo ha producido, es decir, el trastorno parece configurarse no ya como un trastorno alimentario sino como una verdadera perversión basada en la comida (Nardone, Verbitz y Milanese, ob.cit).

En un principio, cuando estas jóvenes comienzan a comer y a vomitar, el vómito es seguramente una solución ensayada, una manera para no engordar aunque sigan comiendo o para adelgazar comiendo, es decir, una solución ensayada que funciona. Sin embargo, a través de la continua repetición, la secuencia de comer y vomitar se transforma poco a poco en un ritual cada vez más agradable, hasta convertirse en un placer único, al que la persona ya no puede renunciar (ob.cit).

Este proceso halla una precisa confirmación en los estudios de Laborit (1982), premio Nobel de biología, sobre la organización sináptica del cerebro humano, que ha demostrado cómo cualquier tipo de comportamiento, si es repetido un determinado número de veces, puede asumir gradualmente una connotación de intenso agrado (ob.cit).

En ese sentido, el ritual de comer y vomitar se convierte para las pacientes vomitadoras en un sentido metafórico de “amante secreto”, casi una especie de “demonio” que las posee y del que ya no consiguen liberarse ni siquiera cuando lo desean. Una vez instaurado un síndrome de vómito, el problema ya no es el control del peso, sino el control de esta compulsión al placer: comer y vomitar, que con respecto a la anorexia y bulimia representaba “la solución ensayada”, se convierte en el problema y encuentra en el placer su razón de persistencia. Y puesto que el síntoma se apoya en el placer y no en el sufrimiento, eliminar resulta extremadamente laborioso (ob.cit).

## EL TRATAMIENTO DEL *VOMITING*

El trabajo del terapeuta consistirá en delimitar y seleccionar el placer para hacerle reducir cada vez más la frecuencia del ritual. El paso sucesivo residirá en disminuir ulteriormente el número de vómitos. Asimismo, se aumentará la calidad de los atracones para así reducir la cantidad de los mismos, es decir, que planifique su atracón solo con los alimentos que le gustan (Nardone, Verbitz y Milanese, 2002).

Mientras, el terapeuta trabaja a nivel relacional guiando a la paciente a descubrir placeres distintos al comer y vomitar, con el objetivo de guiar a la paciente en la búsqueda de otras sensaciones y transgresiones de placer, hasta que una vez que comienzan a recuperar el placer de relacionarse, reducirán su sintomatología. De hecho el límite de cada placer es un placer mayor (Nardone, Verbitz y Milanese, ob.cit).

Al considerarse a esta tipología de paciente la más difícil, es importante que el terapeuta insista para que la joven mantenga un atracón ritual programado una vez por semana diciéndole: “Si te lo puedes permitir podrás renunciar a esto, sino, será irrenunciable”. Esto se mantendrá hasta que sea ella misma la que renuncie cuando ya no sienta la necesidad. En general, a medida

que aparecen otros placeres vinculados a la relación con el otro sexo, estas jóvenes llegan incluso a olvidar el atracón semanal (ob.cit).

De hecho, en una casuística elevada de pacientes bulímicas, más del 50% de los casos, mediante la búsqueda del atracón ritual más agradable se consigue reducir de manera notable la cantidad de atracones, aunque no eliminarlos por completo. Se trata de esas pacientes vomitadoras que tienen una enorme dificultad para renunciar del todo al síntoma: generalmente mantienen uno o dos atracones por semana, por lo que la terapia tiende a alargarse sobremanera (ob.cit).

Llegados a ese punto se puede recurrir a una prescripción particular. A una paciente vomitadora que aún mantiene dos atracones rituales por semana, se le puede prescribir en un principio que se los dé en dos días establecidos de antemano, por ejemplo uno un martes y otro un viernes. En la siguiente sesión se le pedirá que mantenga el atracón del martes pero que traslade el del viernes al día sucesivo, es decir, al sábado (ob.cit).

En las siguientes sesiones se desplazará, de una forma aparentemente ordinaria, el segundo atracón siempre de un día, primero al domingo y después al lunes. Así se llegará a la semana en la que se prescribirán dos atracones rituales en el mismo día, en este caso el martes. Frente a esta petición, las pacientes vomitadoras, habitualmente, aunque tengan la libertad de hacerlo dos veces, se darán solo un atracón. De esta manera se llegará a obtener un atracón por semana sin haberlo pedido directamente (ob.cit).

Cuando el terapeuta se encuentre en este punto, procederá a prescribir dos atracones en el mismo día, pero siempre escalonando un día cada semana, es decir, una semana un miércoles, a la semana siguiente un jueves y así sucesivamente. Nunca se pedirá que reduzca los atracones de dos a uno, siempre se le dejará la libertad de darse dos el mismo día, aunque esta situación en general no se presenta nunca (ob.cit).

Al reducir el número de atracones y aumentar la distancia entre ellos, se llegará gradualmente a eliminar asimismo el último atracón que queda, aunque una vez más sin haberlo solicitado

abiertamente. Con esta estratagema sumamente simple, se logra de forma efectiva hacer que estas personas lleguen a darse un atracón una vez cada dos semanas, en general a estas alturas las pacientes vomitadoras son capaces de renunciar incluso a éste (ob.cit).

El hecho de posponer continuamente el atracón por un día les deja más libertad para introducir progresivamente en sus vidas nuevas experiencias, pero siempre sin que el terapeuta se lo pida. Esta prescripción es, por lo tanto, especialmente indicada para esas pacientes que aspiran a un control absoluto de la situación y que tienen dificultades para aceptar las directivas del terapeuta, puesto que les deja la ilusión de poder controlar lo que está ocurriendo (ob.cit).

## CARACTERÍSTICAS DE LA CULTURA AYMARA.

La cultura aymara se caracteriza por su organización social basada en el ayllu, las relaciones sociales fundamentadas en la reciprocidad, sólidos valores, una filosofía propia, un pensamiento lógico distinto al occidental, sus costumbres, creencias y ritos integrados a su cosmovisión telúrica, es decir que el hombre no es el centro del universo sino parte de él. El *ayllu* está constituido por la familia, la religión, el cooperativismo familiar, el cooperativismo comunitario, las formas de propiedad y aprovechamiento de la tierra, el trabajo familiar y el idioma (Pérez 1962/1992).

## SER MUJER EN LA CULTURA AYMARA

Cuando se estudia el género, se debe considerar que es una construcción social y depende de la cultura. Por ejemplo, en los aymaras, la diferencia entre varón y mujer no son conceptos sociales básicos, sino secundarios en la organización del mundo, el cual se estructura primordialmente en función a otras categorías distintas a las del sexo. (Spedding, 1997b).

En otro estudio llevado a cabo en una comunidad cuzqueña, se determinó que la mujer aymara es víctima de la ideología machista, y que al mismo tiempo es la transmisora de esa forma de pensar y eso a su vez es ser buena mujer (De la Cadena 1991).

Es frecuente escuchar que tanto varones y mujeres pueden realizar los mismos tipos de trabajo y a la hora de la práctica se observe que es claramente diferenciado. “Se distinguen las tareas reproductivas y algunas productivas. Las primeras son tareas apropiadas para las mujeres, mas no para los hombres. Entre las segundas, el trabajo de pastoreo es asignado a las mujeres. Según el pensamiento aymara el cuidado de las ovejas es una tarea de menor prestigio; así como todas las tareas campesinas se consideran de menor valor que el comercio y el transporte, actividades a las que tienden los hombres jóvenes” (Gavilán, 2002).

## LA NIÑEZ EN LA CULTURA AYMARA

La niñez para los aymaras es una etapa de responsabilidad laboral, en la que el niño y la niña deben contribuir con el orden del hogar y con el trabajo en el campo. Se espera que los niños: “respeten profundamente a sus mayores, que nunca los contradigan, que obedezcan estrictamente sus órdenes” (Carter y Mamani, 1989).

Las niñas juegan menos que los niños, porque en las comunidades de pastores, la mujer desde pequeña acompaña a su madre en el cuidado del ganado. Debe aprender los quehaceres con los animales desde los seis años, arrea el ganado y pastorea. (Valderrama y Escalante, 1997).

## EL MATRIMONIO EN LA CULTURA AYMARA.

Según Espinoza (1998), estar casados en aymara se dice *jaqichasiwi*. *Jaqichasiña* significa hacerse gente, persona. El matrimonio no solamente une a la pareja, sino que significa “responsabilidad económica, y afecta directamente la posición social de toda la familia” (Carter y Mamani 1989).

El matrimonio aymara no es consecuencia del amor, sino de un contrato establecido generalmente por las familias de origen de los novios, “es una unión de tipo económico entre tres unidades familiares en que la familia del hombre y de la mujer incurren en obligaciones mutuas, al mismo tiempo que la pareja de recién casados incurre en obligaciones hacia ambos grupos de padres y hermanos” (Collins, 1998).

El matrimonio aymara favorece más a los varones que a las mujeres, puesto que: “la mujer debe servir al hombre. Se supone que la mujer acepta servir al marido para obtener la contribución económica del hombre, y esto justifica entonces para expulsarlo cuando no trabaja. Es preferible mantenerse sola con los hijos que aguantar a un marido flojo” El entorno aymara es eminentemente machista, por ejemplo, al hijo varón se lo cuida más, se lo alimenta mejor; las niñas no reciben las mismas atenciones que los niños (Spedding, 1997b).

La violencia hacia la mujer es común en los matrimonios aymaras: “hay mujeres que se dejan golpear por sus maridos y cuando la gente la defiende ellas dicen ¡ustedes qué tienen que meterse en nuestro problema! Mi marido me pega porque me quiere” (Mamani, 2000).

La relación competitiva y violenta dentro de la pareja no es muestra de los conflictos conyugales, sino que es el estilo de vida conyugal entre los aymaras: “si bien la pareja debe ser solidaria, su dinámica se da en un continuo juego de competencia y hasta de rivalidad mutuas. El equilibrio es tenso, por momentos parece frágil. Sin embargo, la unidad doméstica rara vez se disuelve por la voluntad de sus miembros. Este es, un estilo, no el signo de una fragilidad o crisis” (Ortiz, 1993).

Los sistemas cerrados ofrecen pocas alternativas para disminuir efectivamente la entropía externa, sus elementos interaccionan para evitar el cambio interno, por lo que son sistemas muy resistentes al cambio (Bertalanffy, 1995). La comunidad aymara se estructura como un sistema cerrado, de ahí su fragilidad ante la entropía externa y su resistencia al cambio.

El matrimonio no se sustenta en el amor, sino en la colaboración mutua en el trabajo. El deseo y la intimidad se relegan para favorecer al compromiso. La sexualidad deja de tener sentido placentero para definirse como un medio de reproducción de mano de obra; por eso, una mujer estéril es despreciada por toda la comunidad. Los hijos desde temprano deben aprender a trabajar junto con sus padres, las mujeres llevan la peor parte, porque deben atender también las labores del hogar (Bertalanffy, ob.cit).

Los conflictos conyugales dentro del matrimonio surgen especialmente de la insatisfacción con los moldes de trabajo. “Los hombres esperan que sus mujeres sean trabajadoras ágiles y cumplidas, cuando lo son, se las alaba; cuando no, pueden recibir palizas. (Carter y Mamani, 1989).

Criales (1994a), lleva a cabo una investigación de campo con las mujeres de la zona 16 de julio de la ciudad de El Alto, encuentra que la mayoría de las mujeres deben soportar el maltrato físico y psicológico por parte de sus maridos, asumiendo que así debe ser la relación matrimonial, porque “el hombre puede sentir mancillado su honor y apelar a la violencia con frecuencia. Su acción en muchos casos es justificada por los vecinos, familiares y hasta por la policía”.

## LA FAMILIA AYMARA

Tanto en el campo como en la ciudad, el padre es una figura ausente y temida. Asimismo, es común que la madre amenace al hijo con que “el padre lo castigará” si continúa portándose mal (Criales 1995).

El papel de los hermanos es muy importante en la familia aymara; los hermanos y hermanas mayores tienen la obligación de cuidar y proteger a sus hermanos menores; deben aprender a cuidarlos, alimentarlos, enseñarles a trabajar y “hacerles jugar”. Cuando uno de los hermanos menores se lastima o hace una travesura, los padres castigan a los mayores por no haber sabido cuidarlos (Carter y Mamani 1989).

Criales (1995), sintetiza la forma de crianza de los hijos en las siguientes normas que siguen las madres aymaras urbanas: “No hay que dar cariño a los niños, porque se malcrían. No se debe jugar con los niños porque toman confianza y desobedecen. Si se quiere mucho a los niños se mueren. Si no se los castiga desde pequeños, después ya no se los puede controlar”.

Como el trabajo exige fuerza corporal, “lo que a las mujeres les seduce más es el vigor físico. Cuando en su hombre lo encuentran, le soportan todo género de ultrajes y de privaciones”. Para

los varones, las mujeres más atractivas son las que tienden a la obesidad, porque “el principio vital en los Andes no es la sangre (*wila*), sino la grasa (*untu*); ser gorda (*lik'i*) es deseable, mientras que flaca (*t'ukha*); se refiere a las mujeres flacas como (esa *ch'arkhi'*, esa carne seca) es un término de desprecio” (Spedding 1994).

Las mujeres saben que a los varones les gusta verlas robustas, por lo que “adoptan una postura con los hombros echados atrás; las caderas adelante, y la espalda cóncava, para resaltar la barriga encima de la cinturilla de la pollera. La mujer bella es rolliza, con una barriga redonda que hace bajar por delante su pollera” (Spedding ob.cit).

El compromiso conyugal se inicia con el “robo de la novia”; se efectúa con el consentimiento de la mujer que ella exige de su pretendiente. “Después de dos meses a un año del inicio del encuentro, la chica puede seguir al joven a su casa una noche. Aunque a veces él la alienta, en otras oportunidades trata de disuadirla por miedo a las consecuencias de un enredo. Si los dos han tenido relaciones sexuales, y sobre todo si la chica está encinta, ella puede ser muy exigente, él esconde a la chica en el corral de las ovejas, o detrás de una pared, para luego recién mostrarla ante sus padres” (Carter y Mamani 1989).

#### LA VIOLENCIA EN LA CULTURA AYMARA.

Partiendo de la hipótesis según la cual: el estilo del amor de los adultos depende del estilo de apego vivido en las relaciones con el cuidador primario durante la infancia. Interesa por lo tanto, indagar la manera cómo la madre aymara, que es indudablemente la cuidadora principal en su cultura, establece las relaciones de apego con sus hijos (Pinto, 2008).

La violencia conyugal la ven como parte indispensable en sus relaciones: “Cuando una mujer establece un hogar con un hombre, ella le da el derecho a pegarle dentro y fuera de la cama. Se cree que, en los primeros años, una pareja va a pelear bastante, como parte del proceso de conocerse y aprender a llevar la vida de casados, (Spedding, 1997).



## DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

Durante mis prácticas en un hospital público de la ciudad de la Paz, por orden de psiquiatría me derivaron a una muchacha de 16 años, llamada Alicia, la misma que fue diagnosticada con bulimia nerviosa. Me pidieron que le brindara terapia psicológica ya que era la segunda vez que la internaban en la mencionada Unidad. Es importante resaltar que desde su anterior alta a la nueva fecha de internación solo había transcurrido poco más de una semana.

Al estar internada, la terapia que le brindaba era dentro del mismo hospital y en condiciones no adecuadas desde el enfoque sistémico, es decir, no hubo solicitud de parte de la paciente para hacer terapia y el lugar donde se llevaba a cabo, en un principio no era dentro de un consultorio sino en el patio de dicha unidad, con la consecuente distracción e interrupción de los internos y el personal.

Por otro lado, la terapia psicológica fue implantada por psiquiatría a la paciente. Yo iba dos veces por semana a buscarla mientras estuvo internada, luego espaciamos a una vez por semana y luego a dos semanas. En principio hablábamos de lo que ella quería, le hacía algunas preguntas, alguna vez le daba pequeñas tareas y la sesión duraba aproximadamente 45 minutos. De esa forma fue tomando confianza y contándome aspectos de su historia familiar.

Es así, que comienza su discurso refiriéndose a que hace aproximadamente dos años asistía al colegio, le iba muy bien, incluso fue elegida como abanderada por dos años consecutivos, a eso se suma que ese año la escogen como guaripolera para el desfile escolar. Comenta con sus amigas y le sugieren que sería un buen motivo para conquistar al muchacho que tanto le gustaba.

Cabe notar que en ese momento ella estaba con sobrepeso (altura 1,58 metros y 70 Kg de peso). Por consiguiente, decide empezar una dieta rápida y rigurosa para adelgazar. A esto se suma que el padre la llamaba “*mi akt’aña*”, que significa relleno en aymara, como una forma cariñosa de nombrarla. Este apelativo utilizado por el padre la enojaba mucho y a pesar de ello, el padre continuaba llamándola así.

Viendo que faltaban pocos días para el desfile tan esperado, comenzó una dieta extrema, menciona que solo bebió mates adelgazantes durante aproximadamente quince días. Llegó el día del desfile y para su sorpresa no había adelgazado como ella esperaba, el traje le quedaba estrecho y no le quedó más remedio que participar en el desfile. En una de las calles por donde desfilaba vio al muchacho que le gustaba de la mano de una muchacha, desilusionándola enormemente.

De esta forma, decidió continuar con la dieta rigurosa que había empezado a base de mates. Pudo observar que adelgazaba lentamente pero también había momentos en los que sentía demasiada hambre. Alternaba episodios largos sin comer, solo bebiendo mates para luego comer hasta quedar desagradablemente llena, posteriormente le venía sentimiento de culpa y vomitaba. Comenta que luego de vomitar sentía mucho alivio y hasta placer, quedándose en ese estado por varias horas o hasta el día siguiente en el que repetía la secuencia.

Alicia, al ser la mayor de cuatro hermanos, era la encargada de los quehaceres desde sus diez años. Cocinaba diariamente y al tener la comida a su alcance comenzó a darse atracones. Recuerda que a la hora del almuerzo comía varios platos de comida incluyendo té con pan hasta quedar saciada en exageración.

Comenta que en un principio sentía mucho malestar y culpa por haber comido tanto, procedía a ir al baño y provocarse vómito. Todo ello hacía a vista de los hermanos, ya que los padres no iban a almorzar por razones de trabajo. Al pasar el tiempo, lo hacía en pequeñas bolsas, dejándolas en algún lugar visible. Cuando llegaba el padre de trabajar, los hermanos le mostraban las bolsas y la reprendía. Este ciclo se fue repitiendo por varios meses, adelgazando hasta pesar 31kilogramos.

Cuando ya habíamos avanzado con la terapia, alrededor de seis sesiones y había adquirido cierta confianza, le hablé de la importancia de tener una sesión con todos los miembros de su familia, para conocer el punto de vista de cada uno respecto a lo que estaba sucediendo. A esta única sesión familiar acudieron todos, es decir, Alicia que todavía estaba internada, sus padres y sus tres hermanos.

Fue una sesión muy intensa en la que se habló primeramente de la enfermedad de Alicia, de la cual todos tenían conocimiento, dieron su opinión acerca de la misma y los hermanos entre llanto le brindaron todo su apoyo. Posteriormente, Alicia pidió permiso a su padre para hablar de un tema que no lo habían conversado nunca como familia. Es así que Alicia comienza a relatar que una noche sus dos hermanos menores Evelyn y Limber, por encargo de la madre salen a comprar carne para preparar la cena. Se le acerca un desconocido a Evelyn, llevándosela a la fuerza. Limber corre a avisar a su mamá pero al poco rato regresa Evelyn y les dice que fue violada sexualmente. Cuando retorna el padre del trabajo, le cuentan lo sucedido y él reacciona golpeando a Olga, Alicia y Evelyn.

El padre indica que reaccionó de esa forma porque sintió mucha rabia e impotencia por lo sucedido. Fue un momento muy emotivo en el que todos los miembros de esta familia lloraron, en especial Alicia. También recordó otros eventos como cuando su madre reclamó a su padre acerca de su sospecha de que le era infiel, el padre reaccionó golpeándola en presencia de los hijos. La madre ante la imposibilidad de defenderse debido a la imposición cultural, se daba golpes en el vientre.

Esta última escena que presencié Alicia la impactó demasiado, corrió al baño, se hizo cortes en las muñecas, sangrando mucho y calmando de esa forma la pelea de sus padres. Me dijo que sangrar le proporcionó un gran alivio, algo muy parecido a lo que le producía el vomitar.

Los sucesos antes mencionados parece que influyeron en el comportamiento de Alicia, junto a ser llamada *akt'aña* por el padre y sentirse rechazada por el muchacho que le gustaba, dando lugar al trastorno alimenticio que se describe en el presente estudio. Se puede observar que existe una coincidencia de maltrato hacia la mujer en todos los sucesos relatados.

Continuaron las sesiones dentro de la Unidad hasta que la dieron de alta. Previamente a ello, hablé con su padre explicándole la importancia de continuar el trabajo terapéutico en consulta externa y si habría la posibilidad de hacerlo con toda la familia. Me manifestó la imposibilidad de la misma debido a que sus hijos asistían al colegio en ese horario pero que Alicia, su esposa y él podrían asistir.

Consideré adecuado que acudieran los padres a terapia para comprender más la problemática y que lo hicieran en sesiones diferentes a las de Alicia, para crear una alianza terapéutica con la paciente. Así fue durante seis sesiones. Dos de las mismas se las hizo de manera individual para conocer más a cada uno de los padres y su respectiva historia familiar. Las restantes cuatro acudieron ambos a terapia, en las cuales pude conocer algo de la dinámica familiar y de sus interacciones.

De la sesión del padre de Alicia puedo destacar un hecho de violencia ocurrido cuando él era pequeño y vio como su padre golpeaba a su madre, le dio con un palo con tal fuerza que le fracturó uno de los dedos de la mano. Al ver esto Mario quiso defenderla, pero ella le dijo que al padre se “respeta”, infundiendo temor en Mario y transmitiéndole que el padre tiene derecho a golpear dentro de la familia.

Fui conociendo más acerca de la dinámica familiar, en la que pude observar una relación distante entre los esposos. En la sesión por lo general solo hablaba él acerca de la preocupación por la enfermedad de su hija. La madre participaba muy poco, inclusive cuando se le cedía la palabra era para afirmar lo anteriormente dicho por su esposo. No vi demostraciones de afecto, tampoco de rabia, solamente de sumisión de parte de la esposa.

Los hijos fueron adquiriendo poco a poco las costumbres de la cultura urbana que la aprendían en el colegio, con los amigos, de la información mediática, etc. Esta cultura tenía muchas incongruencias con la de sus padres, por ejemplo acerca de la violencia, indicándoles que nadie debe someterse a la misma y si es posible hay que denunciar a la persona agresora. Dentro de la cultura aymara la violencia es aceptada y forma parte del matrimonio, la mujer acepta ser maltratada por su esposo como una forma de adaptación y sumisión.

Fueron transcurriendo las sesiones en consulta externa y veía que Alicia mejoraba paulatinamente de su trastorno, es decir, estaba aumentando de peso ligeramente, le volvió la menstruación después de casi un año. Todo ello lo supe por la información que me daba la psiquiatra. También, la notaba más animada, hacía actividades para distraerse como ir a su colegio, compartir con sus compañeras, inclusive quiso ir de oyente a clases pero la directora en

un principio no lo permitió. Posteriormente, aceptó que participara en bailes y diera una charla acerca de su trastorno a sus compañeros de curso.

Es bueno destacar que el trabajo con Alicia se hizo en colaboración con psiquiatría, una vez dada de alta, la citaban una vez por semana para controlar su evolución, la pesaban y le daban medicamentos para proseguir su tratamiento, estos eran: antidepresivos, ansiolíticos, hierro y multivitaminas.

Después de cada sesión yo informaba a la psiquiatra el trabajo que había realizado y ella también me ponía al tanto de su evolución. Se podría decir que trabajamos en conjunto, manteniéndonos informadas acerca de los tropiezos y avances. Los médicos residentes y enfermeras contribuían también con información valiosa ya que compartían más tiempo con la paciente.

Al haber transcurrido alrededor de ocho sesiones de terapia con Alicia, consideré adecuado prescribir el síntoma por ser una intervención eficaz de acuerdo a las investigaciones que revise con relación a los trastornos alimenticios. Para ello, me pareció necesario conocer los horarios de ingesta y vómito, así como también, lo que ingería, para así poder conocer su conducta de atracón y vómito.

Le pedí que anotara en un cuaderno los alimentos que ingería, la cantidad de los mismos, los horarios, así como también, la hora del vómito y el número de veces que lo realizaba. Tomó alrededor de dos sesiones que comprendiera la importancia de cumplir los días y horarios para posteriormente prescribir el síntoma.

Al observar su conducta de atracón y vómito a través del cuaderno de anotaciones que traía, y haber constatado en sesiones anteriores que le resultaba placentero darse atracones y vomitar, consideré prudente reglamentar el síntoma y para ello le indique que iba a tener dos días a la semana para darse atracones y vomitar.

Los mismos tendrían un horario establecido, de acuerdo a su horario, comería al medio día dos o tres platos de comida, luego té con pan hasta quedar completamente saciada y seguidamente vomitar. Esta tarea la iba a realizar los martes y viernes para posteriormente ir recorriendo los días a martes y sábado. Después, martes y domingo, luego martes y lunes, hasta llegar a que se produzcan solo los martes, es decir, reducir los atracones y vómitos a un solo día a la semana, algo muy provechoso si se toma en cuenta que eran diarios.

Le expliqué la importancia de cumplir los horarios y días para el tratamiento, estuvo de acuerdo, la noté decidida. Con los padres tuve una larga explicación del porqué de la prescripción, les aclaré la necesidad de quitarle lo placentero que le resultaba vomitar, para ello había que reglamentar esa conducta. Les describí acerca de los días destinados a comer y vomitar, que tenían la finalidad de reducir los vómitos. En principio parecía que no entendían, me miraban incrédulos por recetarle justamente aquello que querían evitar.

Luego de una profunda explicación y cuando consideré que habían entendido el propósito, comprendiendo que era para ir regulando el síntoma, quitarle lo placentero y reducir su frecuencia, prescribí el síntoma. Les hablé de la importancia del cumplimiento de la tarea a cabalidad, respetando horarios y días destinados a su ejecución. Asimismo, de lo fundamental que era para Alicia retomar sus actividades con sus amigas, amigos, colegio, etc. Es decir, el reinsertarse socialmente como se había profundizado en terapia.

A la siguiente sesión solo asistieron los padres, me indicaron que Alicia había cumplido con la tarea solamente una vez. Ese día no había acudido a terapia porque sus amigas la habían invitado a participar de un baile en su colegio. Los padres se veían entusiasmados al contar aquello y esperanzados en la recuperación de su hija. Debo confesar que yo también pensé lo mismo, es decir, que Alicia estaba retomando su vida anterior, socializando y centrándose en actividades diferentes a su síntoma.

La semana siguiente acudió a terapia, le pregunté acerca de su tarea y actividades. Respondió que no había hecho su tarea y había venido a decirme que ya no quería asistir a terapia porque había sido obligada a realizarla. Además que en ningún momento le preguntaron si quería

hacerlo, ya que a ella no le gustaba hacer tareas de ese tipo. Quedé sorprendida y le indiqué que debía hablar también con sus padres para darles a conocer su decisión, siendo ella menor de edad.

Les explique a los padres la decisión de Alicia, noté su desilusión y enojo. El padre le dijo que tampoco haría nada por ella y si tomaba la decisión de morirse era su riesgo, la madre no pronunció palabra solo bajó la cabeza igual que Alicia. Les dije que yo estaría allí, si necesitasen algo que no dudaran en llamarme o buscarme. Fue la última vez que los vi en consulta. Posteriormente, le di a conocer la decisión de Alicia a la psiquiatra, me indicó que fue a su control dos veces más, la vio mejor, después ya no supe de ella.

Me parece que de alguna forma entré al juego familiar, ya que era obvio que el síntoma era muy útil a esta familia y querer reducirlo aplicando días y horarios no agradó a Alicia ya que era enfrentarla a la realidad de su familia. Realidad de estar a cargo de sus hermanos, muchas veces tomando decisiones que les correspondía a los padres. Los hermanos la obedecían, por lo tanto, no le iba a agradar aceptar normas en algo que le resultaba tan placentero y le servía para manipular a su familia.

## CONCLUSIONES.

A partir de lo expuesto en el presente estudio de caso y posterior análisis de la intervención, puedo concluir que la experiencia de trabajar con una familia de origen aymara fue profesionalmente beneficiosa, demostrando una realidad diferente a la teoría expuesta.

Considero necesario esclarecer que esta investigación aporta un análisis descriptivo de la intervención, no así del trastorno en específico. Todo ello con la finalidad de conocer más acerca de la cultura aymara plasmada en esta familia cuya hija desarrolla un trastorno alimenticio.

Pude ver por un lado cuán importantes siguen siendo las costumbres relacionadas con la cultura originaria para los padres de esta familia. Por el otro, la influencia que ha recibido Alicia

de la cultura urbana, principalmente debido a la globalización, permitiendo que desarrolle un trastorno propio de una cultura diferente a la de sus padres.

Para esta familia, el término *akt'aña* cuyo significado en aymara es “relleno” fue utilizado como una denominación cariñosa hacia la paciente identificada en el presente caso. Esta denominación no agradaba a la hija, sentía mucha vergüenza, sobre todo delante de sus amigos y el padre continuaba utilizando este sobrenombre pese a que Alicia le había dado a conocer su molestia en reiteradas ocasiones. La distinta connotación referida al peso, puede ser relacionada también a un choque generacional donde para cada uno adquiere diferente significado.

Desde mi perspectiva esta denominación fue como el precipitante para desarrollar posteriormente el trastorno, ya que considero que este calificativo tuvo mucha repercusión, como una especie de protesta con su cuerpo hacia el padre, insinuándole que al pesar 31 kilos no sería más su *akt'aña*.

Se puede concluir a lo largo del relato la existencia de eventos cargados de violencia en esta familia, protagonizados por el padre de Alicia y el abuelo paterno. Es de recalcar el género masculino como factor común en los agresores hacia sus conyugues. Debido a la violencia masculina en su familia y la violación que sufrió su hermana por parte de un extraño, hizo que ella me exprese su rechazo a “ser mujer” cuando volvió a menstruar, porque eso significaba ser nuevamente atractiva a los hombres y desde su perspectiva este hecho aumentaba su vulnerabilidad a vivir hechos violentos, ya que desde su forma de pensar todos los hombres eran malos.

Para Alicia, ser mujer en su familia implica realizar los trabajos más pesados relacionados al cuidado de los hijos, cocinar, limpiar y además, trabajar fuera para ayudar en la economía de la casa. Este trabajo incluye fines de semana y no tener un tiempo libre para descansar o realizar algo para sí misma.

Ser mujer, también consiste en ser sumisa, soportar golpes del marido sin quejarse y tampoco tener la posibilidad de defenderse o ser defendida. Igualmente, su opinión no tiene validez. Este



concepto dentro de la cultura aymara tan sufrido y desigual resulta desagradable para una joven que ha tenido la oportunidad de conocer otras formas de ser mujer y que no la dejaron adoptarlas para convertirse en la muchacha que quisiera ser.

Al trabajar con esta familia pude conocer de cerca costumbres muy arraigadas al machismo, que tiene como factor común el miedo sembrado en las mujeres, limitando su libertad y su capacidad de defenderse, principalmente confundiendo el miedo con el respeto. Todo esto se puede concluir a partir de dos eventos, por un lado, viendo la reacción del padre ante la violación que sufre la hija menor, golpeando a las mujeres de la familia. Por otro, cuando la esposa se deja golpear por él y no se defiende, más al contrario, ella también se golpea de impotencia de no poder responderle de la misma forma.

En esta familia se mantiene rígidamente la tradición aymara del hermano mayor, como es el caso de Alicia, quien se hace cargo de sus hermanos menores desde sus diez años. En varias sesiones me manifestó lo ardua que le resultaba esta tarea y por ello a veces prefería estar internada en la Unidad, así no tenía que preocuparse de nada y además la atendían.

El miedo confundido como respeto hacia los padres, lo pude constatar en aquella única sesión familiar que tuve con esta familia, cuando Alicia pidió permiso a su padre de narrar los hechos mencionados anteriormente de la violación de la hermana, de la golpiza del padre hacia su madre y la del tío a su esposa. Asimismo, en el incidente en el que la paciente presencia la violencia ejercida por su padre hacia su madre y utilizando el mecanismo de defensa ante el dolor, expresa su impotencia, haciéndose cortes en las muñecas, logrando frenar de esa forma la escena violenta y enfocando la atención de los padres en ella.

La golpiza de su padre hacia su madre, es igualmente un evento más que evidencia el choque de culturas. Una de ellas, le dice que la violencia es mala, debe ser rechazada y denunciada. La otra acepta la violencia dentro del matrimonio como parte de la adaptación.

La adolescencia en la cultura aymara pasa casi desapercibida, solo toman en cuenta las obligaciones, escasas fueron las ocasiones en las cuales los padres se refirieron a algún tema

relacionado con la misma. Alicia, fue una adolescente que quiso hacer sentir su presencia en casa y también hacerles notar su desacuerdo con las imposiciones de sus padres respecto a la responsabilidad de tener a su cargo a sus hermanos menores, realizando muchas veces el rol de madre.

Los trastornos alimenticios dentro de la cultura aymara, suelen ser tomados como decisiones de la persona enferma, atribuyéndole a ésta la culpa y la responsabilidad total, restándole importancia u otorgándole algún significado. Para los padres, el trastorno que padecía su hija era un capricho para salir con su gusto y llamar la atención, no entendían por qué ocurría, ya que disponía de comida suficiente, además, ellos trabajaban duro para que no le faltase nada. Todo ello puede atribuirse al escaso acceso a información acerca de los trastornos alimenticios y sobre centros públicos que los tratan.

Sin embargo, poco a poco los padres fueron tomando conciencia de la gravedad del trastorno. Es conveniente resaltar la importancia que fue adquiriendo para ellos la terapia, acudían el día destinado a su descanso, madrugando para conseguir ficha y aguardar su turno. El cambio se fue dando paulatinamente dentro del espacio terapéutico, en un principio la familia se mostraba muy discreta e incluso desconfiada, no obstante al transcurrir las sesiones pude advertir cada vez mayor distensión, apertura y confianza.

Con relación a la jerarquía de su sistema familiar, pude constatar que existe un nivel marcado entre los esposos, donde Mario se encuentra en un nivel superior con relación a Olga. Respecto a la interrelación y la comunicación entre ellos, deduzco que éstas son escasas y poco fluidas.

Esta falta de relacionamiento pude constatar en el espacio terapéutico y también cuando esperaban fuera de la Unidad, en una especie de patio, viendo al esposo sentado solo en un sitio alejado de la esposa. No compartían, ni charlaban. Esta situación la vi varias veces. Durante la sesión, Mario tomaba la palabra la mayor parte del tiempo y cuando participaba Olga era porque yo le había preguntado su opinión, de otra forma solo asentía con la cabeza o sonreía indicando estar de acuerdo con lo que su esposo decía, rara vez intervino espontáneamente.

Al acudir a terapia el mismo día tanto Alicia como sus padres, solo que en diferentes sesiones, parecía ser que antes de ingresar a sesión se ponían de acuerdo, ya que Alicia me manifestaba lo mismo que anteriormente había expuesto su padre o viceversa. Lo único diferente era acerca de las tareas que yo le daba y preguntas referidas ya sea al colegio, amigos, etc. Esta dinámica me hizo pensar en un sistema familiar cerrado, donde la jerarquía está clara con respecto al padre.

Para esta familia, migrar del campo a la ciudad tuvo una importancia enorme generando grandes cambios. Por un lado, para tener una mejor calidad de vida, más oportunidades de educación, preparación y trabajo y por otro, conocer un modo de vida muy diferente al que llevaban. Ambos padres se esforzaron y trabajaron arduamente, si a todo ello le añadimos la pronta llegada de sus tres hijos, la situación se tornó realmente difícil. Siendo este fenómeno migratorio el origen del futuro choque cultural con los hijos.

La situación económica de la familia, hacía que los padres no tengan tiempo para compartir con sus hijos. Generalmente los hijos estaban solos, únicamente disponían de un momento en la noche a la hora de la cena para compartir entre todos. A partir de ello se puede inferir que la economía familiar obliga a los padres a estar distanciados de sus hijos, compartiendo escasos momentos y participando poco o nada en su educación.

Puntualmente, el trabajo de la madre que tiene un puesto ambulante, le exige mucho sacrificio, es decir, levantarse temprano, llevar la mercadería a las distintas zonas del Alto, permanecer todo el día en las ferias y retornar por la noche a realizar las tareas del hogar, sin descanso incluyendo fin de semana. Esta situación demuestra lo complejo y sacrificado que resulta ser mujer, esposa y madre en esta cultura. Además, se puede evidenciar que el trabajo más arduo está destinado a la mujer, que lo acepta, ya que ello también significa que está siendo colaboradora con la economía y además buena esposa dentro de la cultura aymara.

Respecto a mi formación como terapeuta, atravesé por muchas dificultades ya que tenía la ilusión de aplicar todo lo que había aprendido y así ayudar de alguna manera a esta familia, pero sus creencias y costumbres, me confundían y sorprendían cada vez más. Era algo que desconocía y que no encajaba en las teorías que había aprendido, esto me producía ansiedad e impotencia

muchas veces. Ahora me doy cuenta de la importancia de conocer acerca de la cultura aymara, sus significados y aprender a hacer un nuevo estilo de terapia.

Me tomó mucho tiempo conocer las interacciones de esta familia, el juego familiar, todo era complejo porque era muy poca la información que me brindaban y por otro lado, mi limitada experiencia en esta temática, también fue un factor primordial ya que me impresioné con la historia familiar, concentrándome en por qué se daban ciertas conductas y no en cómo se daban las mismas.

Respecto al síntoma que presentaba Alicia, me pareció prudente aplicar la prescripción del mismo, porque de acuerdo a la teoría, el colocar horarios y días para hacerlo, era aconsejable ya que de esta forma se regulaba el síntoma dándole una connotación de imposición dejando así de ser placentero.

Esta prescripción no tuvo el éxito deseado ya que cuando quise aplicarla para que fuera disminuyendo su manifestación, Alicia me dijo no estar dispuesta a continuar con la terapia porque le había sido impuesta tanto por la Unidad como por sus padres. Esto era cierto, pero me parece que el síntoma era muy útil para Alicia ya que conseguía muchas cosas, entre ellas, tener el control de su familia y probablemente distraer con su síntoma algo más grave que estuviese sucediendo. No se pudieron lograr los objetivos terapéuticos planteados a cabalidad, por la negativa de la paciente ya que el síntoma le servía para manipular, protestar ante su familia por la violencia ejercida, por considerar a la mujer como un ser inferior, sumiso, sin derechos, con solo obligaciones y también como una forma de demostrarle a su padre cuanto le molestaba ser llamada *akt'aña*.

Convencer plenamente a los padres acerca de prescribir el síntoma fue una ardua tarea. No entendieron la paradoja de que la finalidad era ir regulándolo poco a poco de tal forma que si se prescribe algo que resulta placentero y se va normando pierde justamente esa connotación y al convertirse en obligatorio deja de ser atractivo. El propósito era disminuir la frecuencia de la conducta de vomitar y si fuera posible hacerla desaparecer y cambiar esta conducta por otra más placentera como la de compartir con sus amigas. Esta paradoja fue algo incomprensible para

ellos, tomando en cuenta que habían acudido a terapia justamente para que este síntoma desaparezca.

Me parece importante en lo posterior a la hora de hacer terapia, tomar muy en cuenta el factor cultural, sobre todo en nuestra sociedad donde la cultura aymara es la de mayor densidad poblacional. Asimismo, buscar una forma de explicar los trastornos desde esta cultura.

## REFERENCIAS.

1. Bergman, J (1987). *Pescando Barracudas*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
2. Bertalanffy, M. (1995). *Teoría general de sistemas*. Madrid: FCE
3. Carter, W., Mamani, M. (1989). *Irpa Chico. Individuo y comunidad en la cultura aymara*. La Paz: Juventud.
4. Criales, L. (1994b) *Mujer y conflictos socio – culturales. El caso de las migrantes de Caquiaviri en la Ciudad de La Paz*. La Paz: Papiro.
5. Criales, L. (1995) *Construyendo la vida. Pautas de crianza en la cultura aymara urbana*. La Paz: Gregoria Apaza.
6. Collins, J. (1998). *Tradiciones de traducción y la organización de la actividad productiva: el caso de los términos de parentesco en el aymara*. La Paz: CIASE/ILCA 187-198.
7. De la Cadena, M. (1991). *Las mujeres son más indias: etnicidad y género en una comunidad del Cusco*. Revista Andina 9(1), Cusco: Bartolomé de las Casas.
8. Espinoza, A. (1998). *El sirvinakuy en el mundo aymara*. Primer festival del libro Huancaneño, Tomo III. Lima: Municipalidad Provincial de Huancané.
9. Gavilán, V. (2002) *“Buscando vida”... hacia una teoría aymara de la división de trabajo por género*. Chungara: Revista de antropología chilena. 4(1), 101-117.
10. Mamani, V. B. (2000). *Identidad y espiritualidad de la mujer aymara*. La Paz: Misión de Basilea/ Fundación SHI Holanda.
11. Nardone, G., Verbitz, T., Milanese, R. (2002). *Las prisiones de la comida*. Barcelona: Herder.
12. Ortiz, A. (1993). *La pareja y el mito. Estudios sobre las concepciones de la persona y de la pareja en los Andes*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

13. Pérez, E. (1962/1992) *Warisata. La escuela ayllu*. La Paz: CERES/Hisbol.
14. Pinto, B. (2008) *Concepto de amor y personalidad en universitarios aymaras del departamento de la paz*. Tesis Doctoral.
15. Selvini Palazzoli, M., Selvini, C., Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
16. Spedding, A. (1997b). *Esa mujer no necesita hombre: en contra de la dualidad andina-imágenes de género en los Yungas de La Paz*. Las fronteras de género en los Andes. La Paz: CIASE/ILCA 325-343.
17. Valderrama, R., Escalante, C. (1998). *Matrimonio en las comunidades quechuas andinas*. La Paz: CIASE/ILCA

RECIBIDO: 14/9/2017

REVISADO/ 4/12/2017

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS