

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA



ANOREXIA Y OBESIDAD CONFIGURACIÓN FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MÓNICA SHANTAL FREYSSINIER MUÑOZ

DIRECTORA DE TESIS

MTF. ESTHER GONZÁLEZ OVILLA

REVISORA DE TESIS

MTF. MARÍA ANTONIA CARBAJAL GODÍNEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, 9 DE JUNIO DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción | 5 |
| Justificación..... | 5 |
| Capítulo I. La familia como sistema..... | 8 |
| Familia y Sociedad | 12 |
| Estructura de la familia | 15 |
| Familia contemporánea en México..... | 19 |
| Construcción de relaciones familiares | 24 |
| Doble vínculo..... | 28 |
| La familia y las pautas transaccionales o comunicacionales..... | 29 |
| Terapia familiar sistémica en el tratamiento de los patrones comunicacionales..... | 32 |
| Capítulo II | 35 |
| Ingesta alimentaria..... | 35 |
| Principios neurofisiológicos de la ingestión de alimentos | 35 |
| Centros cerebrales involucrados en la conducta ingestiva | 37 |
| Neurofisiología de la anorexia y la obesidad. | 44 |
| Obesidad: | 45 |
| Alimentación y ciclo vital humano: Características psicológicas. | 46 |
| Primer año de vida | 47 |
| Preescolares | 47 |
| Escolares:..... | 48 |
| Adolescencia: | 48 |
| | |
| Familia y hábitos alimentarios | 50 |
| Conductas alimentarias de riesgo | 52 |
| Trastornos de la conducta alimentaria | 53 |
| La obesidad como TCA | 56 |

| | |
|---|-----|
| Capitulo III. Implicaciones familiares en el desarrollo de TCA | 59 |
| Interacción familiar y TCA | |
| Familias generadoras de trastornos alimentarios psicogénicos | 63 |
| Familia y TCA: Características de los miembros..... | 64 |
| Características de la familia: Obesidad | 72 |
| Polaridades semánticas..... | 73 |
| Semántica familiar de familias generadoras de trastornos alimentarios psicogénicos..... | 74 |
| Metodología | 79 |
| Diseño..... | 79 |
| Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 79 |
| Muestra | 79 |
| Preguntas de investigación: | 80 |
| Objetivo general:..... | 80 |
| Objetivos específicos:..... | 80 |
| Resultados | 81 |
| Familiograma 1..... | 81 |
| Historia Familiar | 81 |
| Roberta..... | 84 |
| Familia: Descripción sobre la composición familiar | 84 |
| Dakota | 92 |
| Familia: Descripción sobre la composición familiar | 92 |
| Análisis de resultados..... | 98 |
| Polaridades semánticas..... | 110 |
| Discusión y Conclusiones | 113 |
| Referencias..... | 116 |

Dedicatoria

A **Jorgito**, gracias por regalarme tu sueño y permitirme descubrir por qué era tan importante para ti. Por enseñarme que la felicidad es simple, me acompañas en cada día de mi vida.

A mi tía **Tere**, por acompañarme, ayudarme incondicionalmente y por cuidarme siempre. Hoy sé que aquí estás.

A mis **padres**, por apoyarme en todo y enseñarme que lo que quiera, lo puedo lograr. Por dejarme SER y acompañarme en el camino.

A **Andrés** por darme la loca idea de estudiar psicología, por siempre estar, ser eterna inspiración y aprendizaje.

A **Arturo e Ivette** por siempre estar y por regalarme 3 sobrinos maravillosos en los que me reflejo y deseo enseñarles tantas cosas.

A mis **amigos** por las pláticas interminables, las noches de cocteles, los días de papitas, las terapias breves y de emergencia, por los momentos compartidos, por hacer la escuela más divertida, pero sobretodo por inspirarme y enseñarme, son mi familia por elección.

A mis **primos**, por acompañarme en locuras y aventuras, pero sobretodo por enseñarme con su ejemplo que hay un mundo de posibilidades y *otras* maneras de vivir.

A **Esther** por confiar en mí, por tenerme paciencia 3 años y por ser ejemplo, te admiro.

A **todas** las personas que participaron en mi formación académica, mostrándome con pasión porque esta carrera es maravillosa.

A **Dakota y a Roberta** por abrirme la historia de su vida y permitirme realizar este trabajo ¡Gracias por siempre!

A la **Universidad Autónoma de México y a la facultad de psicología** por permitirme cumplir el sueño de estudiar en una universidad pública, por llevarme al límite y mostrarme de lo que soy capaz.

Resumen

La familia se considera una identidad compleja que participa en diversos procesos para el individuo, de ella depende tanto la pertinencia como el nivel de involucramiento con diferentes contextos, tanto a nivel interpersonal como social. Dentro de la familia se encuentra la protección, el cuidado y el sostén que los individuos necesitan para el desarrollo personal. Se considera que los padres, influyen directamente a través del modelamiento, en las actitudes y conductas que desarrollan los hijos frente a la comida y al peso. Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), son conductas que pueden determinar la aparición de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En México, de acuerdo con la secretaría de salud, se reportan anualmente 20,000 nuevos casos de anorexia mientras que de acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición 7 de cada 10 adultos en el país tienen obesidad, es

por lo anterior que se surge la inquietud de comprender la influencia de la familia en la aparición de dichas patologías, para lo cual se realizó un estudio de caso, en el que, el eje de análisis fue la dinámica familiar, centrándose en tópicos basados en el conocimiento de la historia familiar, pautas de interacción y polaridades semánticas.

Palabras clave: polaridades semánticas, dinámica familiar, anorexia, obesidad.

Introducción

La familia forma parte importante de la estructura de la sociedad y responde a diferentes momentos históricos, económicos, culturales (Louro, 2002). El modelo ecosocial sobre la influencia de factores ambientales en la conducta, propone que un individuo se encuentra inmerso en el sistema social, por lo tanto, este sistema tendrá influencia directa sobre el comportamiento y hábitos de la persona (Rivera y cols. 2006). Las relaciones familiares crean un ambiente de pertenencia fundamental para el desarrollo de las personas, por lo que, aunque las personas se

relacionen a nivel individual con diferentes sistemas, la familia continuará siendo una piedra angular en el crecimiento individual de cada uno de sus miembros (Fruggeri, 2003).

La familia cumple con diferentes funciones, entre las cuáles podemos destacar: la satisfacción de las necesidades, la experimentación de dinámicas relacionales, construcción de identidad y habilidades sociales, el desarrollo de competencias que tienen la finalidad de conseguir la independencia de sus individuos, por lo anterior, se puede definir que las familias son entidades complejas, multiprosesuales y multiformes (Fruggeri, 2003). Cuando existe una patología en alguno de los miembros de la familia, es necesario reconocer la influencia que tiene como unidad, en el desarrollo de la misma. Es decir, la familia debe considerarse parte de la problemática, entendiendo que: “La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal manera que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo” (Guzmán y cols. 2006, p.4).

Como resultado de lo anterior, se entiende que la familia actúa como un contexto genético y ambiental, por lo que, la presencia de la conducta de los individuos frente a los alimentos responde a las pautas de interacción y a la dinámica familiar de cada núcleo. Por lo que, a partir de la comprensión de dichas pautas se puede explicar la influencia de la familia en la aparición de conductas alimentarias de riesgo en uno o más de sus miembros. Dichas conductas, normalmente desembocan en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria y/o obesidad.

La familia, puede generar dinámicas relacionales que den origen y mantengan dichas condiciones. Los tratamientos que existen actualmente para el abordaje de dichas patologías, si bien son interdisciplinarios, se centran en soluciones individuales hechas para el “paciente identificado”. Por lo anterior, se hace indispensable la comprensión del individuo como parte de un sistema, para que los tratamientos psicológicos sean familiares, de esta manera, al modificar el

contexto, un individuo tiene más posibilidades de alcanzar exitosamente los objetivos de su tratamiento y menos posibilidades de recaer.

Justificación

En México, se reportan anualmente 20,000 nuevos casos de anorexia (Secretaría de salud, 2017) mientras que 7 de cada 10 adultos en el país tienen obesidad (Encuesta Nacional de Salud y nutrición, 2016). La obesidad no es un trastorno psiquiátrico, sin embargo, existe una alta prevalencia de psicopatología en pacientes con obesidad en comparación con la población general (Villaseñor, et al. 2006). Está asociada a un incremento de insatisfacción corporal, debido a que, en el mundo occidental, los cuerpos delgados tienen un gran valor social, por lo cual el cuerpo obeso incrementa el riesgo de baja autoestima y autoaceptación, los cuales se encuentran asociados a la posibilidad de recibir rechazo social (González, 2016). Se ha encontrado un malestar psicológico constante; aburrimiento, angustia, dificultad para resolver problemas (Villaseñor, et al. 2006). De acuerdo con Mancha (2011), se relaciona fuertemente con alteraciones psicológicas y psiquiátricas entre las cuales destacan trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y tendencia suicida. Por lo tanto, la obesidad puede ser considerada tanto síntoma como consecuencia (Villaseñor y cols, 2006). Por su parte, se ha visto una alta correspondencia entre trastornos de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal, trastornos del estado de ánimo e ideación suicida (López, 2015).

Capítulo I. La familia como sistema

La familia se puede entender como: “Un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla” (Louro, 2002, p. 11). El modelo ecosocial, plantea la existencia de diferentes subsistemas o niveles que tiene influencia directa en la conducta de las personas. Los niveles van desde el distal al proximal, la influencia inmediata será dada por el microsistema que por lo general, es el entorno familiar; puede ser la familia nuclear, o dependiendo la cultura, que en el caso de México es común, puede incluir a la familia extendida. (Rivera y cols, 2016).

Fruggeri en 2003 menciona que: “La familia viene identificada como un sistema de relaciones recíprocas que liga a sus componentes, la especificidad de sus componentes emerge a su vez de su propia pertenencia a la familia” (Reséndiz, s.f.). La familia, se considera una identidad compleja que participa en diversos procesos para el individuo, de ella depende tanto la pertenencia como el nivel de involucramiento con diferentes contextos, tanto a nivel interpersonal como social. Dentro de la familia se encuentra la protección, el cuidado y el sostén que los individuos necesitan para el desarrollo personal. Es una identidad multiprocesual porque involucra diversos procesos interactivos y simbólicos. Dentro de la dinámica familiar encontraremos interacciones individuales, grupales y sociales. Finalmente, la identidad multiforme de las familias, se refiere a la transformación de estas en el tiempo, la cual es muy importante tomar en cuenta ya que la familia tradicional, con la cual se realizaron los primeros modelos tiene características específicas: nuclear, blanca y con hijos biológicos provenientes de una relación heterosexual. Las características anteriores ya no responden a las familias contemporáneas, las cuales han ido evolucionando y por lo tanto las dinámicas han cambiado (Fruggeri, 2003). Por lo tanto, la familia pensada como un sistema hace hincapié en la circularidad, que se refiere a que podemos encontrar que el comportamiento de cada miembro estará influenciado recíprocamente por el resto de individuos del sistema familiar, por lo que, como consecuencia directa, el cambio en alguno de sus

miembros dará como resultado cambios en los demás (Reséndiz, s.f)

Minuchin, en el año 1983, propone que la terapia familiar, se basa en la idea, de que el hombre no es un ser aislado, sino que por el contrario es un miembro activo y reactivo de los grupos sociales. Dicho lo anterior se entiende que: “La patología puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en el feedback entre ambos”. Propone que el enfoque de la patología debe modificarse, por lo cual, la terapia estructural se basa en 3 axiomas que se muestran a continuación

- 1) La vida psíquica de un individuo, no es exclusivamente un proceso interno ya que mediante interacciones, el individuo va a influir y va a ser influido mediante su contexto. El individuo va a responder al estrés que se produce en otros lugares del sistema, por lo cual se va adaptando, pero también, él va a contribuir al estrés de otros miembros del sistema.
- 2) Las modificaciones en la estructura familiar, favorecen cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
- 3) Cuando un terapeuta trabaja con un individuo o con la familia, la conducta del terapeuta se incluye en el contexto, formando así, un nuevo sistema.

Dicho lo anterior, se puede comprender que la aparición de cualquier conducta será influenciada fuertemente por la repetición constante de diversas interacciones familiares. En el caso de la conducta alimentaria, tenemos que, se entiende como: “El conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos” (Radilla, 2015, p.15).

El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso multicausal determinado por procesos fisiológicos, sociales, culturales y psicológicos. Las experiencias tempranas de los niños con la comida, serán de suma importancia para la formación de hábitos individuales y dichas experiencias ocurren generalmente en

el contexto familiar (Osorio, Weisstaub, Castillo, 2002). Los padres, influyen directamente a través del modelamiento, en las actitudes y conductas que desarrollan los hijos frente a la comida y al peso. (Guzmán y cols, 2006) Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), son conductas que pueden determinar la aparición de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), a pesar de que aún no existe una definición unificada, se sabe que son aquellas conductas que abarcan diferentes manifestaciones de los trastornos de la conducta alimentaria, pero se presentan con menor intensidad y frecuencia, por lo tanto, no cumplen con las características para denominarse, trastorno. Las CAR se agrupan en tres categorías: conductas restrictivas, purgativas y ejercicio en exceso (Díaz, Rivera-Márquez, BJORQUEZ-CHAPELA, UNIKEL-SANTONCINI, 2017).

Silvia-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) encontraron cinco factores dentro de la interacción familiar que contribuyen al desarrollo de TCA: 1) El aspecto físico y el cuidado del cuerpo son muy importantes, mientras que la obesidad y el sobrepeso no son bien vistos. 2) Existe una presión respecto a la cantidad de comida que se ingiere, lo cual lleva a las personas a comer más o menos, los deseos de la persona no son tomados en cuenta, así como una preocupación excesiva por parte de la madre en las cantidades que ingiere y el propio aspecto físico. 3) Con frecuencia la madre es castigadora y limita la libertad de las hijas de tomar decisiones. 4) El padre puede ser ofensivo y agresivo, 5) Ambiente familiar que involucra frecuentemente peleas con violencia física y/o verbal, educación impositiva con uso de castigo, peleas de los padres frente a los hijos, que involucran amenaza de divorcio.

Por otra parte, se ha visto que el ambiente familiar influye en el desarrollo de la obesidad, así como los estilos de crianza pueden impactar directamente en las preferencias alimentarias y en el desarrollo de la capacidad de los hijos para lograr la ingesta, de tal manera que se crea un ambiente propicio o no para que los hijos desarrollen o no obesidad (Guzmán y cols, 2006). García-Camba en el año 2001,

menciona que existen tres dimensiones determinantes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria; sociocultural, individual y familiar. Ésta última involucra una necesidad de relacionarse muy intensa, que sacrifica la identidad individual, lo cual hace imposible que cada miembro de la familia sea diferente o tenga necesidades propias.

Por otro lado, Ugazio, en 1998, explica las polaridades semánticas mediante tres hipótesis que se resumen a continuación:

- 1) Cada miembro de la familia construye una conversación dentro de una estructura semántica relevante compartida, que generalmente está formada por polaridades semánticas.
- 2) Es imposible no definirse o “com-ponerse” con los demás, respecto a una dimensión semántica relevante en el propio contexto social.
- 3) Cada participante en la conversación, mediante las dimensiones semánticas relevantes incrusta su propia identidad en la de los otros miembros del grupo, garantizando así la intersubjetividad

La dimensión semántica de las familias generadoras de trastornos alimentarios psicogénicos (TAP) es la de vencedor/perdedor, esta polaridad no es propia del self, por el contrario es relacional ya que es el resultado de una confrontación. La lucha por la definición de la relación aparece constantemente, los objetos de disputa no son de contenido, lo realmente importante es quién tiene la supremacía. Mientras que el circuito recursivo inextricable en la obesidad se distingue por la intransitividad que se crea entre el “adecuarse” y “oponerse” y la conservación de una percepción definida de uno mismo; adecuarse significa ser el individuo pasivo, perdedor y derrotado mientras que el oponerse significa ser activo sin embargo implica ser rechazado, perder la confirmación del otro y por lo tanto perder el sentimiento de la propia individualidad.

Familia y Sociedad

La familia es un término que se utiliza en diferentes ámbitos y desde tiempos remotos, al inicio se le consideraba como una célula o un grupo originario de la sociedad, que estaba configurado por todos aquellos individuos que compartían objetivos de vida y parentesco, fuera esta relación consanguínea o no (Oliva, Villas, 2014). La realidad, es que, la familia forma parte importante de la estructura de la sociedad y responde a diferentes momentos históricos, económicos, culturales (Louro, 2002). Es de las instituciones sociales más antiguas por lo que, es un elemento primordial para la comprensión y el funcionamiento de la sociedad. Es por medio de la familia que se prepara a cada uno de sus miembros para desempeñar el papel social que les corresponde (Oliva&Villas, 2014). De acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la familia funciona como un componente natural y primordial de la sociedad y por lo tanto, deben ser protegidos tanto por la sociedad como por el estado (Montalvo, 2013). El concepto de familia, es complejo, por lo cual se hace difícil llegar a una definición universal.

Etimológicamente, la palabra familia proviene del latín *familiae*, que significa “Siervo, esclavo” o del latín *fames* (hambre) que significa “Conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que un *pater familias* tiene la obligación de alimentar” (Oliva, Villas, p. 12). Desde la sociología la familia es vista como una estructura social, en la cual, resultan de interés particular todos los niveles de organización y funcionamiento, específicamente la relación de la familia con el estado, religión, comunidad, etc. y es definida como “Un conjunto de individuos que se caracteriza por una relación sexual definida y permanente que promueve la educación y reproducción de su descendencia” (Oliva, Villas, p. 12). Louro, en 2001, define que la familia “Es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla” (p.18).

Para la psicología, la familia involucra la suma de relaciones familiares compuestas de manera sistémica, por lo que se considera un subsistema del subsistema social, que a su vez, forma parte del macrosistema denominado sociedad. Mientras que Malde Modino en 2012, lo define como: “La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia” (Oliva & Villas, 2014, p.12).

Como se ha visto, la definición de familia es compleja y varía dependiendo del modelo o institución desde el que se aborde, A pesar de existir diversas perspectivas para abordar a la familia, comparten algunas funciones que podríamos denominar universales, entre las cuales se encuentran: reproducción, protección, socialización, control social y canalización de afectos (Oliva, 2014). Por su parte Valdés, Uria y Vera en 2014 añaden: transmisión de conductas y valores, mecanismos de socialización primaria, apoyo social y regulación de la interacción de los miembros de la familia con otros grupos sociales (Valdés, Vera, Urías, 2014). Dichas funciones, impactan a cada uno de los individuos que conforman a la familia, por lo que la familia cumple con diversos fines, de acuerdo con González en 2016 se destacan las siguientes:

| Fines de la familia |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Dar a cada uno de sus miembros seguridad afectiva |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Preparar a cada uno de los integrantes el desarrollo de procesos adaptativos. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Manejar crisis, angustia y en general las emociones a través del autocontrol |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Dirigir el desarrollo personal hacia la independencia |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Canalizar energía y manejar impulsos, la violencia y el autoritarismo. |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Proteger a sus miembros y prepararlos para la independencia a través de la educación y el respeto. |

Mientras que Fruggeri en 2013, identifica:

| Fines de la familia |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● La satisfacción de las necesidades |
| <ul style="list-style-type: none"> ● La experimentación de dinámicas relacionales |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Construcción de identidad y habilidades sociales |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo de competencias para conseguir la independencia. |

Como se puede observar, los fines de la familia son profundos y representan cambios para cada uno de los individuos, estos fines serán incorporados por los miembros de la familia en diferentes momentos y situaciones dependiendo de las características estructurales de la familia.

Estructura de la familia

Las características estructurales de la familia tienen una amplia gama de aspectos, entre los que se puede señalar: Ubicación geográfica, edad a la que se contrae matrimonio, número de integrantes el tipo de familia, grado de escolaridad de cada uno de sus integrantes y su contribución en mercado laboral (Valdés, Vera, Urías, 2014). La familia es una forma de organización de las relaciones sociales, es un conjunto de personas que se relacionan para enfrentar problemas y realizar tareas en conjunto (Gazmuri, 2006). Es considerado un sistema abierto, ya que intercambia información no sólo entre el propio sistema sino también con sistemas sociales de acuerdo al contexto en el que interactúa (Valdés, Vera y Urías, 2014). Engels, en 1884, mencionaba que la familia es un elemento activo ya que nunca permanece igual, va a cambiar en diferentes grados, a medida que la sociedad se desarrolla. Sus miembros llevan a cabo patrones de integración social que surgen como resultado de la vida cotidiana y se puede estudiar como una institución o grupo social en la que no solamente se define a los individuos que la integran sino las necesidades de los mismos y que a su vez, actúa con instituciones similares tanto sociales como públicas y privadas (Gazmuri, 2006). Es importante destacar que no se puede hablar de familia desde una concepción platónica o ideal porque resultaría opuesto a la evolución humana (Oliva, Villas, 2014).

La familia es considerada el espacio en el cual las personas crecen y comparten con otros individuos, normas, valores, creencias, tradiciones, experiencias y afectos que son imprescindibles para completo desarrollo en la sociedad. Cuando una persona nace, va aprendiendo en la familia las normas de comportamiento que se consideran apropiadas mediante la cual se establece una escala de valores y normas de conducta. De acuerdo con Montero, se va socializando al individuo durante las diferentes etapas de desarrollo y cuando alcanza la madurez biológica y social, está listo para formar su propia familia (Oliva, Villas). Para conseguir un adecuado desarrollo, debe conseguir un equilibrio entre estabilidad y cambio. Los cambios repentinos pueden llevar a la inestabilidad del sistema familiar mientras que la estabilidad excesiva no permite que la familia

responda a los cambios sociales o a intereses específicos de sus miembros (Valdés, Vera, Urías, 2014). Ya que las personas se relacionan a partir de patrones de interacción social, se generan asimetrías sociales, dichas asimetrías pueden ser de poder, deseo, saber, discurso, etc. Lo anterior, puede provocar que las familias se alejen de su estado de equilibrio ya sea por los problemas externos y/o los cambios propios (Gazmuri, 2006).

La estructura familiar ha cambiado con respecto a la forma más tradicional, no sólo en cuanto a funciones sino a composición y rol de los padres. De acuerdo a Planiol y Rupert, en el 2002 mencionan que: “La familia es un sistema autónomo, pero al mismo tiempo, es interdependiente, no tiene la capacidad de auto-abastecerse por sí sola, necesita a la sociedad y ésta a la familia, porque su retroalimentación hace posible su permanencia” (Oliva & Villas, 2014 p.12). Se manifiesta como un subsistema de conducta complejo, porque a pesar de tener independencia mantiene una relación no lineal con la sociedad y es aquí en donde se lleva a cabo el intercambio de valores y actitudes, es por ello que su comportamiento y dinámica son complejos (Gazmuri, 2006).

Existen muchos tipos de familia los cuales representan diversas formas de desarrollarse, cohabitar y relacionarse (Oliva, Villas, 2014). La forma o estructura de la familia va a variar de acuerdo a la sociedad (Gazmuri, 2006). Es necesario comprender los modelos de familia tradicional y actuales para comprender de qué manera los cambios han impactado, Valdivia, en 2008, realiza la descripción que se presenta a continuación.

Modelos tradicionales de familia

- Familia troncal: En la que conviven hasta tres generaciones.
- Familia extendida: Se refiere a la familia formada por el padre, la madre e hijos, con subsistemas completos: conyugal, parental, filial y fraternal.

Modelos actuales de familia de acuerdo con Comisión económica para América Latina y el Caribe.

- **Familia nuclear reducida:** Es aquella familia que tiene una media de 3.3 miembros. Surge del deseo de solamente tener el número de hijos que se pueda atender.
- **Familia y hogares monoparentales:** Es aquel hogar en el que sólo está presente el padre o la madre por diversas causas; muerte, separaciones, hospitalizaciones, encarcelamiento, emigración de algún cónyuge. También puede ser de origen (buscada así desde el inicio), no deseada como violaciones o embarazos accidentales.
- **Las uniones de hecho:** Formada por parejas que viven en común unidos por vínculos afectivos y sexuales, incluye o no la posibilidad de tener hijos sin que el matrimonio sea un requisito. Hay dos tipos, las formadas por dos personas solteras y la cohabitación después de la ruptura matrimonial.
- **Familias de parejas homosexuales:** Se refiere a la unión de dos personas del mismo sexo, que pueden vivir en unión libre o matrimonio con derecho a adopción con las mismas condiciones que las parejas heterosexuales.

- **Familias reconstituidas, polinucleares o mosaico:** Es aquella familia en la que al menos uno de los cónyuges tuvo una unión familiar anterior en la que tuvo hijos.
- **Nuevos modelos:** Tienen su origen en la inseminación artificial y manipulación genética.

En 2010, se reconocen siete tipos de hogares familiares o no, los cuales se describen a continuación.(la referencia va aquí)

- **Nuclear biparental con hijos:** Pareja con hijos.
- **Nuclear sin hijos:** Pareja sin hijos.
- **Nuclear monoparental:** Madre o padre con uno o más hijos o jefe/a con hijos.
- **Extensos:** Padre o madre o ambos con o sin hijos y otros parientes: Padre o madre o ambos con o sin hijos, con o son otros parientes, y otros no parientes.
- **Unipersonales:** Constituido por una sola persona.
- **Corresidentes:** Constituidos por personas no emparentadas con el jefe del hogar.

(Ordaz & Monroy & López, 2010, p.59)

De acuerdo con lo anterior, se hace visible que cada familia tiene una composición y dinámica única. Por lo tanto, cada familia determinará el número de integrantes, según lo desee (Oliva, Villas, p. 12).

Familia contemporánea en México

En México, en la década de 1950 surgió la corriente funcionalista acerca de la familia, dicha corriente marcó una unión entre familia y trabajo vinculado a la modernización de la sociedad. Desde este enfoque, se establece un modelo de familia en el cual el hombre es padre y proveedor mientras que la mujer es madre y ama de casa. Los roles de hombres y mujeres se encuentran claramente definidos y jerarquizados, lo cual marca profundamente la división sexual del trabajo (Ordaz, Monroy, López, 2010).

Desde 1960 se ha visto un crecimiento importante de la población en zonas urbanas debido a la migración, lo cual también trajo consecuencias negativas para las familias como condiciones económicas complicadas y la necesidad de cambiar rápidamente valores y conductas. Por otro lado, la esperanza de vida ha aumentado debido al aumento del poder económico, educativo, así como mayor acceso a servicios, lo cual también representa un reto, ya que hay que cuidar a los adultos mayores, lo cual muchas veces constituye estrés adicional para muchas familias (Valdés, Vera, Urías, 2014)

En cuanto al matrimonio y las relaciones de pareja, desde los años 80's se puede ver un aumento en la edad en la que tanto hombres como mujeres contraen matrimonio, en el 2008 se registró que solamente el 24.7% de las mujeres se casan antes de los 20 años, cifra que continúa en descenso. Otro fenómeno que se ha presentado es que el matrimonio ya no es la única forma de coexistir, también han aumentado las uniones libres. Se ha visto que ha habido una disminución en las

tasas de fecundidad, lo cual ha favorecido que las mujeres se integren al mercado laboral y que ya no sean espacios exclusivos de hombres. Existe una relación directa entre el mayor nivel de educación y la inserción en el Mercado laboral en la decisión de las mujeres de aplazar el inicio de la vida reproductiva o bien, no verlo como su único proyecto de vida (Ordaz, Monroy, López, 2010). Dicho hecho, también ha sido posible gracias al desarrollo de métodos anticonceptivos (Valdés, Vera, Urías, 2014). En la ciudad de México es visible el incremento de parejas jóvenes que postergan o deciden no reproducirse, en su mayoría son personas de clase media y alta con niveles de altos. (Ordaz, Monroy, López, 2010).

La familia mexicana sigue siendo mayormente nuclear, de acuerdo con Ordaz, Monroy, López, en el 2010 “Cabe destacar que pese a su predominio en el país y en la ciudad de México han experimentado una disminución considerable en términos relativos, ya que entre 1990 y 2005 pasaron de 74.5 a 68.9% a nivel nacional y de 68 a 64% en la ciudad de México” (p. 62) Se comienzan a hacer visibles otros tipos de familia como la existencia de hogares extensos y monoparentales (Valdés, Vera, Urías, 2014). Los hogares extensos aumentaron de un 21.6 a 23.9% entre 1990 y 2005, lo anterior podría responder al hecho de que en las familias extensas comúnmente se oculten núcleos familiares secundarios (Ordaz, Monroy, López, 2010).

Las jefaturas de familia femeninas han tenido un importante incremento, a nivel nacional en el año 2005 representaban el 23% de los hogares y el 28.9% en la ciudad de México. La prevalencia responde a disoluciones familiares por diversas causas. Por otro lado, se observa un leve incremento en los hogares monoparentales con jefatura masculina, pasando de 14.4 a 14.6% entre los años de 1990 y 2005 (Ordaz, Monroy, López, 2010). De acuerdo con Oudhof van Berneveld, en 2014, la familia contemporánea muestra diversos cambios, los cuales se resumen a continuación:

1. Existe una transición de la familia extensa a la nuclear, esto como consecuencia de la urbanización, el desarrollo económico y el mayor nivel educativo. En México el 72,1% de las familias son nucleares, el 24.1% extensa y el 3.8% compuesta de acuerdo con datos del INEGI en 2015 mientras que para el 2020 se reporta una disminución de las familias nucleares, siendo, actualmente, 71.1%. (Consejo Nacional de Población, 2020).
2. Cada vez hay menos matrimonios arreglados por los progenitores, estos arreglos normalmente responden a intereses económicos o religiosos. Ya hay mayor capacidad de elección individual de pareja.
3. Se ha reducido el número de hijos.
4. Hay una tendencia clara de aumento en los divorcios.
5. En las sociedades occidentales, ha habido un incremento en el número de familias monoparentales, en México entre 1990 y 2015 ha habido un incremento del 33% de hogares monoparentales en donde la mujer está a cargo (CONAPO, 2009). Mientras que para el 2018 28.5% de hogares son jefaturados por mujeres (Consejo Nacional de Población, 2020).
6. Hay un mayor grado de equilibrio en la distribución del poder por género entre hombres y mujeres, sin embargo, aún no se alcanza la equidad.
7. Existe una transformación de la distribución tradicional de los roles de género. La mujer ya puede alcanzar el nivel educativo que desee e insertarse en el mercado laboral. Sin embargo, constantemente aún mantiene el papel de piedra angular y cuidadora de la familia (González, 2016). Por lo anterior, se esperaba que los hombres participaran en labores domésticas equitativamente, sin embargo, se ha visto que los hombres se comprometen a cuidar a los hijos como parte de las labores domésticas sin embargo las tareas de limpieza siguen siendo actividades casi exclusivas de las mujeres (Ordaz, Monroy, López, 2010).

De acuerdo con Quilodran en el 2003, los cambios que ha experimentado la familia mexicana corresponden a la llamada “segunda transición demográfica” dicha transición consiste en:

1. El debilitamiento del control social que practican sobre la familia otras instituciones.
2. Disminución del control de prácticas sexuales antes del matrimonio
3. Hincapié en valores importantes para la realización personal.
4. Patrones simétricos en la relación de pareja,
5. Los cambios asociados al ciclo vital son menos precisos.

Se han realizado diversas transformaciones relacionadas con el género y los cambios culturales vividos en México, sobretodo en la ciudad de México y se describen a continuación:

1. Incremento en la aceptación de aportaciones económicas de las mujeres en la familia.
2. Inquietud de las mujeres por repartir de manera equitativa el trabajo doméstico con su pareja.
3. Replanteamiento de las formas de ejercer la paternidad, lo cual se ve reflejado como una mayor participación de los hombres en el cuidado de los hijos.
4. Cambios en la manera de ver la autoridad entre los hijos y padres.
5. Cambios en el ciclo vital familiar (Ordaz, Monroy, López, en el 2010, p.74).

Independientemente del tipo de familia que se forme, cada sistema tiene una estructura particular, que, de acuerdo con Minuchin, 1986, es: “El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p.86). Existen elementos que definen la estructura familiar. Minuchin (1974) propone los siguientes:

- 1) **Subsistemas:** La familia cumple con funciones por medio de subsistemas que pueden estar formados por: generación, género, interés, función, entre otras. Cada miembro de la familia pertenece a diferentes subsistemas en los que tienen distintos niveles de poder y desarrolla diferentes habilidades. Los subsistemas que se encuentran son: conyugal, parental, fraterno e individual.

- 2) **Límites:** Constituyen las reglas que propone cada familia y que marcan la manera en la que cada uno de sus miembros participa, además ayudan a diferenciar un sistema o subsistema.
Límites claros - - - - -
Límites difusos
Límites rígidos _____

- 3) **Jerarquías:** Son las posiciones que ocupan los diferentes miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema familiar. Dicha jerarquía marca subordinación o supraordinación de una persona respecto a otra, de la jerarquía también surgen los roles que cada miembro va a cumplir.

- 4) **Alianzas:** Se refiere a la afinidad positiva entre dos miembros del sistema.

- 5) **Coaliciones:** Es una alianza en oposición a otra parte del sistema

- 6) **Triángulos:** Equilibra la relación de varios miembros del sistema que pudieran tener relaciones de conflicto, mediante un tercero la relación se equilibra (1974, p.90).

Construcción de relaciones familiares

Las relaciones familiares crean un ambiente de pertenencia fundamental para el desarrollo de las personas, por lo que, aunque las personas se relacionan a nivel individual con diferentes sistemas, la familia continuará siendo una piedra angular en el crecimiento individual de cada uno de sus miembros (Fruggeri, 2003). Las relaciones familiares se abordan desde una visión sistémica. En 1987 Boissevain menciona que las relaciones familiares se observan “No como la sumatoria de la experiencia individual de sujetos aislados o de colectivos uniformizados, sino como sistemas dinámicos en los que no es posible acceder a la comprensión de un elemento aislado del proceso separándolo del contexto” (Rentería, Lledias, Giraldo, 2008, p.432).

Las familias se transforman de acuerdo con una secuencia de etapas “universales”, estas etapas están marcadas por hechos nodales, no hay un momento específico en el cual se tengan que dar estos cambios y tampoco es seguro que todas las familias los atraviesen, cada familia tiene distintos momentos. Estos hechos nodales, se caracterizan por periodos de *desequilibrio- cambio* y *equilibrio-adaptación*. Dichos cambios producen cambios adaptativos que se relacionan con las variaciones de la composición familiar, lo que requiere reorganización de roles, reglas, límites internos y externos, los cuales, de acuerdo a Ochoa, 1995, se describen a continuación:

- **Contacto:** Las dos personas que conforman la futura pareja se conocen.
- **Establecimiento de la relación:** La relación de pareja se va consolidando y además de crear una serie de expectativas, negocian las pautas de intimidad,

comunicación, placer, displacer y las pautas de manejo y mantenimiento de las diferencias que tienen como individuos.

- **Formación de la relación:** Se adquiere un carácter formal mediante la formalización que puede ser el matrimonio o iniciar un hogar al comenzar a vivir juntos. Las reacciones de las familias al momento de la formalización son importantes ya que impactan fuertemente en el desarrollo futuro de la pareja.
- **Luna de miel:** En esta etapa, se genera un contraste entre las expectativas que tenía la pareja y la realidad de la convivencia. Se hace necesario una división de las funciones que cumplirá cada miembro, así como las pautas de convivencia, intimidad emocional -sexual y se negocian los límites que regularán la relación entre ellos , familia de origen y sociedad.
- **Creación del grupo familiar:** Abarca un gran espacio de tiempo, que inicia con el nacimiento de los hijos y termina cuando estos, se emancipan de los padres. Comprende diversas subetapas:
 - Matrimonio con niños pequeños.
 - Matrimonio con hijos en edad escolar.
 - Matrimonio con hijos adolescentes
 - Matrimonio con hijos jóvenes en edad de emanciparse.
- **Segunda pareja:** Cuando los hijos se emancipan de los padres, ellos retoman la relación como pareja. Durante esta etapa, es común que se enfrenten a la jubilación, separación y muerte de seres queridos. Cuando

existe deterioro físico de ambos miembros de la familia, los roles de cuidado se invierten y son los hijos los que se encargan del cuidado de los padres.

Las familias, van construyendo sus pautas de interacción mediante la comunicación que tengan, de acuerdo con Garibay, 2013, los seres humanos, tienen distintas maneras de comunicarse, las cuales incluyen algunos tipos lógicos que se describen a continuación:

- ***El juego, el no juego, la fantasía, el sacramento y la metáfora:*** Para las personas, el encuadre y el proceso con el que se comprenden los mensajes y acciones son complejos. Es por esto que la postura, gestos, expresión facial y entonación resultan de vital importancia.
- ***El humor:*** Se distingue por una condensación de modos de comunicación de tipo lógico en los mensajes. Por lo que se pueden entender mensajes de manera metafórica y no literal.
- ***Señales identificadoras de los modos:*** Son señales que pueden fingirse como la risa artificial, estados de agrado, hostilidad etc.
- ***El aprendizaje:*** Las personas reciben mensajes y actúan acorde con el mensaje.
- ***Niveles múltiples de aprendizaje y tipificación lógica de señales:*** La capacidad de los individuos para manejar las diferentes señales, es en sí misma una capacidad aprendida.

Por otro lado, Watzlawick, en 1985, menciona que la comunicación humana está compuesta por tres áreas:

- 1) **Sintáctica:** La cual se refiere a la transferencia del mensaje.
- 2) **Semántica:** Se interesa en el significado del mensaje que se envía
- 3) **Pragmática:** Se refiere al impacto que la comunicación tiene sobre la conducta humana.

El área pragmática de la comunicación sirve como base para desarrollar los axiomas de la comunicación que se presentan en la Teoría de la comunicación Humana de Watzlawick, 1985.

- **Axioma 1: *Es imposible no comunicar.*** La interacción con otros individuos envía un mensaje que impacta en la conducta de la otra persona, por lo que la comunicación, verbal y no verbal, será de suma importancia, pues aún en los silencios, siempre se comunica algo.
- **Axioma 2: *Niveles de contenido y relaciones de la comunicación.*** El contenido del mensaje que se transmite es interpretado por el receptor de acuerdo con la relación formada por este y el emisor. La comunicación tiene contenido semántico y de relación.
- **Axioma 3: *La puntuación de la secuencia de hechos.*** La comunicación tiene un flujo de interacción definido por emisor y receptor, es decir, es bidireccional. El flujo de la conversación se va modificando de acuerdo con la respuesta del otro (no hay causa-efecto).

- **Axioma 4: *Comunicación digital y analógica.*** Ambos tipos de comunicación se complementan, la comunicación digital se refiere a la comunicación verbal mientras que la comunicación analógica se refiere a la comunicación no verbal.
- **Axioma 5: *Interacción simétrica y complementaria.*** Trata de llegar a una relación equitativa en donde ambas partes se encuentren cómodas. La interacción simétrica se da cuando el emisor y el receptor mantienen las mismas condiciones mientras que la comunicación complementaria se da por autoridad o jerarquía, durante este tipo de comunicación se puede observar una gran diferencia entre los sujetos (Arango, Rodríguez, Benavides, Ubaque, 2015).

Doble vínculo

De acuerdo con Bateson, 1956, la expresión doble vínculo: “Alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico” (Inmaculada, 1995). Bateson, Haley, Jackson y Weakland establecieron que el doble vínculo se presenta cuando:

- 1) Dos o más personas tienen una relación intensa que tiene gran importancia para la supervivencia ya sea física y/o psicológica de una, varias o todas las personas que participan.
- 2) Cuando el mensaje está hecho de tal manera que: Afirma algo, afirma algo de su propia afirmación, las dos afirmaciones son mutuamente excluyentes y que dado el tipo de relación que hay entre dos personas, se vuelva imposible que alguna de ellas se salga del marco previamente establecido (Vargas, 2004).

Cuando las situaciones de doble vínculo se presentan, la persona que ha padecido la situación no puede elegir entre varias alternativas, ya que la misma condición, los lleva a un punto en el cual no saldrá “victorioso” con ninguna respuesta. Por lo anterior algunas posibles respuestas de la persona son:

- 1) Se vuelve preocupado, sigiloso y desafiante ya que está interesado en demostrar que no es posible engañarle; se describen conductas paranoides.
- 2) Renuncia al intento de discriminar entre los diferentes niveles de mensajes y todos los mensajes son tratados como risibles. Dichas conductas se relacionan con hebefrenia.
- 3) La persona puede intentar apartarse del mundo externo y concentrarse en sus propios procesos, lo que da como resultado retraimiento o comportamientos similares a la catatonia.

La familia y las pautas transaccionales o comunicacionales.

El ser humano es un ser biopsicosocial y, dichos elementos son aportados por la familia de origen “De las relaciones que se establezcan entre las características particulares de la familia y las características particulares del sujeto depende el tipo de individuo que se forme” (Garibay, 2013, p.45). La familia no solamente impacta en la organización de las experiencias de cada miembro, sino que participa en el desarrollo, mantenimiento y modificación del comportamiento. Los individuos van creando ciertas pautas de interacción que determinan lo que es normal y lo que no dentro del sistema. También los individuos van aprendiendo y desarrollando roles dentro de la familia. De acuerdo al rol, la persona cumple con ciertas funciones y ocupa un lugar o espacio simbólico (Garibay, 2013).

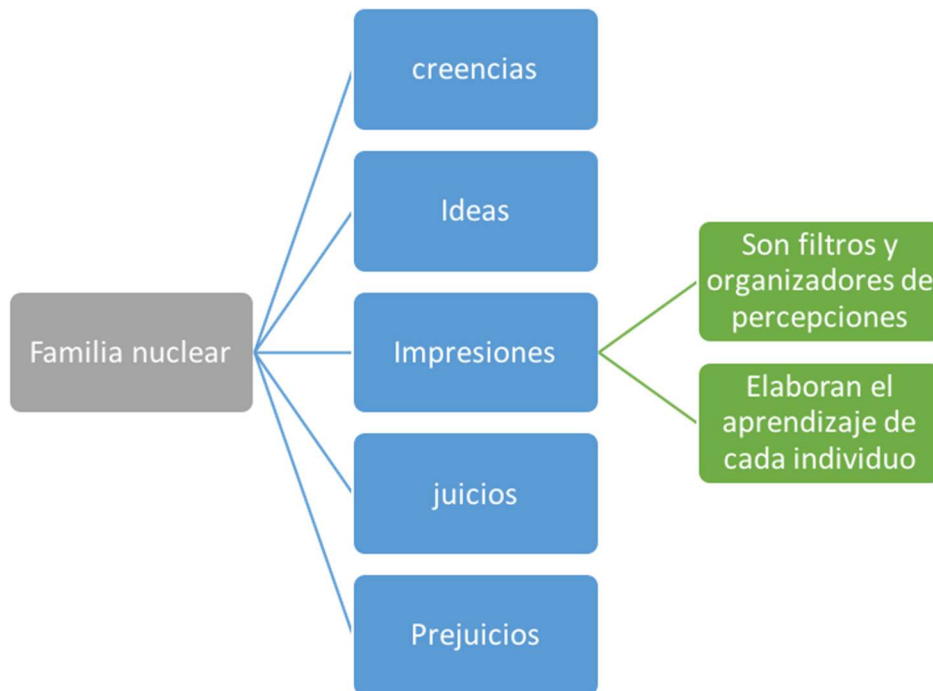
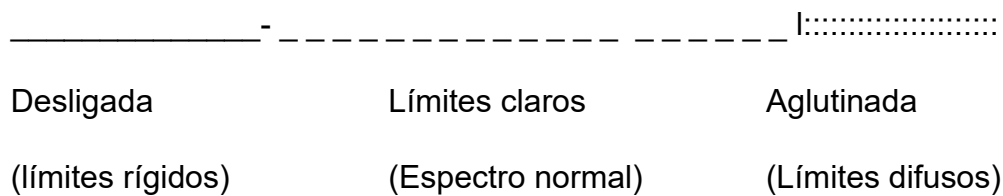


Figura 1. Explicación de los elementos que conforman la comprensión, conducta y actuación de los miembros de la familia de acuerdo a las creencias, ideas, impresiones y juicios de los que es “normal” y lo que no, de acuerdo a lo aprendido en el núcleo familiar. S, Garibay. 2013. Enfoque Sistémico: Una introducción a la terapia familiar. 2 ed. Manual Moderno, p. 90.

Minuchin considera que la familia se relaciona mediante pautas transaccionales, dichas pautas establecen “qué” “cuándo” “cómo” y “con quién” relacionarse al mismo tiempo que van reforzando al sistema. La función de las pautas transaccionales es regular la conducta de los miembros de la familia, dichas pautas se mantienen por sistemas de coacción. En primer lugar, se encuentra un sistema de coacción genérico que involucra normas universales que determinan la constitución de la familia, mientras que el segundo sistema es idiosincrásico, este se encuentra conformado por las expectativas que los individuos de la familia tengan unos de otros.

Los límites, al constituir las reglas que definen la participación de cada uno de los miembros en el sistema, tienen impacto directo en la conducta y permiten conocer el funcionamiento de la familia. Las familias presentan estilos cambiantes de aglutinamiento o desligamiento, lo cual influye en la permeabilidad, comunicación y posibilidades de desarrollo de cada uno de sus miembros (Desatnik, 2004). La claridad de los límites en la familia será un parámetro útil para evaluar su funcionamiento “Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites” (Minuchin, 1986, p.90).



De acuerdo con Umbarger, 1983 el aglutinamiento excesivo provoca:

- Abandono de la autonomía
- Mínima diferenciación entre sus miembros
- Dificultad para la exploración y dominio independiente del problema
- La conducta de un miembro repercute fuertemente sobre otros
- La familia responde a cualquier cambio con rapidez e intensidad.

Excesivo desligamiento provoca:

- Excesivo sentido de independencia
- Pocos sentimientos de lealtad y pertenencia
- Poca disposición para recibir ayuda
- Un alto nivel de estrés a nivel individual podría provocar tanta intensidad que sólo así se podría activar el sistema de apoyo de la familia.
- La familia desligada tiene dificultades para responder cuando es necesario.

Terapia familiar sistémica en el tratamiento de los patrones comunicacionales.

Se puede asegurar que en el año de 1952 nace la idea de la teoría general de los sistemas (TGS) gracias al trabajo de Von Bertalanffy titulado: *Teoría de los sistemas abiertos*, sin embargo hasta que finalizó la segunda guerra mundial, éstas ideas fueron acogidas por la comunidad científica (Garibay, 2013). Por lo tanto, se puede decir que, la Teoría general de los sistemas (TGS) se refiere al trabajo desarrollado por Ludwing von Bertalanffy, Anatol Rappaport, Ralph Gerald, entre otros (Vargas, 2004). Para estos investigadores el problema general de la TGS se resume de la siguiente manera:

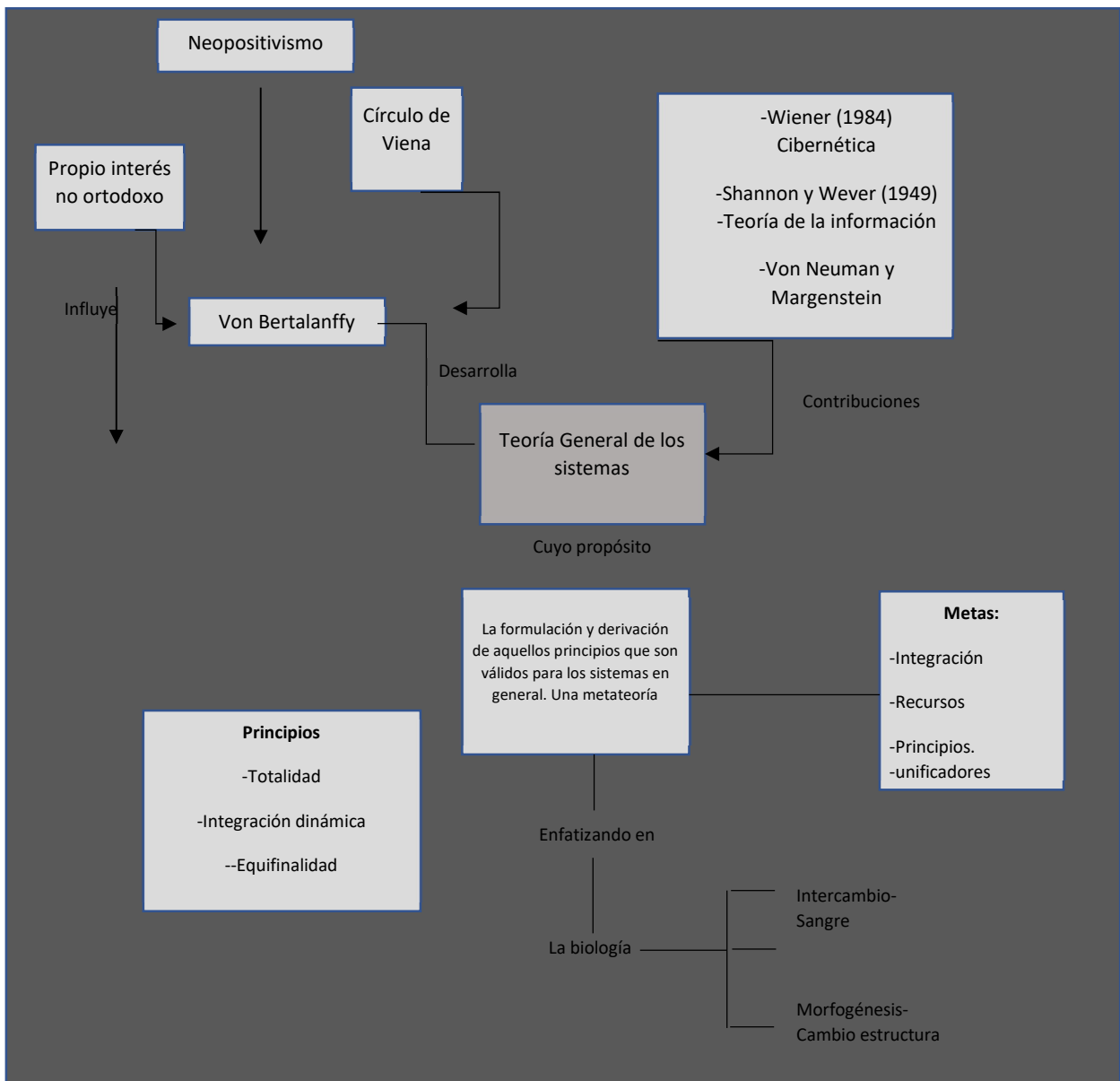


Figura 2. Explicación de como la teoría general de los sistemas busca la formulación y la derivación de los principios que resultan válidos para cualquier sistema, los principios son: totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía negativa y regulación. S, Garibay. 2013. Enfoque Sistémico: Una introducción a la terapia familiar. 2 ed. Manual Moderno, p 25. Se entiende un sistema como: “Una entidad cuya existencia y funciones se mantienen integradas por la interacción de sus partes. Un sistema abierto o vivo es aquel que establece un intercambio en su medio circundante, e importa y exporta materia, energía e información” (Garibay, 2013, p. 27). Mientras que un sistema familiar se puede definir como “Un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo (...) En un sistema familiar podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, , causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación, reglas de relación, ordenación jerárquica y teleología” (Ochoa, 1995, p. 19).

A continuación, se describen, de acuerdo con Ochoa, 1995, las principales propiedades que se observan en el la familia como sistema.

- **Totalidad:** La conducta del sistema familiar no se puede comprender como la suma de las conductas de las personas que lo conforman, es algo de tipo cualitativo que incluye la relación entre sus miembros, por lo tanto, de la evaluación a nivel individual no puede deducirse el funcionamiento del sistema al que pertenecen, se debe obtener información de las interacciones que mantienen.
- **Causalidad circular:** Se compone por las relaciones familiares recíprocas, pautadas y repetidas, lo cual da como resultado secuencias de conductas. Se resume como: la respuesta de A a la conducta del individuo B se convierte en un estímulo para que B dé una respuesta que sirve de estímulo al miembro A.

- **Secuencia sintomática:** Es el encadenamiento de conductas que se forman en torno al síntoma que es regulado por una causalidad circular. Por lo anterior, el interés terapéutico no reside en el “por qué” sino en el “qué”, “dónde” y “cuándo”.
- **Equifinalidad:** Se refiere al hecho de que en una familia se puede alcanzar el mismo estado final, a partir de condiciones iniciales diferentes, por lo que no se puede buscar una causa única al problema.
- **Equicausalidad:** La misma condición inicial, puede dar como resultado estados finales diferentes. Por lo que se debe centrar en el momento presente para conocer los factores que contribuyen a mantener el problema.
- **Limitación:** Cuando existe una determinada secuencia de interacción entre los miembros del sistema, se disminuye la posibilidad de que se emitan respuestas diferentes.
- **Reglas de relación:** Define cuál es la relación que existe entre los miembros de la familia, es decir, la manera en la que se comunican entre sí.
- **Ordenación jerárquica:** Se refiere al dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que tienen y las decisiones que toman, así como la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los otros.
- **Teleología:** El sistema familiar se adapta a las diversas exigencias que se presentan de acuerdo con el ciclo vital familiar, para así asegurar el crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros.

Capítulo II

Ingesta alimentaria

Principios neurofisiológicos de la ingestión de alimentos

Durante muchos años se han tratado de comprender los mecanismos que participan en la ingesta de alimentos, pues va más allá de decidir qué comer. Turó en el año 1921 plantea que “La vida es una transformación continua de materia y esto trae un consumo energético incesante del organismo, por eso necesitamos comer. Eso es la vida reducida a su función fundamental: la nutrición” (Barrios, 2016, p. 47).

La alimentación es el proceso mediante el cual las personas ingieren alimentos que le proporcionan hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Es un proceso complejo que implica diversos mecanismos psicológicos, socioculturales y neurofisiológicos (Carlson, 2010). Al momento que el alimento es percibido por la persona hasta que se produce el acto de ingestión hay una compleja serie de señales sensitivas como el olor, la textura y apariencia que generan señales que se envían por medio de los pares craneales hasta el sistema nervioso central (SNC) lo cual lleva a la persona a colocar el alimento en boca, masticarlo y deglutirlo (Ochoa, 2014).

La cantidad de energía que una persona ingiere es producto de diversas señales hormonales, neuronales, la dieta que consume y el ejercicio que realiza. Lo anterior se ve expresado en señales de hambre, apetito y saciedad. El hambre hace referencia a la necesidad fisiológica de consumir alimentos, generalmente se reconoce por la aparición de ruidos intestinales denominados borborigmos, por otro lado, el apetito hace alusión al deseo de comer que está dado por experiencias previas y sensoriales, es decir, es psicológico y finalmente la saciedad es el freno natural que presenta el sistema digestivo que se expresa como deseo de parar de comer (Carranza, 2016).

Se han realizado diversos estudios para entender los mecanismos neurofisiológicos que participan en la ingesta alimentaria. Se ha identificado que el metabolismo cuenta con dos fases: fase de absorción y fase de ayuno:

- 1) **Fase de absorción:** Dicha fase comienza después de la ingestión de alimentos, se degradan los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se consumieron, por lo tanto, el cuerpo recibe glucosa, aminoácidos y grasas desde los intestinos. Durante esta fase, el nivel de insulina incrementa en sangre, la insulina permite que las células metabolicen la glucosa. Mientras tanto, el hígado y los músculos convierten la glucosa en glucógeno lo cual permite reponer los depósitos de reserva a corto plazo. El exceso de hidratos de carbono y aminoácidos se convierten en grasas las cuales serán almacenadas en las reservas a largo plazo del tejido adiposo (Carlson, 2010).

- 2) **Fase de ayuno:** Baja la actividad del sistema nervioso parasimpático (SNP) y a la vez aumenta la actividad del sistema nervioso simpático. La respuesta automática es que disminuye el nivel de insulina y aumenta el glucagón y las catecolaminas suprarrenales. La respuesta a este mecanismo es que el glucógeno que se encuentra en el hígado se convierta en glucosa y los triglicéridos se conviertan en glicerol y ácidos grasos. En este punto, no hay insulina por lo que, todo el sistema nervioso central (SNC) utiliza la glucosa que se encuentra disponible en la sangre y el resto del organismo se alimenta de ácidos grasos. El hígado convierte el glicerol en glucosa y esta es utilizada por el cerebro (Carlson, 2010).

Por otro lado, tanto el balance como el gasto energético son regulados por señales aferentes y eferentes. En el torrente sanguíneo, circulan hormonas y neurotransmisores que dan la pauta para iniciar o terminar de comer. Dichas pautas

están conformadas por nervios periféricos y centros cerebrales, los cuales se describen brevemente a continuación:

Centros cerebrales involucrados en la conducta ingestiva

Hipotálamo: Se encarga de la regulación de la temperatura del cuerpo, la sed, hambre y el estado de ánimo. Se encarga de la regulación de la ingesta calórica para alcanzar un equilibrio entre la energía que se gasta y la que se consume. La región ventromedial (VMH) es el centro de la saciedad, cuando se estimula el hambre se inhibe y cuando se extirpa el hambre es incontrolable. A su vez, esta zona se conforma por el núcleo ventromedial y el NArq, en esta última se encuentran las señales periféricas que determinan el estado energético y la cantidad de tejido adiposo que tiene el organismo (Carranza, 2016).

Corteza prefrontal (CPF): Es fundamental para las tareas ejecutivas, se sabe que anomalías en la CPF impactan en la toma de decisiones, llevando así a las personas a buscar refuerzos inmediatos contribuyendo en la pérdida de control de la ingesta alimentaria.

Ganglios basales: Dividido en: estriado, globo pálido, sustancia nigra, área tegmental ventral y núcleo subtalámico. Se ha identificado que el pálido ventral medial ejerce una gran influencia en la ingesta de alimentos, participando en la aversión condicionada al sabor.

Núcleo accumbens: Recibe información del tronco cerebral relacionada con el gusto y las funciones viscerales.

Área tegmental ventral: En esta área se encuentran neuronas dopaminérgicas y gabaérgicas. Las primeras impactan en el circuito de recompensas natural del cerebro que regula los efectos recompensantes de la ingestión alimentaria. Mientras que las segundas, son consideradas el circuito recompensante de la conducta alimentaria y por lo tanto un determinante importante del potencial de adicción.

Amígdala: Está interconectada con el hipotálamo, cuerpo estriado y sistema límbico y en conjunto están implicadas en la conducta alimentaria.

Tronco cerebral: La función más importante del tronco cerebral es conectar las vías ascendentes y descendentes tanto sensoriales como motoras entre la médula espinal y las áreas más altas del cerebro. Las neuronas del tronco cerebral tienen un papel muy importante en el control del balance energético al transformar la información del estado energético en 4 niveles diferentes que permiten controlar el equilibrio de la energía (Barrios, 2016).

Una gran variedad de señales conforman el llamado sistema de regulación neuroendocrina de la alimentación, dichas señales se clasifican en dos grupos; 1) señales centrales y periféricas, 2) de acuerdo a su duración en señales de corto y largo plazo y 3) señales moleculares con efectos orexigénicos que actúan en rutas anabólicas o bien con efectos anorexigénicos que actúan en rutas catabólicas.

El sistema anabólico es el encargado de mantener o ganar peso, utilizando mecanismos que inducen el hambre y el apetito, mientras por otro lado, activan inhibidores del gasto energético. Por el contrario, el sistema catabólico es el responsable de mantener o perder peso a través de procesos que aumentan el gasto de energía, al mismo tiempo que reducen la ingesta de alimentos por medio de la activación de mecanismos que producen saciedad (González, 2006).

Se reconocen dos mecanismos principales de regulación energética, durante los cuales actúan diferentes hormonas y enzimas, los cuales se describen a continuación:

Regulación a largo plazo: El balance energético es producto de mecanismos que se encargan de controlar tanto el consumo como el gasto de energía que tiene una persona. Esto da como resultado que el peso corporal se mantiene oscilando en un peso similar durante meses o años. Los participantes de la homeostasis de energía se denominan sustancias orexigénicas y anorexigénicas (Carranza, 2016).

Sistema Anabólico

Neuropéptidos orexigénicos:

- **Neuropéptido Y (NPY):** Se sintetiza en el hipotálamo y alcanza diferentes estructuras, dando como resultado el balance energético. Durante el ayuno los niveles bajos de leptina fomentan el aumento de NPY para estimular la ingesta de alimentos al mismo tiempo que disminuye la cantidad de energía que utiliza el organismo.
- **Proteína Agouti (AgRP):** Esta molécula tiene mayor potencial orexigénico que las demás, se puede observar en dietas ricas en grasas y sacarosa, disminuye la quema de grasa parda dando como resultado, la ganancia de peso.
- **Galanina:** Es un orexigénico que incrementa el consumo de grasas al mismo tiempo que estimula la secreción de hormona liberadora de corticotropina

(CRH) y NPY ambas con efecto anorexigénico. Dicho de otra manera, la galanina favorece la alimentación al buscar balance entre dos mecanismos opuestos.

- **Orexinas A y B (hipocretinas 1 y 2):** Su función principal es estimular el hambre y la secreción de glucagón pancreático disminuyendo la secreción de insulina.
- **Ghrelina:** Se encarga de estimular la ingesta de comida, elevar el peso corporal y disminuir el uso de los lípidos, por otro lado, estimula la secreción de hormona del crecimiento (GH)
(Sánchez 2006)

Sistema Catabólico

Hormonas:

- **Leptina:** Cuenta con ritmo biológico por lo cual durante la noche aumenta su secreción y durante la mañana es mínima. Es el regulador más importante de la conducta alimentaria y el peso corporal. Entre más grasa corporal exista, son más altos los niveles de leptina que circulan.
- **Insulina:** Regula el metabolismo y promueve la formación de tejido graso y estimula la secreción de leptina.
- **PYY:** Se encuentra en el sistema digestivo y promueve la saciedad, su liberación es proporcional al contenido energético de los alimentos ingeridos. Sus principales funciones son: eliminar el apetito y el consumo de alimentos así como disminuir la ganancia de peso.

Neuropéptidos anorexigénicos: Sistema de melanocortinas: Al secretarse tienen un efecto anorexigénico y medían la termogénesis por lo que, favorecen la pérdida de peso.

- **Hormona estimuladora de la corticotropina (CRH) y Urocortina:** Con efectos tanto anorexigénicos como termogénicos disminuyen la ingesta de comida.
- **Citocinas:** Eliminan el hambre y cambian la sensibilidad que tienen los tejidos a la insulina y a la leptina.

(Sánchez, 2006).

Regulación a corto plazo: Existe un aumento de la cantidad de alimentos que se ingieren después de un periodo de ayuno, este es un mecanismo mediante el cual, se regula el aporte energético. A pesar de que desde hace muchos años se conoce que el hambre aparece cuando la glucosa y/o los lípidos disminuyen en sangre y la saciedad cuando se reponen dichos componentes y que esto es regulado por el cerebro y el hígado, actualmente también se sabe que existen péptidos en el tracto gastrointestinal que se encargan de regular el hambre y la saciedad (Carranza, 2016). Alrededor de 10 a 15 minutos antes de comer, participan diversos factores que provocan la ingestión de alimentos, los cuales se detallan a continuación.

Sistema anabólico

Factores neurosensoriales.

Receptores externos: Son receptores sensitivos que se comunican con el medio externo y determinan la elección de alimentos que tomará la persona, cumplen con la función tanto de estimular como de inhibir el consumo.

- **Visión y olor:** De acuerdo al aspecto y aroma que tengan los alimentos se estimula o inhibe el consumo, la persona elegirá los alimentos de acuerdo a aprendizajes y experiencias previas.

Factores Gastrointestinales: La contracción rítmica gástrica es el factor que tiene mayor influencia para la aparición del hambre.

Factores metabólicos: Nivel de glucemia: Hay un descenso en los niveles de glucosa (12% aproximadamente) antes de la aparición del hambre, el cual es ocasionado por un aumento de los niveles de glucosa en sangre.

- **Índice metabólico:** Hay un descenso en la oxidación de hidratos de carbono que se detecta por las células glucosensibles del hipotálamo. Dichas células promueven la ingesta de alimentos y la oxidación de los hidratos de carbono. Al inhibir el metabolismo de glucosa o de lípidos aumenta la hormona concentradora de melanina (MCH), la cual tiene una función orexigénica.
- **Señales moleculares periféricas: Ghrelina:** Es un péptido que se genera en el estómago y estimula el hambre tanto a mediano como a largo plazo.
- **Hormona tiroidea (HT):** Aumentan el metabolismo basal (cantidad mínima de energía que necesita el organismo para funcionar) lo que da paso a un balance energético negativo, dicho balance negativo se encuentra ligado a una disminución de niveles de leptina e insulina en sangre.

- **Glucocorticoides (GC):** Estas hormonas aumentan la ingesta de comida y muestran un efecto contrario a la insulina y leptina sobre los péptidos que se encuentran en el hipotálamo que se identifican como anorexigénicos.

Señales moleculares centrales: Neurotransmisores: Serotonina: Se genera en los caudales del tallo cerebral y tiene efecto anorexigénico sobretodo con alimentos ricos en hidratos de carbono, funcionando así, como regulador del apetito.

- **Noradrenalina (NA):** Estimula el apetito sobretodo de los alimentos ricos en hidratos de carbono.
- **Endocannabinoides:** Se localizan en el hipotálamo y conforman un sistema de receptores que inducen el apetito (Sánchez, 2006).

Sistema Catabólico

Factores gastrointestinales post absortivos: Limitan la porción para el tiempo de comida.

- **Receptores mecánicos:** Dichos receptores se encargan de distender el estómago para provocar saciedad.
- **Receptores químicos:** Son aquellas sustancias que se encuentran en el sistema digestivo y que reaccionan cuando los monosacáridos, aminoácidos etc., tocan la mucosa enviando la señal al hipotálamo para generar saciedad.
- **Concentración de nutrimentos:** Las proteínas generan mayor sensación de

saciedad, principalmente el triptófano que al ser precursor de la serotonina genera saciedad. Por otro lado, los hidratos de carbono generan saciedad a corto plazo mientras que los lípidos o grasas tienen una pobre participación en dicho aspecto.

Factores metabólicos: Índice metabólico: El aumento del uso de glucosa es la pauta que marca la terminación del tiempo de comida.

- **Concentración de metabolitos:** La oleiletanolamida (OEA) envía una señal muy fuerte que elimina el apetito y reduce la motricidad.
- **Señales periféricas:** Se refiere a todas aquellas moléculas presentes en el tracto gastrointestinal y en el hipotálamo y que se encargan de la saciedad.
- **Colestistocinina (CCK):** Se activa ante los productos de grasas, aminoácidos y péptidos provocando contracciones en la vesícula, liberación de enzimas del páncreas, e inhibe parcialmente la motilidad intestinal y el vaciamiento del estómago y se inhibe cuando detecta la presencia de tripsina, quimotripsina y bilis.

Neurofisiología de la anorexia y la obesidad.

Sería muy reduccionista pensar que los seres humanos únicamente respondemos a una serie de reacciones químicas y de acuerdo a ellas actuamos. La esferas psicológica y biológica juegan un papel muy importante en que esto suceda, y cualquier cambio en ellas produce cambios en la neurofisiología, así que a continuación se detallan algunos cambios que ocurren durante la anorexia y obesidad.

La característica que comparten ambos, es que experimentan a nivel fisiológico un nivel importante de malnutrición, entendiéndose esta como el desequilibrio de nutrimentos en el cuerpo, ya sea por deficiencia o por exceso.

Anorexia: El cuerpo experimenta fases de ayuno prolongadas, lo que el cuerpo interpreta como inanición, por lo cual comienzan una serie de reacciones químicas que van encaminadas a mantener a la persona con vida. Por lo que se hace una priorización de funciones y todas las funciones que no sean vitales, pasan a un segundo plano, estas funciones son principalmente la reproducción y el crecimiento.

Sin embargo, estos cambios tendrán repercusiones en el organismo, y se verán reflejadas en diversos aspectos, el primero de ellos es una capacidad limitada de la persona para realizar actividades físicas y mentales de la manera habitual. Metabólicamente las reservas de glucosa, proteínas, vitaminas y minerales se conservarán pero a cambio se estarán utilizando todas las reservas de ácidos grasos. Por lo que habrá cambios a nivel hormonal, el primero es una disminución en la concentración de insulina, las catecolaminas y triyodotironina así como un aumento del glucagón y de la hormona del crecimiento.

Estos cambios explican los signos y síntomas que experimentan las pacientes, como intolerancia al frío, bradicardia etc. (Soto, 2015), sin embargo esto se detallará más adelante.

Obesidad:

Se ha propuesto un sistema de recompensa por el cual la neurofisiología de la alimentación se ve alterada durante la obesidad. Este sistema está compuesto por: hormonas orexígenas, área ventro tegmental (VTA) y núcleo accumbens (NA). El VTA contiene varios receptores de hormonas orexigénicas, las cuales aumentan la

dopamina. Por lo tanto, la activación recurrente del sistema dopaminérgico de recompensa resulta en un proceso en el cual cada vez se necesita más estímulo, en este caso comida para encontrar la misma respuesta, lo que genera una adicción.

Hay alimentos que generan una mayor activación del sistema de recompensa, principalmente los ricos en hidratos de carbono y grasas. Comer se vuelve una solución fácil y eficaz para sentir alivio sin necesidad de realizar procesos psíquicos más complejos. Por lo tanto, mediante psicoterapia se logran establecer conexiones con áreas de simbolización que se encuentran en la corteza cerebral (Cordella, Moore, 2015).

Alimentación y ciclo vital humano: Características psicológicas.

El desarrollo del ciclo vital se refiere a los patrones evolutivos que vive una persona desde el momento de la concepción hasta la muerte, es decir, se produce a lo largo de toda la vida. De acuerdo con Paul Bates (año), es importante que el ciclo vital sea visto como “Duradero, multidimensional, multidireccional, plástico, multidisciplinar y contextual” e implica crecimiento, mantenimiento y regulación (Santrock, 2006). Cada etapa del ciclo vital tiene diferentes características psicológicas, que a su vez tendrán un impacto en la alimentación del ser humano, a continuación se describen de manera breve las características psicológicas más importantes de las primeras 3 etapas de la vida, las cuales son las de interés primordial en esta investigación.

Primer año de vida

- Durante el periodo postparto la madre y el recién nacido atraviesan un periodo muy sensible a nivel emocional, es durante este momento que se crea un vínculo madre-hijo y al mismo tiempo la relación del lactante con el mundo.
- La alimentación por medio de la lactancia materna favorece el contacto y por lo tanto la comunicación entre la madre con su hijo.
- Los lactantes tienen la capacidad de aprender y formar vínculos con las personas que están a su alrededor, así mismo son capaces de comunicarse por medio del lenguaje corporal (Toussaint, 2014). A los 6 meses se inicia con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y/o a los sucedáneos de leche con el fin de fomentar el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante y enseñar a distinguir temperaturas, sabores, colores y texturas, así como contribuir con la formación de hábitos.

Preescolares

- A los 12 meses de edad, el preescolar cuenta con más habilidades motrices gruesas que finas.
- A los dos años de edad utilizan el lenguaje para expresar sus necesidades corporales mientras que las emociones se expresan desbordadas. En cuanto a la motricidad fina, aún es limitada porque falta maduración del SNC.
- A los cuatro años, el niño expresa un equilibrio entre independencia y sociabilidad, le gusta elegir el plato en el que comerá, le gusta ayudar en casa y es capaz de poner la mesa para comer de manera adecuada.

(Rosellón-Soberón, 2014)

Escolares:

- A los seis años el niño considera que es el centro del universo, consideran que hacen todas las cosas de manera adecuada y buscan que los demás hagan las cosas de la misma manera.
- A los 7 años continúa desarrollando consciencia de sí mismo, toma las impresiones de lo que ve y oye y de esta manera va reforzando y construyendo el sentido de sí mismo. Logran colocarse en el lugar de otra persona es por ello que los cuentos y películas les generan mucha emoción.
- A los 8 años el niño piensa que sabe más de lo que en realidad sabe por lo que generalmente se muestra impaciente y busca inmediatez en las acciones. Durante esta etapa continúan con una preferencia por los platillos sencillos (que no combinen muchos ingredientes) y el apetito es mejor.
- A los 9 años es más seguro de sí mismo y es capaz de manejar su independencia.
- Aproximadamente entre los 11 y 12 años comienzan a cuestionar a sus padres, les gusta discutir. Por otro lado, también disfrutan mucho comer, sus gustos ya están mucho más definidos. A nivel emocional pueden ser más volubles y comienza el inicio de la adolescencia.

(Rosellón-Soberón, 2014)

Adolescencia:

- Descubrimiento del “yo” y con ello deseos y miedos.
- Deseo y planeación de un proyecto de vida.

- Viven una crisis de cambio que tiene duración e intensidad variables.
- La sexualidad es importante, el deseo sexual es intenso y se define la preferencia sexual.
- Atraviesan por conflictos tanto intelectuales como morales al enfrentar la teoría con la realidad.
- Se desarrolla la capacidad de abstracción y de conceptualización.
- Existe un sentimiento constante de temor a ser juzgado o rechazado por sus pares, de la misma manera la aceptación es importante.
- Es común alternar entre sentimientos de apatía y pasión.
- Se acepta o se rechaza la imagen corporal, lo que conlleva a la modificación de conductas alimentarias.
- La baja autoestima y la autoimagen negativa aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Chapa, 2014).

Como se observa, durante el crecimiento, los niños y las niñas aprenden diferentes maneras de alimentarse ya sea en la casa o en la escuela y progresivamente se amplía la gama de alimentos que conocen y que consumen. Expresando así su personalidad a través de gustos, preferencias y aversiones. Sin embargo, el adolescente se encuentra frente a una transformación biológica, corporal, psicológica y social (Tarantino, 2016).

De acuerdo con Chiva en 2000, la alimentación ocupa un espacio muy importante a nivel de gustos, de la imagen corporal y la apariencia física así como de la identificación con sus pares. Moscovici en 1961, identifica que comer se construye en relación al sistema de creencias, actitudes, opiniones compartidas en el curso no sólo de la interacción social, sino en determinados contextos y grupos de pertenencia.

En términos de alimentación, los y las adolescentes presentan disyuntivas específicas:

- El requerimiento calórico aumenta, en términos biológicos el adolescente se encuentra en el último brote de crecimiento. Esto se puede ver reflejado con impulsividad ante la ingesta de alimentos, la cual puede ser excesiva y/o desordenada.
- Necesidad de terminar con todo aquello que lo infantiliza. Esto se puede ver reflejado como rechazo hacia los alimentos que fueron consumidos desde la primera infancia, alterar el orden del consumo y romper con los hábitos a la hora de comer.
- Coexistir con la incomodidad de preocupaciones particulares relativas al cuerpo; tamaño de las caderas, piernas, nariz, acné, senos, estatura
- Los adolescentes son particularmente vulnerables a la opinión de los demás sobre su cuerpo y esto genera vivificar la incertidumbre respecto a su imagen corporal (Tarantino, 2016)

Familia y hábitos alimentarios

La conducta alimentaria se refiere al conjunto de acciones que realizan los seres humanos para alimentarse, lo cual, genera una relación entre la persona y los alimentos. Está determinada por la experiencia que el individuo tenga con la comida y por la imitación de los modelos parentales. Lo anterior, implica, tanto las emociones que se generan al comer como las características culturales (Álvarez, 2014). Las experiencias tempranas de los niños con la comida serán de suma importancia para la formación de hábitos individuales, dichas experiencias ocurren generalmente en el contexto familiar (Osorio, Weisstaub, Castillo, 2002). Lo anterior, da paso a la creación de hábitos alimentarios, entendidos como: “Conjunto de acciones asociadas a la manera de alimentarse, que incluye el qué, cómo, por qué, y para que se ingieren ciertos alimentos. Por tanto, comprende la selección,

preparación, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y horarios de la toma de alimentos” (González, 2017). No obstante, “es una conducta compleja mediada por factores externos a la persona y no exclusivamente porque los individuos quieran satisfacer sus necesidades alimentarias y sus requerimientos nutricios” (Saucedo-Molina 2010).

Grivelti y Parghom en 1973 concluyen que: “Los hábitos alimentarios de una familia en un momento dado de su ciclo de vida son el resultado de una construcción social y cultural acordada implícitamente por sus integrantes que, dentro de los límites establecidos por los recursos económicos disponibles y por la disponibilidad de alimentos, busca una combinación entre calidad, cantidad y sabor de alimentos con el propósito de satisfacer las necesidades, preferencias y gustos de los mismos” (García, 2016, p.11). Por lo tanto, no se puede fijar un hábito alimentario como el “ideal” los hábitos siempre deberán de responder a la realidad de la persona o la familia y esto no implica que se deban sacrificar las características nutricionales.

Los padres, influyen directamente a través del modelamiento, en las actitudes y conductas que desarrollan los hijos frente a la comida y al peso. (Guzmán y cols, 2006). También influirá si utilizan modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos (Domínguez-Vásquez, Olivares, Santos, 2008). En sentido situacional, comer en familia, fortalece vínculos familiares, lo que facilita el aprendizaje de patrones conductuales relacionados tanto con la elección de alimentos (Tamarit, 2017) como con la interacción entre los miembros de la familia, lo cual refleja en gran parte, el ambiente y la dinámica familiar que experimenta la persona (Silva-Gutiérrez, 2016).

Por lo tanto, durante la infancia, la familia representará prácticamente todo el entorno social del infante, dicho entorno le dará a la persona, una gran cantidad de información que se utilizará para generar posturas frente a la alimentación, el peso y la apariencia física durante la adolescencia (Álvarez, 2014).

Conductas alimentarias de riesgo

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR), son conductas que pueden determinar la aparición de Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). A pesar de que aún no existe una definición unificada, se sabe que las TCA son aquellas conductas que abarcan diferentes manifestaciones de los trastornos de la conducta alimentaria, con menor intensidad y frecuencia (Díaz, Rivera-Márquez, BJORQUEZ-CHAPELA, UNIKEL-SANTONCINI, 2017). Es decir, son síntomas aislados que no cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria. En un inicio, las conductas alimentarias de riesgo son voluntarias, hasta alcanzar un punto de pérdida de control que da inicio al trastorno (Hernández, s.f.)

El factor que se asocia principalmente a este tipo de conductas es el índice de masa corporal (IMC) e insatisfacción corporal relacionados con un ideal de belleza inspirado en la delgadez (Hernández, s.f.). Cuando las personas asimilan una postura de observadores respecto al propio cuerpo, inicia una automonitorización, misma que genera sentimientos de vergüenza relacionados con el cuerpo y como consecuencia el comienzo de CAR (Díaz, Rivera-Márquez, BJORQUEZ-CHAPELA, UNIKEL-SANTONCINI, 2017).

Las CAR incluyen una gran diversidad de acciones como: atracones o episodios de ingesta excesiva, percepción de pérdida de control al comer, alimentación restrictiva, ayunos, vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y exceso de ejercicio. Las conductas mencionadas anteriormente, se hacen con el fin de disminuir el peso y tener un cuerpo similar al ideal de belleza (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, 2000). Por lo que, se pueden agrupar en 3 categorías principales: conductas restrictivas, purgativas y ejercicio en exceso (Díaz, Rivera-Márquez, BJORQUEZ-CHAPELA, UNIKEL-SANTONCINI, 2017).

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria que se han descrito hasta este momento son:

1. Anorexia nerviosa (AN)
2. Bulimia nerviosa (BN)
3. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) ha descrito los criterios diagnósticos para cada uno de los TCA. A continuación se describen los criterios diagnósticos de AN y BN por ser los de interés para la presente investigación.

A. Anorexia Nerviosa

1. Restricción de la ingesta energética, siendo insuficiente para las necesidades de acuerdo a sexo, edad y actividad física. Lo cual, conduce a un peso por debajo del recomendado .
2. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, incluso estando con un peso significativamente bajo.
3. Alteración de la percepción corporal. Se percibe una figura que no corresponde con la realidad.
 - **Tipo restrictivo:** La pérdida de peso es producto de la restricción en la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo.
 - **Tipo con atracones/purgas:** Si durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido atracones o purgas (vómito autoinducido o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

B. Bulimia nerviosa

1. Episodios recurrentes de atracones

Un episodio de atracón se caracteriza por: Ingestión en corto periodo de tiempo de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas consumieron en un periodo similar. Dicha ingesta está acompañada de una sensación de pérdida de control.

2. Comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso. Estos comportamientos incluyen: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o ejercicio excesivo.

3. Los atracones y los comportamientos compensatorios ocurren al menos una vez a la semana durante los últimos 3 meses.

C. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Aquí se agrupan aquellos síntomas característicos de un TCA que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o cualquier área importante de la vida. Sin embargo no cumplen todos los criterios de anorexia y bulimia debido a la frecuencia con la que se realizan las CAR (American Psychiatric Association, 2014).

Los trastornos de la conducta alimentaria son multifactoriales, están determinados y mantenidos por tres niveles principalmente: Biológico, psicológico y social:

- **Nivel biológico:** Los cambios que ocurren en la adolescencia resultan fundamentales ya que impactan en la imagen del individuo (Pérez, 2014). Por otro lado, se producen diversas alteraciones que son resultado de la malnutrición que experimenta la persona debido a las CAR (Espina, 2009).

- **Nivel psicológico:** Es común que el individuo presente alteraciones de la personalidad junto con una autoimagen y autoestima desvalorizadas así como episodios depresivos. Lo anterior se refuerza con las conductas alimentarias inadecuadas (Espina, 2009). Por otro lado, se han identificado sentimientos de ineficacia personal y gran necesidad de aprobación externa, lo anterior genera confusión para lograr identificar las emociones, pensamientos y sensaciones corporales propias (Pérez, 2014).

- **Nivel social:** En los países occidentalizados, se observa un ideal de belleza que está relacionado con la delgadez, lo cual genera mayor probabilidad de desarrollar un TCA en personas susceptibles (Espina, 2009). Existe una presión constante por alcanzar una figura esbelta acompañada de devoción por la imagen corporal y un desvinculamiento gradual de la comida y la cultura. En las sociedades de occidente, el acceso a los alimentos es casi ilimitado, sin embargo, el éxito social está relacionado con la delgadez y el éxito profesional (Pérez 2014).

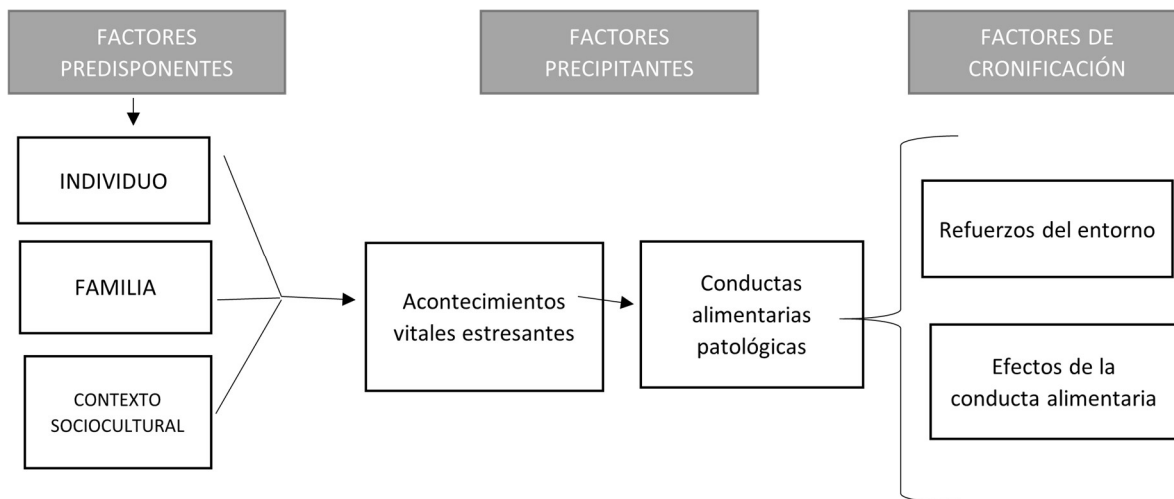


Figura 3. Explicación de los factores predisponentes y precipitantes para que un individuo desarrolle un TCA, de acuerdo con las investigaciones de Garfinkel y Garner en 1982. I, Pérez, 2014. Aproximación sistémica a los trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia.

Dentro de la propuesta, se puede observar como factor predisponente la familia. Aunque no se ha reconocido un tipo de familia, de acuerdo con Pérez, constantemente se observan las características familiares que Minuchin describió en el año 1978, dentro de las que se incluyen: Una historia familiar en la que se observan problemas para enfrentar cambios, fronteras internas e intergeneracionales débiles y escasa distinción y autonomía en los miembros de la familia.

La obesidad como TCA

La obesidad es considerada una enfermedad multifactorial, que se desarrolla por factores genéticos, metabólicos, conductuales y psicológicos. Entre las patologías asociadas con la obesidad se encuentran; enfermedades cardiovasculares (dislipidemias, hipertensión), alteraciones endocrinas (Diabetes

Mellitus Tipo II, pubertad precoz), problemas ortopédicos (lordosis, escoliosis), trastornos pulmonares (apnea del sueño, asma), alteraciones psicosociales (depresión, ansiedad) y gastrointestinales (cálculos biliares, esteatohepatitis) (Pérez-Lizaur, 2014).

La obesidad no es considerada un trastorno psiquiátrico, sin embargo existe una alta prevalencia de psicopatología en pacientes con obesidad en comparación con la población general (Villaseñor, et al.2006).

Mancha, en 2011, encontró que la obesidad se relaciona fuertemente con alteraciones psicológicas y psiquiátricas entre las cuales destacan trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y tendencia suicida (González, 2016). También, se ha encontrado un malestar psicológico constante; aburrimiento, angustia, dificultad para resolver problemas (Villaseñor, 2006). La obesidad está asociada a un incremento de insatisfacción corporal, debido al gran valor que se le ha otorgado a los cuerpos delgados, por lo cual el cuerpo obeso incrementa el riesgo de baja autoestima y autoaceptación, los cuales se encuentran asociados a la posibilidad de recibir rechazo social (González, 2016). Así, encontramos que la obesidad puede ser considerada tanto síntoma como consecuencia. (Villaseñor 2006).

Por otro lado, diversos síntomas que presentan algunas personas con obesidad, se encuentran descritos en el Manual de Diagnóstico y estadístico de trastornos Mentales DSM-V en el apartado “Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado” sin embargo no cumplen con la frecuencia descrita para ser considerado un trastorno. Dentro de los principales síntomas que presentan las personas son: Masticar y escupir la comida antes de tragarla, atracones, conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, enemas y diuréticos. El hecho de que las personas no cumplan con todos los criterios descritos, no resta importancia, pues existe una marcada sobreevaluación de los

alimentos, de la figura corporal, del peso y la imagen además de impactar en la vida diaria. Lo anterior, coincide con un TCA. Los trastornos que se relacionan estrechamente con la obesidad son: Trastorno por atracón y síndrome del comedor nocturno (Errandonea, 2011).

Capítulo III. Implicaciones familiares en el desarrollo de TCA

Interacción familiar y TCA

La hora de la comida, permite ver la interacción social que existe entre los miembros de una familia; lo anterior, da paso a la creación de hábitos alimenticios. Dichos hábitos pueden ser saludables, lo cual previene conductas alimentarias problemáticas, en lo que a malnutrición se refiere. Por el contrario, pueden establecer creencias erróneas o asociaciones de emociones negativas con la comida.

Durante la comida, se puede apreciar la dinámica familiar del sistema (Espina 2009). Las pautas de interacción familiar favorecen o no el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria pero sería muy reduccionista pensar que las conductas problemáticas sólo tienen que ver con los hábitos alimenticios per se. Es por esto que es necesario hablar de la interacción familiar. Jackson, en 1965 menciona “La familia es un sistema interpersonal gobernado por reglas de relación” (p.201). Con esto se intenta hacer énfasis en que no solamente se trata de los miembros que forman parte de la familia, sino que también las relaciones que se forman entre ellos, lo que denominó “*reglas de relación*”. De las relaciones que se establecen, algunas se repiten y se vuelven particularmente estables e importantes a través del tiempo, porque son las que aseguran el equilibrio interno (Onnis, Mulé, Giambratolomei, 2016).

Desde 1974 se han desarrollado modelos sistémicos explicativos de la influencia de la interacción familiar en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, los principales, se presentan a continuación:

Estructural: familia psicopatológica. (Minuchin et al. 1978)

a) Pautas transaccionales características: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos.

b) Involucramiento del niño en el conflicto parental, rodeo, triangulación, coalición estable.

c) Vulnerabilidad fisiológica del niño

Comunicacional (Selvini et al. 1974, 1988)

Características familiares: Problemas de comunicación, los padres no asumen el liderazgo, alianzas y coaliciones negadas, no asumen responsabilidades en la relación, divorcio emocional.

Trangeneracional (White, 1983, 1986)

1. La familia de la anoréxica funciona como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación, destacando las siguientes características: lealtad, la prescripción específica de un rol para la anoréxica, clarividencia.

2. Existen dificultades para la individuación de sus miembros y la solución de problemas (Espina, 2009).

García-Camba en el año 2001, menciona que existen tres dimensiones determinantes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria; sociocultural, individual y familiar. Ésta última involucra una necesidad de relacionarse muy intensa, que sacrifica la identidad individual, lo cual hace imposible que cada miembro de la familia sea diferente o tenga necesidades propias.

Silvia-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) encontraron cinco factores dentro de la interacción familiar que contribuyen al desarrollo de TCA: 1) El aspecto físico y el cuidado del cuerpo son muy importantes, mientras que la obesidad y el sobrepeso no son bien vistos, 2) Existe una presión respecto a la cantidad de comida que se ingiere, lo cual lleva a las personas a comer más o menos, los deseos de la persona no son tomados en cuenta, así como una preocupación excesiva por parte de la madre en las cantidades que ingiere y el propio aspecto físico, 3) Con frecuencia la madre es castigadora y limita la libertad de las hijas de tomar decisiones, 4) El padre puede ser ofensivo y agresivo y 5) Ambiente familiar que involucra frecuentemente peleas con violencia física y/o verbal, educación impositiva con uso de castigo, peleas de los padres frente a los hijos, que frecuente involucran amenaza de divorcio.

Diversos trabajos se han encargado de continuar con la investigación pionera de Minuchin realizada en 1980, con lo cual se han logrado confirmar algunas características de la interacción familiar de pacientes que presentan anorexia o bulimia, las cuales se describen a continuación:

- **Aglutinamiento:** Se refiere a la inclinación de los integrantes de la familia a entrometerse en los pensamientos, afectos y acciones de los demás. Se identifica un cambio de los límites entre las personas y los subsistemas generacionales y por lo tanto hay una confusión de los roles. La autonomía y los espacios individuales son casi inexistentes, Minuchin las describió como “familias de puertas abiertas” haciendo alusión a la falta de límites. Es común encontrar en este tipo de casos discusiones recurrentes acerca de la posibilidad de poder cerrar la puerta del cuarto, lo que para la familia parece imposible de pensar pues hay una premisa de “estar todos juntos y compartirlo tanto” la cual es intransgredible.

- **Hiperprotección:** Se muestra un alto grado de interés entre los miembros, sobretodo con lo que se refiere al bienestar físico. Principalmente, ante la dramaticidad de los síntomas que la paciente muestra, se moviliza toda la familia. Comúnmente es la propia paciente la que da a la enfermedad una función de protección, sobretodo cuando la atmósfera emocional está llena de tensiones amenazantes o dolores difíciles de expresar. Por lo que la enfermedad tiene, circularmente, una función de protección hacia la familia.
- **Evitación del conflicto:** Se muestra como la inclinación de los miembros de la familia a cooperar, con una serie de mecanismos de evitación para encubrir el conflicto, el desacuerdo, de manera que queda invisibilizado y, así nunca estalla abiertamente o no se soluciona. Es común observar que ante la aparición de un conflicto o tensión, el problema se tapa, se niega y se vuelca en las dificultades alimentarias de la paciente.

En ocasiones, se puede observar una mayor expresión de las diferencias y conflictos, sin embargo estas nunca llegan a una resolución ni representan una ventaja de las definiciones de las relaciones sino que se convierten en el centro de tensiones constantes en las que se muestra nuevamente una tendencia de desplazamiento del foco emocional y nuevamente el síntoma de la paciente representa el detonador por medio del cual se modula la interacción familiar.

- **Rigidez:** Consiste en la repetición estereotipada de las mismas reglas de relación, se vuelve problemático aceptar cambios. En estas familias se manifiesta en la imagen. La imagen de la familia unida y amorosa en la que no existen problemas más allá de la anorexia o la bulimia (Onnis, Mulé, Giambartomei, 2015).

Familias generadoras de trastornos alimentarios psicogénicos

Minuchin, plantea que desde el modelo sistémico se pueden identificar cierto tipo de familias que se encuentran fuertemente relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de síndromes psicósomáticos y que juegan un papel importante en la homeostasis familiar

Modelo de sistemas abiertos de enfermedades psicósomáticas

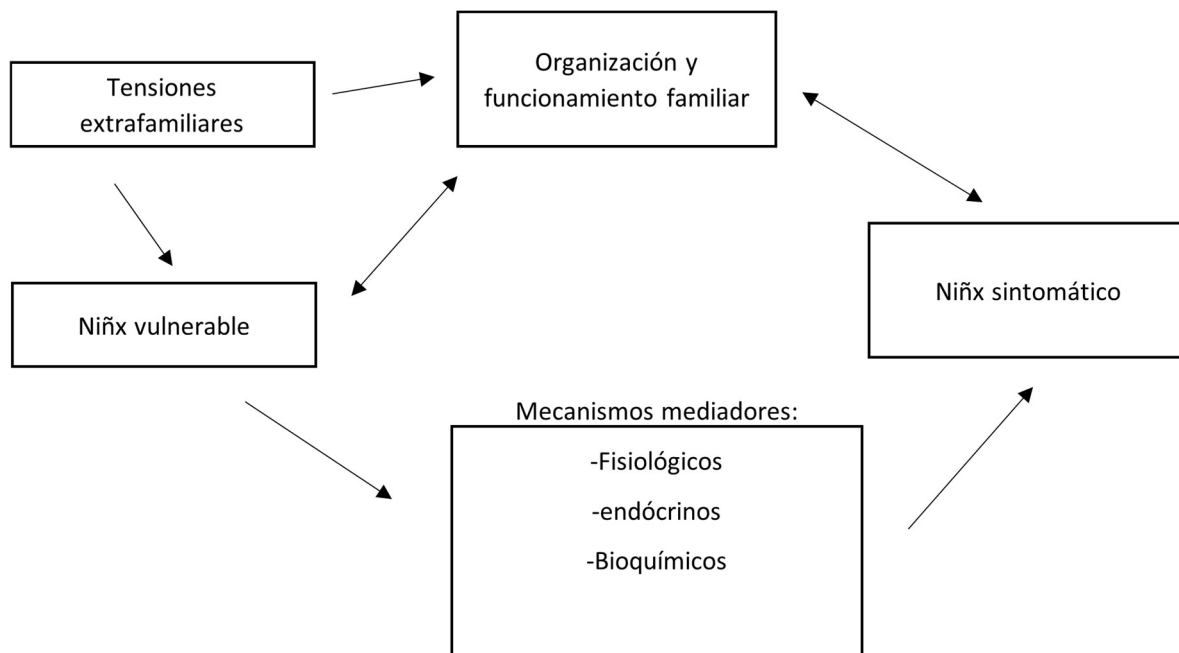


Figura 4. Explicación de los factores que determinan las enfermedades psicósomáticas. Minuchin, S. (1978) Familias y terapia familiar. Editorial Gedisa. P. 20

Como se observa en el modelo, la enfermedad psicósomática no se determina por factores individuales, existe todo un sistema que lo retroalimenta, en el que ciertas características individuales dan paso a cambios en mecanismos mediadores y como resultado se presenta un síntoma que de alguna manera conserva el equilibrio en el sistema familiar y es por ello que se mantiene. (Minuchin, 1978)

Familia y TCA: Características de los miembros.

La investigación realizada por Selvini entre los años 1988 y 1996 con 53 familias, permitió definir algunas características propias de las familias en donde uno de los miembros fue identificado con anorexia.

- 1) **Los padres:** Principalmente vienen de familias numerosas de bajos recursos, en las que en varios casos fueron criados en internados o con familiares por la pérdida temprana de la madre. Se reportaron algunos casos de padres alejados. Se observó que tenían una imagen idealizada de sí mismos y una falta de reconocimiento de la personalidad frágil. *“No pocas veces, con el fin de no ofuscar una imagen materna idealizada, han compensando su dolor infantil haciéndose precozmente eficientes e independientes, negando a su conciencia la intensa necesidad de un sustituto materno afectuoso y disponible”* (Selvini, p. 166). Lo anterior se refleja en el éxito profesional y económico sobre la familia de origen. Se describieron en la mayoría de las familias actitudes machistas, en las cuales se evita tener conversación con la esposa, en ocasiones los reclamos simplemente se dejan pasar en silencio. En otros casos, los padres reaccionan con gritos que cierran la posibilidad de comunicarse.

En los padres que trabajaron en terapia, se observó que era común que buscaran en su cónyuge, una figura materna. Suelen defender su

independencia y tiempo libre con actividades que excluyen a la esposa. En 8 familias los conflictos derivan en maltrato ya sea a la esposa o a los hijos, este tipo de acciones se concretaron en un intento de no mostrarse frágiles. Es importante mencionar que por la época en la que fue el estudio, estos hombres fueron criados durante la segunda guerra mundial, por lo que se aprecian rasgos narcisistas de la personalidad, muy marcados.

- 2) **Las madres:** Se observaron varias características recurrentes en las madres, pero es importante aclarar que durante los años 40s y 60s la educación era sumamente machista, lo cual “condiciona pesadamente a la mujer a someterse a las necesidades del cónyuge y, en general, de la familia, mientras que, por el contrario, condiciona a los hombres a privilegiar su trabajo exterior, subordinando a la esposa y a los hijos a sus exigencias” (p. 172). El grado en el que las madres consideran que es su responsabilidad responder a las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, es muy alta. Parece que no se encuentran en condiciones de encontrar aliados o relaciones igualitarias dentro del sistema o en el exterior, lo que lleva a que se centren en la relación con el cónyuge, aunque secretamente éste está desvalorizado. Normalmente el padre se encuentra lejano o ausente, lo que favorece que los hijos sean criados por las madres: madres estrictas y muy críticas.

Se encontró que estas mujeres antes del matrimonio se habían encontrado en condiciones desfavorables como injusticia financiera respecto a los hermanos y actitudes de discriminación sexual y cuestionamiento de sus capacidades mentales. A pesar de lo anterior, se encontró que se encuentran muy apegadas a las figuras parentales, especialmente a la madre, aunque incluso pudieran tener una relación conflictiva con ella. En resumen, mujeres que se sienten incapaces de exigir cosas en su propio nombre.

Por lo anterior, se pudieron identificar las siguientes características:

- **Con tendencia al sacrificio:** Mujeres muy capaces de hacerse responsables de las necesidades ajenas pero incapaces de hacer algo por ellas. Difícilmente pedirán ayuda, aunque la situación lo amerite. Normalmente trabajan como amas de casa, sin ningún día de descanso para esparcimiento o recreación, mujeres firmes y eficientes pero infelices pues tratar de cumplir con las exigencias autoimpuestas las lleva a tener dificultad para establecer relaciones afectivas.
- **Encajadoras de humillaciones:** Las humillaciones constantes que se recibieron desde la familia de origen, llevan a hacerles sentir más enojo que tristeza, sin embargo, este enojo no es visibilizado y es “tragado” por lo cual tienen rasgos de “tensión encubierta”. A pesar de esto, es común, en la relación de pareja, percibir a las madres de la anoréxica como quejumbrosas, lo cual puede hacer que el esposo quede como víctima, sin embargo no es así, pues es la mujer la que termina “sacrificando” su trabajo o cualquier otra actividad para atender las necesidades del esposo. Por el contrario, los hombres parecen incapaces de hacer esto.
- Sus familias de origen no las protegieron **como personas:** Aunque se cubrieron la mayoría de las necesidades de la infancia, no se cubrió la necesidad de dependencia, por lo que son mujeres muy independientes que aprendieron a bastarse con sus propios recursos para sobrevivir mientras reprimían el enojo para intentar ser aceptadas. La mayoría de estas mujeres no se sentía compenetrada con la madre, pues sentían que existía preferencia en algún otro hermano (1999).

3) **Relación de pareja:** La característica principal de la relación de pareja es la excesiva adecuación de la esposa a las necesidades del cónyuge desde el inicio de la relación. Lo que al principio, da satisfacción pues el hombre encuentra en la pareja la figura materna y la disponibilidad que había anhelado, lo que hace sentir a la esposa halagada, pues como se ha mencionado con su familia de origen ha sido desvalorizada. El trabajo doméstico es llevado a cabo por aquellas mujeres que son muy organizadas por otro lado, aquellas mujeres que fueron valoradas por su imagen buscan durante los primeros años de matrimonio, cualidades positivas en ellas que demuestren que se encuentran “a la altura” para así, recibir a cambio afecto. Por esta razón, se crea un equilibrio bastante rígido de manera que cambios mínimos llegan a perturbar el equilibrio, a lo cual la mujer reacciona entrando en crisis pues sus esfuerzos se vuelven pesados. Por su parte, el hombre, no reacciona con las responsabilidades propias de un adulto y vive con la esposa la crisis, lo cual le reafirma la incapacidad que experimentó en la familia de origen de su propia madre, ahora de la esposa para mantener el bienestar en el hogar.

El nacimiento y los primeros años de la hija que presenta anorexia, coinciden con épocas de crisis, las cuales van escalando y generan recíproca insatisfacción. En este estudio, las parejas no se encontraban separadas, lo cual también habla de que a pesar de existir insatisfacción hay una incapacidad de ruptura.

4) **La paciente en relación con sus padres:** Desde 1988 tras la publicación de “los juegos psicóticos en la familia” se clasificaron las relaciones de la paciente con sus padres como A o B, para notar quién era el vínculo más significativo e identificar alianzas, sin embargo ahora ya se definió que no es una cuestión de alianzas sino de apegos y se clasificó un tercer grupo

llamado C. A continuación se describen brevemente las características principales de estos grupos:

| Anorexia/bulimia | Características |
|------------------|---|
| Grupo A | <ul style="list-style-type: none"> ● Fuertemente relacionada con una implicación con la madre, quien es percibida como débil, deprimida, frustrada, víctima de un padre ausente y que abusa de su poder por medio del control ● Los padres se identifican como figuras parentales y no como pareja. ● Comúnmente la madre y la paciente tienen una relación de intimidad, confianza, y solidaridad en la cual la hija trata de entender los problemas de la relación de pareja así como los estados de ánimo por lo cual se vuelve un apoyo emocional. |
| Grupo B | <ul style="list-style-type: none"> ● Fuertemente relacionado con una implicación con el padre, ya que se siente muy valorada por él como “mujer perfecta” o “su princesa” en comparación con una esposa que es distante, hostil y que incluso puede llegar a insinuar o hacer evidente una infidelidad. ● La hija normalmente frustrada por la madre, sintoniza con el padre para complacerlo y conseguir su aprobación, por lo que desarrollará las competencias que él aprecie. ● Algunas son muy mimadas y aduladas lo cual desarrolla síntomas histriónicos. |

Grupo C

- Son personas que durante la primera infancia fueron cuidadas por personas externas como niñeras o familiares lo cual no favoreció un vínculo de apego parental, en el cual no se encuentra un vínculo de apego que haya sido disfrutado.
- En este tipo, no hay implicación fija ni con el padre ni con la madre, se mantiene con un movimiento “pendular” entre ambos.
- En otros casos, la madre si se hizo cargo pero sin alcance afectivo positivo.
- La característica principal es la soledad o aislamiento emotivo.
- Es común que se ligen con una hermana o hermano mayor o de la misma edad.
- Da origen a historias familiares particulares pues no responde al modelo de “familia aglutinada”

Independientemente del grupo, se encontró que en más de la mitad de los casos, hay una gran distancia con la madre y con el padre, sin embargo con el padre la relación es mejor por la idealización que la hija tiene del padre y es muy raro que esta idealización ocurra con la madre.

- 5) ***Hermanos y hermanas de la paciente con anorexia:*** Es común encontrar que alguno de los hermanos asumió el rol paterno y esto perturba mucho a la paciente. Normalmente hombres que adoptan actitudes machistas, lo que los lleva a tener problemas para entablar relaciones de amistad y de pareja. Esta asistencia, normalmente está direccionada de manera inconsciente a ganar una buena reputación ante la madre. La paciente percibe esto y

empeora el comportamiento sintomático, la cual es alimentado por el enojo que le provoca la aparente atención que recibe.

Por otro lado, las hermanas, asumen una actitud crítica y no compromiso, lo que las arrastra a un bucle de empeoramiento.

6) La paciente con anorexia: Continuando con la investigación de Selvini entre los años 1971-1987 se pudieron observar características repetidas en las chicas que se encontraban en tratamiento, por lo tanto, segmentaron en 4 tipos de personalidad: dependiente, borderline, obsesiva-compulsiva, narcisista.

- **Tipo dependiente:** Aquí predominan las mujeres con un rol sexual infantil, todas con vida social y amistades. Se vio que normalmente responden a una historia tipo A, en ellas hay un apego tanto en la infancia como en la adolescencia a la madre o a figuras maternas de referencia, así que es común observar a una chica muy pasiva, , incapaz de hacerse valer, es una chica “demasiado buena”. Comúnmente el inicio se produce en una edad temprana, utilizando a la alimentación como medio para aliviar los sentimientos de desvalorización, por lo que el ayuno y el control representan independencia, al sentir que tienen el control sobre su cuerpo y decisiones. En este grupo generalmente se encuentran usuarias “no graves”.
- **Tipo borderline:** Se caracterizan por un rol sexual muy seductor, difícilmente aisladas y la mayoría con pareja. Comúnmente la infancia responde a una historia tipo B. Aquí hay personalidades muy dolientes

con rasgos psicóticos. El apego al padre ocurre como respuesta a la necesidad de encontrar un referente afectivo en un mundo de abandono y agresividad. Se encuentran mujeres muy interesadas en el cuerpo y el arreglo y por el otro lado mujeres muy desaliñadas que pareciera que tienen la necesidad de destruir su belleza con conductas autolesivas. El cuerpo es el dueño de la mente, es común encontrar robo, abuso de sustancias y promiscuidad. Pueden tener grandes logros escolares como prueba de su salud mental. Mantienen relaciones afectivas importantes y duraderas tanto con parejas como con amigos. El control de la alimentación se vive como un intento de estabilizar un mundo interior caótico y cambiante, caracterizado por la angustia.

- **Obsesivo compulsivo:** Con un notable control de la alimentación, generalmente aisladas y con una relación de pareja exclusiva. Normalmente, la fase de ayuno genera pensamientos repetitivos acerca de la alimentación como control como el conteo de calorías y un latente miedo a engordar. Normalmente su infancia responde a una personalidad tipo C, en donde no hay un vínculo parental de preferencia. Comúnmente la infancia ha sido muy “mimada” y en la escuela son capaces de alcanzar grandes logros aunque esto no pareciera mejorar su autoestima. Generalmente con ausencia de placer en actividades cotidianas. La dieta normalmente comienza por el deseo de perder peso, el ayuno prolongado no es total pero la ingesta de alimentos está altamente controlada, al grado de poder desarrollar fobia hacia los mismos. Existen momentos de pérdida de control que son vividos por el consumo de alimentos autoprohibidos y raramente atracones, sin embargo estos últimos son vividos como una gran derrota por lo que van seguidos de conductas compensatorias.

- **Tipo narcisista:** Esta es la categoría más hostil y ambivalente. Tienen dificultades para experimentar empatía pues generalmente se muestran egocéntricas e intolerantes tanto a la crítica como al fracaso, les resulta complicado establecer vínculos afectivos. Es común que muestren rasgos paranoides lo que provoca poca interacción con el mundo extrafamiliar. Pueden asumir actitudes de superioridad y menosprecio a los padres. La alimentación es una muestra de “control sobre el control” y las relaciones; normalmente buscan cocinar solas largas preparaciones para los demás. La restricción abre paso a atracones, pero estos no son impulsivos ni descontrolados, mismos que son eliminados con conductas compensatorias. Su historia normalmente responde a un tipo B o C.

Características de la familia: Obesidad

Por otro lado, encontramos que aunque la obesidad no está reconocida como un TCA, sin embargo se ha encontrado que en psicoterapia las personas: “Se quejan de una sensación de pérdida de control ante la ingesta de comida y pueden sentirse embarazosos por lo que están comiendo para luego sentirse disgustados frente a sí mismos, deprimidos y culpabilizados” (p, 133). La etiología de la obesidad es multifactorial y compleja, sin embargo se ha reconocido una “familiaridad” que no sólo se refiere a miembros de la familia con obesidad, sino que también se refiere a un efecto psicopatológico que se transmite entre los individuos y entre generaciones (MEDIFAM, 2002).

En un estudio realizado por Sibel, Quiles, Barris, Bassas y Tomás en 2001, se encontraron las siguientes características en las familias con hijos obesos.

- Las madres reportaron un sentimiento alto de estrés, se detectó ansiedad y depresión, obesidad, hipertensión y apnea Experiencias previas impactantes como muerte prematura de familiares y/o violencia doméstica.
- Los padres presentaron niveles más bajos de ansiedad y depresión, sin embargo reportaron problemas económicos, estrés laboral, y en un porcentaje menor, alcoholismo.
- Se observó que en generaciones anteriores existieron migraciones, muertes, miseria, alcoholismo , marginalidad y trastornos de la conducta alimentaria.
- En la comunicación se observó que las familias son aglutinadas, no se observa una jerarquía clara entre sus miembros, ausencia de autoridad paterna, límites difusos y lenguaje descalificatorio.

Polaridades semánticas

Cada familia va construyendo su propio lenguaje, mismo que, en ocasiones es difícil entender por una tercera persona. Ugazio, mediante un enfoque sistémico-construccionista explica este lenguaje mediante el concepto “polaridades semánticas” que se refiere a que las conversaciones familiares se construyen en polaridades antagonistas como: justo/injusto y cada miembro de la familia toma una posición en la conversación. Cuando existe alguna psicopatología en alguno de los miembros de la familia, la conversación se organiza en torno a cierta semántica

familiar. Para poder comprender dicho concepto, se presentan 3 hipótesis que se resumen a continuación:

- 1) Cada miembro de la familia construye una conversación dentro de una estructura semántica relevante compartida, que generalmente está formada por polaridades semánticas.
- 2) Es imposible no definirse o “com-ponerse” con los demás, respecto a una dimensión semántica relevante en el propio contexto social.
- 3) Cada participante en la conversación, mediante las dimensiones semánticas relevantes incrusta su propia identidad en la de los otros miembros del grupo, garantizando así la intersubjetividad (1998, p. 53)

Semántica familiar de familias generadoras de trastornos alimentarios psicogénicos.

La dimensión semántica de las familias generadoras de trastornos alimentarios psicogénicos (TAP) es la de vencedor/perdedor, esta polaridad no es propia del self, por el contrario, es relacional ya que es el resultado de una confrontación. La lucha por la definición de la relación aparece constantemente, los objetos de disputa no son de contenido, lo realmente importante es quién tiene la supremacía. En estas familias, quien gana lo hace porque tiene voluntad, es decidido, eficiente y es capaz de afirmarse mientras que la persona que pierde lo hace porque es pasiva y tiende a dejar que los demás impongan las reglas de la relación.

Mientras que el circuito recursivo inextricable en la obesidad se distingue por la intransitividad que se crea entre el “adecuarse” y “oponerse” y la conservación de una percepción definida de uno mismo; adecuarse significa ser el individuo pasivo, perdedor y derrotado mientras que el oponerse significa ser activo sin embargo implica ser rechazado, perder la confirmación del otro y por lo tanto perder el

sentimiento de la propia individualidad. Mediante esta dinámica, se teje una compleja construcción de significado que es llamada “Poder semántico”.

La red del poder semántico

Las polaridades semánticas que se describen en el cuadro, independientemente de que sea una cualidad valorada como positiva o negativa, requiere de esfuerzo por parte del individuo. En las familias en las que al menos uno de los miembros tiene anorexia, dichas polaridades se presentan comúnmente en la conversación (2019).

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Valores | |
| ÉXITO | FRACASO |
| PODER | SUMISIÓN |
| DETERMINACIÓN | AQUIESCENCIA |
| Definiciones del yo/otros/relaciones | |
| GANADOR | PERDEDOR |
| excelente | mediocre |
| superior | inferior |
| DETERMINADO | FLEXIBLE |
| eficiente | inepto |
| competitivo | Sin carácter |

| | |
|-------------------------|----------------|
| DOMINANTE | SUMISO |
| asertivo | manso |
| retador | poco exigente |
| JACTANCIOSO | HUMILDE |
| seguro de sí mismo | inseguro |
| doble cara | auténtico |
| BIEN PARECIDO | FEO |
| delgado | obeso |
| Maneras de relacionarse | |
| ADAPTARSE | OPONERSE |
| cometer faltas | soportar |
| COMPETIR | RETIRAR |
| valorar | criticar |
| PELEAR | RENDIRSE |
| confrontar | aliada |
| IMPRESIONAR | MALA IMPRESIÓN |
| proteger | humillar |

| | |
|--------------------------|--------------|
| Sentimientos y emociones | |
| PRESUMIR | VERGÜENZA |
| AUTOEFICACIA | INADECUACIÓN |

The family Semantics Grid. The narrated polarities, Ugazio (2009). p.218

La polaridad ganador/perdedor tiene una particularidad que la distingue de las demás y es que, su contenido es relacional, no puede ser apreciada como un rasgo individual, siempre es el resultado de una comparación. Únicamente se puede ser ganador o perdedor al ser comparado con otra persona. Dicha comparación genera conflicto y canaliza la atención de cada miembro de la familia en los demás en vez de en las propias emociones y deseos. Por otro lado, todos los miembros de la familia son percibidos por los demás por el significado que tienen sus características de competencia y no por las propias habilidades, destrezas y emociones propias. Las familias que pasan los años de infancia con esta polaridad dominando las conversaciones, tienden a tomar decisiones de acuerdo al juicio de los demás porque no aprendieron a comprender sus propias emociones, inclinaciones y talentos (Ugazio, 2019).

La subjetividad compartida está asegurada por la estructura polar de los significados. Ya que en todas las familias, como en cualquier contexto, se pueden leer múltiples polaridades semánticas y por lo tanto, también diversas posiciones que se generan a partir de dichas polaridades. Todos los miembros se posicionan simultáneamente dentro de la dimensión polar, mientras que para mantener la propia identidad, cada miembro se colocará en diferentes puntos dentro de esta

dimensión. Dependiendo de la familia, son las polaridades que resultan relevantes (Ugazio, Negir, Fellin, 2009).

Las áreas semánticas son: valores, definición de uno mismo/otros/relaciones, formas de relacionarse, emociones y sentimientos. Estas áreas nos permiten observar las principales realidades sociales creadas en la conversación de las cuales de acuerdo con Ugazio, las emociones son las fundadoras (Ugazio, Negir, Fellin, 2009). En el caso de los TCA, al predominar la polaridad ganador-perdedor, los problemas de competencia son lo común y guiarán las emociones de esta semántica de poder, mismas que serán moduladas en relación con cada "compañero" en el conflicto competitivo. (Ugazio, 2010).

"Ganar al hambre también puede dar, como de hecho da a las anoréxicas, una sensación de poder" (Ugazio, p44). Esto derivado del hecho de experimentar hacia uno mismo sensaciones de eficiencia y competencia, dando como resultado, confianza en uno mismo. Por otro lado, en los perdedores permanecerá un sentimiento de impotencia e inadecuación. Generalmente experimentan mérito cuando el medio les reconoce su superioridad, mismo que pocas veces ocurrirá en la familia, por lo que normalmente se experimenta pena cuando se perciben como perdedores. La competencia logra desviar la atención de uno mismo, de las propias capacidades y recuerdos. Las familias en donde domina la semántica del poder, son inestables ya que los cambios de posición son mucho más comunes que en otras familias. Encontramos una dinámica caracterizada por hambre de confirmación y que irónicamente, sólo recibe rechazos (Ugazio, 2010). "En estas familias las diferencias se leen como fruto de un poder tendencialmente injusto y arbitrario: pero, sobre todo, las diferencias que regulan las relaciones entre hombre y mujer se conciben como abusivas y, en tales contextos, están de hecho desprovistas de legitimidad. Aquí tiene su origen el rechazo de la identidad sexual (...) Un esqueleto no tiene identidad sexual, pero tampoco está sexuada una masa uniforme de grasa" (Ugazio, p. 29).

Metodología

Diseño

- Se realizó un estudio de caso, en el cual, el eje de análisis es la dinámica familiar de una familia mexicana, centrándose en tópicos basados en el conocimiento de la historia familiar, pautas de interacción y polaridades semánticas que derivadas de esta relación favorecen la aparición de la obesidad y la anorexia. Debido a la naturaleza de la información, el estudio se realizó desde una perspectiva cualitativa. El método biográfico es el eje metodológico, desde el cual se articula la búsqueda de información, basada en la descripción de experiencias y acontecimientos importantes para las entrevistadas en la etapa previa y durante la aparición de la anorexia y la obesidad.
- Se tuvo como principal referente teórico a Valeria Ugazio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se recolectó información teniendo en cuenta a priori, los temas antes mencionados. Los datos se reunieron a partir de los siguientes instrumentos:

- a) Entrevista semiestructurada, basada en un guión desarrollado por la información teórica obtenida de la propuesta de Valeria Ugazio acerca de la configuración familiar de las familias desarrolladoras de trastornos alimentarios psicogénicos.

Muestra

La selección de los sujetos se realizó mediante un muestreo por conveniencia. Los sujetos debieron reunir las siguientes características: Mujeres adultas, mayores de 25 años, pertenecientes a la misma familia nuclear, una de las participantes con

diagnóstico de anorexia y otra con diagnóstico de obesidad. Los criterios de exclusión fueron: no estar relacionadas consanguíneamente una de la otra, incapacidad del habla o negarse a participar.

Preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las pautas de interacción familiar que favorecen la aparición de anorexia y obesidad en al menos dos miembros de la misma familia?
- ¿La polaridad semántica ganador/perdedor se encuentra presente en las familias en las cuales dos de sus miembros se encuentran diagnosticados con algún trastorno alimentario psicogénico?

Objetivo general:

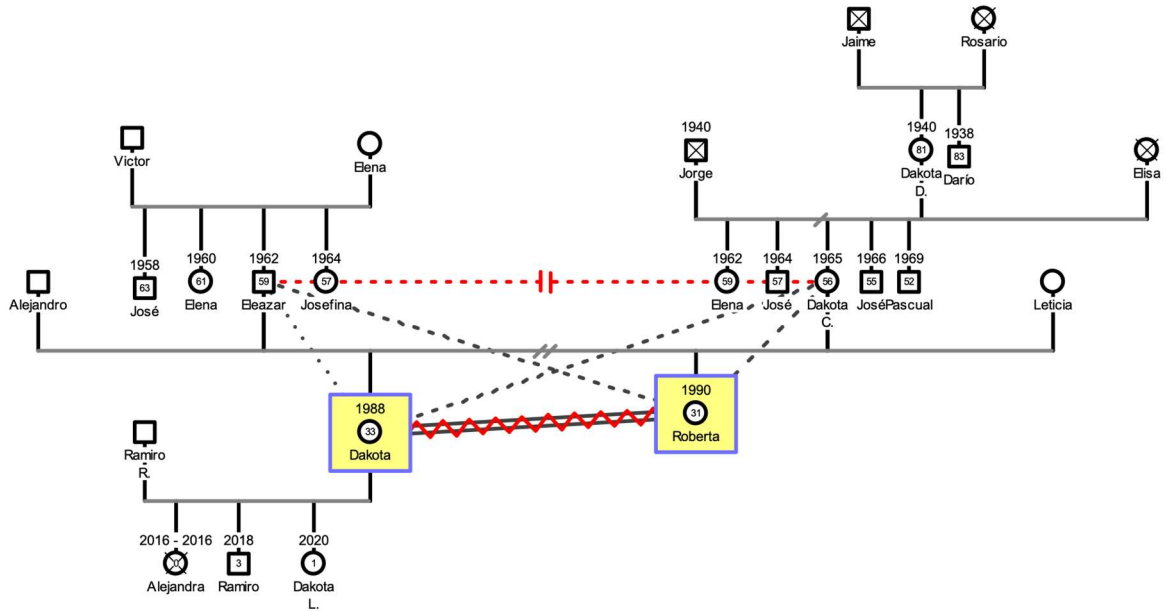
- Identificar la dinámica familiar y su relación con el origen de dos trastornos alimentarios psicogénicos a partir del estudio de un caso de una familia mexicana

Objetivos específicos:

- Identificar las pautas de interacción presentes en las familias generadoras de Trastornos Alimentarios Psicogénicos (TAP)
- Identificar la existencia de la polaridad semántica ganador/perdedor en la familia generadora de Trastornos Alimentarios Psicogénicos (TAP)
- Identificar la existencia del circuito recursivo intrecicable “adecuarse” y “oponerse” en la familia.

Resultados

Familiograma ¹



¹Todos los nombres que se presentan en este apartado, son pseudónimos.

Historia Familiar

El abuelo paterno, Víctor descrito como un hombre muy trabajador, fue lechero y comenzó a crecer hasta lograr consolidar una empresa y así logró comprar varias propiedades, las cuales incluían toda una manzana en la colonia Roma, CDMX. Por su parte, la abuela, Elena provenía de una familia muy adinerada. Víctor y Elena se casan y tienen 4 hijos: José, Elena, Eleazar y Josefina; Eleazar es el padre de Dakota y Roberta.

Refieren que debido al nivel socioeconómico siempre tuvieron muchos privilegios, sin embargo, nadie logró terminar una carrera universitaria y menciona que psicológicamente nadie se encuentre bien: José hace algunos años tuvo una embolia y quedó con problemas en las funciones mentales superiores, mientras que Elena sufre de paranoias y nadie sabe de ella desde hace 18 años, Eleazar tiene diagnóstico de trastorno de la personalidad borde delinde y Josefina, vive con deficiencia intelectual y epilepsia.

Familia materna

La bisabuela, de nombre Rosario, proveniente de familia libanesa es descrita como una mujer muy guapa y obsesiva, quien se enamoró de Jaime, porque tenía los zapatos muy bien amarrados. Ellos tienen dos hijos, Dakota D y Darío.

Dakota D, es descrita como una mujer muy estricta pero muy agradable, quien se casa con Jorge con quien tiene 6 hijos; Sofía, Javier, Dakota C, Jaime, Lourdes y Pascual, todos terminaron una carrera universitaria menos Dakota C, su madre.

Jorge y Dakota D. Tuvieron un matrimonio descrito como amoroso, con mucho respeto. A pesar de que su posición económica no era privilegiada, siempre se administraron muy bien. Sin embargo, se separan, y Jorge, abogado de profesión, comenzó una relación con una alumna de 23 años, con quien decide casarse, pero como Jorge seguía legalmente casado, tuvieron que realizar el trámite fuera de la ciudad, al regresar de la boda, tienen un accidente automovilístico en la carretera y ambos fallecen.

Familia Nuclear: Dakota C. y Eleazar se casan en el año de 1988 tras 11 meses de noviazgo. Eran universitarios, Dakota C. tenía 22 años estudiaba restauración y Eleazar 25 años y estudiaba arquitectura. Dakota C. sentía mucha seguridad de casarse con Eleazar porque éste, tenía una buena posición económica. Ambos dejan de estudiar cuando se encontraban esperando a su primera hija, Dakota. Dos años después del nacimiento de ella, comienzan a tener inestabilidad económica,

Eleazar tomó malas decisiones con respecto a la herencia que le dejó su padre, lo cual hizo que perdiera todo. Como consecuencia comenzaron a tener problemas para pagar la renta y los servicios lo cual hizo que la pareja comenzara a discutir frecuentemente, , sobre todo porque Eleazar no era claro, decía que se pagaban las cosas cuando en realidad no era así. En ese tiempo Dakota C. se entera que está embarazada de Roberta; su madre le insiste mucho en que aborte, pero ella decide llevar a término el embarazo.

En el año de 1997 Eleazar y Dakota C. deciden separarse sentimentalmente, pero siguen viviendo juntos. En el año 2003 es cuando deciden divorciarse y Eleazar desaparece durante 8 meses. Mientras tanto, Dakota C. comienza a trabajar como profesora de religión en un colegio, y al poco tiempo le ofrecen un trabajo de restauradora en provincia, proyecto que era por dos meses, así que ella se muda y Dakota y Roberta se quedan viviendo en casa de su abuela. Su tío Darío, aunque no vivía en la casa, tenía mucho contacto con ellas pues vivía cerca y tenía llaves. Dakota C. las iba a visitar los fines de semana y en ocasiones ellas viajaban a provincia para estar con ella. Al finalizar los 2 meses, le ofrecen a Dakota C. quedarse para un nuevo proyecto, el cual tiene duración de 10 años, motivo por el que les informa a sus hijas que se irán a vivir con ella.

Llegan a vivir a una casa en provincia y comienzan a estudiar la secundaria y la prepa respectivamente. Después de 1 año, Dakota consigue regresar a la ciudad de México a estudiar derecho, vive nuevamente con su abuela, mientras Roberta se queda viviendo con su madre. Dakota C. comienza a conocer gente y logra formalizar una relación. Cuando Roberta termina la preparatoria comienza a estudiar la universidad, pero suspende y regresa a vivir a la ciudad de México con su abuela y su hermana.

Roberta

Familia: Descripción sobre la composición familiar

Roberta, es la segunda hija del matrimonio de Dakota C y Eleazar. Nació en el año de 1991. Durante la infancia, describe que la relación de sus papás era mágica, que todo era muy bonito, al grado que la primera vez que se separan y les dicen que se van de vacaciones a casa de la abuela, ella no nota nada extraño. Menciona que “sus papás le echaron ganas para esconder el problema” Sic. Cuando tenía 13 años es la segunda vez que se separan, considera que en ese momento fue cuando cambió la percepción que tenía de su familia.

Piensa que su mamá es una mujer poco romántica, pues ha mencionado que se casó con su papá porque le urgía salirse de su casa. Mientras que su padre, desde los 11 meses de relación supo que se quería casar con ella. Después del divorcio, cree que su padre quedó devastado y es por eso por lo que desaparece 8 meses. Mientras que su madre *“Empieza a vivir su segunda juventud, bajó de peso un chingo, porque era muy gordita y le subió la autoestima, se empezó a poner nuestra ropa, de mi hermana y mía, así como de...ajá. Y mi hermana y yo éramos gorditas, en esa época las dos éramos bastante chonchitas y mi mamá toda jovial”* Está casi segura de que el divorcio de sus papás se debió a que su mamá engañó a su papá, aunque le ha preguntado en repetidas ocasiones y ella le dice que no.

Siempre ha sentido mayor afinidad con su papá, describe su relación como íntima, aunque considera que es fraternal y no parental. Han tenido sus altas y bajas, uno de los momentos más complicados para ella, fue cuando se quiso ir a vivir con él porque sentía que odiaba a su mamá y él le dijo que ya iba por ella y nunca llegó. Considera que a su papá es una persona que no conoce realmente del todo, porque es muy mitómano, pero cree que eso se debe al trastorno de la personalidad borderline, por lo que le preocupa mucho, ya que no se cuida y se pone en riesgo

constantemente, ejemplifica con que hace un par de años le dio un derrame cerebral, le llamó a ella para que lo llevara al hospital, comenzó a perder la vista de un ojo de camino al hospital y, prendió un cigarro.

Menciona que con ambos padres ha habido una relación de complicidad, aunque con su madre la relación ha sido más fluctuante, ya que ella siempre ha sido muy infantil, se pelea “como niña chiquita” Sic. Cuando tenía 15 años, la odiaba porque a su parecer, se comportaba como quinceañera, y ella pensaba “Wey la quinceañera soy yo, no tú”. Uno de los momentos en los que se encontraron más distanciadas fue cuando Roberta tenía 18 años, y su madre le contó que tenía relaciones sexuales con el que era su amor platónico desde los 15. Le dejó de hablar durante 2 meses. Sentía que se encontraba en constante competencia con ella.

Con su hermana mayor, Dakota, la relación también ha sido muy fluctuante. En la infancia se llevaban muy bien, pero en la adolescencia fue más complicado, tenían épocas en las que se encontraban muy unidas y otras en la que no tanto. Dakota fue la primera en notar el trastorno de su hermana, y empezó a adoptar un rol de madre. Roberta menciona que durante la adolescencia y hasta hace aproximadamente 3 años, la llegó a odiar muchísimo, porque era la mamá “nefasta y castrosa” Sic. Constantemente le cuestionaba si había hecho las tareas, si se había tomado su medicamento, si tenía clase, le recordaba que no debía beber alcohol, etc. Hace aproximadamente 4 años, en un pleito telefónico con su hermana le dijo: *“A ver, ni me coges, ni me mantienes, ni me haces reír, así que no tengo por qué darte explicaciones”* Dakota le dejó de hablar a Roberta durante un tiempo y después de eso fue que la relación empezó a cambiar y que ella regresó a ser su hermana, por lo que ahora tienen una excelente relación. Cuenta que actualmente es cuando mejor se lleva con su familia. Habló con su mamá y le dijo que ya la había entendido y que no podía encasillarla en el papel de madre; así que la veía como una madre, exesposa, esposa, tía, etc. Que simplemente estaba saliendo de una

depresión y recuperando su autoestima cuando ella se encontraba entrando en una depresión y simplemente no se entendían. Ha optado por dejar de ver a sus padres como padres, así siente que no les tiene que “exigir nada” y ha decidido amarlos con todo y los problemas que tienen.

Familia y trastornos psicogénicos

Roberta cuenta que, el trastorno comenzó hace aproximadamente 16 años, por lo que ha tenido tiempo de explorar todas las variaciones, sin embargo, tiene diagnóstico de “anorexia purgativa”.

Piensa que todo comenzó al llegar a provincia, porque la atropellaron y se rompió una pierna, por lo que no fue a la escuela durante dos meses, así que al no tener muchas cosas que hacer, se la pasaba comiendo, motivo por el que aumentó muchísimo de peso, alcanzando un peso aproximado y máximo de 99kg.

Roberta comienza a hacer amigos en la escuela, pero ahí decide adelgazar, pues se sentía muy mal ya que, no le quedaba la ropa. Considera que tenía baja autoestima por su peso, pues su abuela y sus tíos siempre han hecho comentarios muy hirientes con respecto a la obesidad. Recuerda que cuando tenía 8 años le hizo un dibujo a su abuela, era un dibujo de ambas abrazadas y su abuela le dijo: “*¿Esta eres tú? No te pareces, tú estás bien gordita*” Sic. Su tío abuelo, constantemente les decía que “*en los campos de concentración no había gordos*” Sic. O cuando tenía 12 se años se perforó la lengua, por lo que perdió peso y su tío le *dijo que ya no parecía ballena, que se quitara el piercing y él le pagaba otro a ver si bajaba otros 5kg*” Sic. Los comentarios respecto al peso son una cuestión común, no solamente hacia ella sino hacia las mujeres de la familia. También hay comentarios que denotan competencia constante entre su madre y sus tías, su mamá piensa que las tías le tienen envidia porque está delgada.

Así que, decide autoimponerse una dieta sumamente restrictiva, en la cual come muy poco. Refiere que en esta época había actrices demacradas por trastornos de la conducta alimentaria como Lindsay Lohan y las gemelas Olsen, así que era un tema de moda, por lo que, en internet, encontraba información, visitando principalmente la página www.anaymia.com.

Una amiga le da la idea de vomitar lo que come para adelgazar, ella comienza a hacerlo y se da cuenta que es verdad, así que, se va volviendo más estricta en sus porciones, va comiendo cada vez menos, hasta que alcanza a perder muchísimo peso. Menciona que en este tiempo dejó entrar “todo el veneno a su vida al mismo tiempo” Sic. Pues comienza a ingerir alcohol, vomita muchísimo, tiene ideación suicida y se autolesiona. Las autolesiones las utiliza como un recordatorio: “Es mejor ayunar que vomitar, pues vomitar es horrible”

La ideación suicida, autolesión y la bulimia llegaron al mismo tiempo, pues deseaba morir, así que tomaba pastillas para adelgazar pues no le importaba si moría. La autolesión llega como un intento de ver hasta dónde puede llegar, en saber qué tan profundo puede llegar una navaja y cómo podría desangrarse si decidiera suicidarse. Le mostraba a su mamá todo lo que hacía y ella le decía que solamente quería llamar la atención.

A los 17 años llegó el primer intento “por curarse” su madre le dijo que tenía que ir a terapia porque ya se había enterado toda la familia, así que le dan medicamento, pero se la pasaba somnolienta. Refiere que no sucedió nada, pues fue obligada, además la querían internar y ella se rehusó. Poco después, se asustó pues, aunque ya desde los 16 años cursaba con amenorrea, comienza con alopecia, hematemesis y osteopenia. Por lo que decide optar por una dieta vegana. Sin embargo, refiere haber subido de peso, por lo que recayó y volvió a perder el peso ganado.

Al finalizar la preparatoria, Dakota C. mostraba interés por mudarse con su novio, por lo que Roberta se regresa a vivir a CDMX a casa de su abuela en dónde ya se encontraba viviendo su hermana. Su abuela le pagaba la universidad (canto), simultáneo, su tío le pagaba una carrera de arte. En la carrera de canto conoce a Josué, uno de sus profesores, 11 años mayor que ella, quien estaba casado. Roberta lo refiere como su primera relación formal. Menciona que, en este momento, se encontraba muy mal del trastorno. Su abuela decide pagarle el gimnasio con la idea de que coma bien y “desquite” Sic. en el gimnasio y así abandone la obsesión por la comida. Sin embargo, esto no resulta, ya que ella continúa ayunando, tomando únicamente café, teniendo vómitos, y además hace 3 horas de ejercicio al día. Durante este tiempo se quedaba dormida en clase, el entrenador le indicó que dejara de hacer ejercicio cardiovascular, ella no hizo caso a la recomendación y el entrenador dejó de trabajar con ella.

Al no ver resultados, su abuela la corre de la casa utilizando la frase: “*Vete a morir a otro lado*” Sic. Acompañado de esto le retiran el apoyo de pagos para la universidad. Roberta se va 6 meses a vivir con su papá, quién al no tener casa, la invita a vivir a su oficina. Él tenía ahí un cuarto y ella dormía junto al escritorio. Comienza a tener diferentes trabajos, barista, bar tender, modelo. Un día va a una audición para un trabajo de modelo, y resulta ser un table dance. Ella toma el trabajo de stripper, sin embargo, sólo estuvo 3 días, se asustó cuando un hombre le tocó la pierna y ya no regresó. Un día sufre un síncope en el metro, se asusta mucho, así que motivada por el miedo, la inestabilidad del trabajo y su relación con Josué pide ayuda para tratar el trastorno.

Recurre a su madre, quien le dice que se vaya a Provincia, a hacerse estudios, Dakota C. decide hacerse estudios también y resulta que, tiene cáncer de mama. Por este motivo, Roberta se queda a vivir con ella, para acompañarla y cuidarla durante el tratamiento. Al mismo tiempo que le pone un ultimátum a Josué,

se separa de su esposa o terminan la relación. Así abandona la idea de un tratamiento formal para tratar la anorexia.

Cuando falleció la primera hija de Dakota, Roberta llegó al hospital y Dakota le dijo: "Mi hija luchó 5 días por su vida ¿Tú cuándo vas a empezar a hacer algo por la tuya?" Sic. Eso le dolió muchísimo, lo considera de los peores días de su vida. Ahí es cuando decide pedir ayuda, sin embargo, ya no contaba con el apoyo económico de su familia, quienes le dicen que la apoyan pero que vaya al Instituto Nacional de Psiquiatría. Ella va, sin embargo, refiere que recibió una atención deficiente, pues "no le sirvió" Sic. y que le parecía ilógico que le dijeran que no podía caminar porque estaba muy débil cuando ella tenía que viajar de provincia al instituto para sus citas. Al plantear el internamiento, ni ella ni su mamá estuvieron de acuerdo, con las políticas que incluían no poder llevar objetos personales como guitarra, lápices de dibujo y además ser mezclada la población de todos los trastornos. Su tío Darío se encargaba de pagar las consultas, sin embargo, le pedía que las pagara y que con el recibo él le reponía el dinero, pero Roberta insiste en que no tenía para pagar las consultas, le molestaba la desconfianza, así que decide interrumpir el tratamiento.

Habla con su familia y les dice: *"Tengo 3 brazos, mi tercer brazo se llama anorexia, quiero un suéter de 3 mangas, déjenme de chingar. O sea, no me voy a amputar el brazo, quiero un suéter de tres mangas, ya... ¡A la verga wey!"* Sic.

A partir de ese momento, se vuelve un tema del cual ya no se habla, Dakota ha decidido dejar de discutir con su hermana al respecto, el tema no se toca. La última vez que Roberta escuchó a sus padres hablar del trastorno, fue hace un par de años, y se sintió muy mal, pues escuchó que se echaban la culpa uno al otro. Por su parte, Roberta menciona que la culpa no es de sus papás, es de su baja autoestima, misma que la acompaña desde la adolescencia.

Considera que el trastorno ha influido en sus relaciones de pareja, pues su primer novio formal, Josué, aunque no se metía, conocía el trastorno, sabía de los atracones, purgas, vómitos, ayunos etc. Por el contrario, Saúl, con el que vivió dos años, nunca supo del trastorno. Solamente sabía que ayunaba, pero jamás vio un atracón. Tenían pleitos constantes, ella considera que le hacía *gaslighting* utilizando el trastorno como pretexto, de manera que aunque él le fue infiel y rompió muchos de los acuerdos que tenían de pareja, siempre ella terminaba teniendo la culpa. También le resultaba muy incómodo que Saúl le contara a Greta, su madre, que ella tenía amenorrea, pues Greta le hacía comentarios como: “Al cabo tú ni puedes tener hijos”, ella no entiende por qué ella tenía que estar enterada de esas cuestiones.

Contexto social

Desde el nacimiento y hasta los 9 años vivía con su hermana y padres, a partir de esa edad comienzan a vivir todos en casa de su abuela materna. En ésta tenía todos los servicios y comodidades, asistía a una escuela mixta privada en la que no tenía amigos, realmente intentaba aislarse y prefería escuchar música a convivir con su prima que le enseñaba música.

A los 13 años se muda a Provincia, no lo toma mal, pues refiere que “no tenía nada que perder” Sic. Sin embargo, la primera casa en la que viven en provincia se encontraba en las afueras del estado, era bastante precaria, no tenían televisión, teléfono o internet, por lo cual la mayor parte del tiempo se la pasaba sola comiendo. Cuando comienza a ir a la escuela, socializa rápidamente,

Cuando entró a la escuela comenzó a tener muchos amigos, gran parte se debía a que ella siempre hacía fiestas en su casa, pues su mamá nunca estaba y si estaba no había ningún problema, de hecho, recuerda que en muchas ocasiones su mamá la cuidó mientras vomitaba. Cuando regresa a vivir a CDMX continúa con muchos amigos, dice llevarse con personas libanesas, motivo que hace sentir feliz

a su abuela, aunque la abuela no sabe que sus amigos son “las ovejas negras de sus familias” Sic.

Experiencia alimentaria y familia

Considera que en el momento en el que su mamá se desapegó de la casa, ella era la que se encargaba mayormente de cocinar, siempre le he gustado cocinar, de hecho, en las reuniones familiares ella es la que lo hace. Antes del inicio del trastorno, intentaba llevar dietas que, de acuerdo con sus creencias no la llevaran a engordar. Sin embargo, esto fue poco tiempo, porque pronto empezaron los ayunos y los vómitos. Una ocasión que se asustó, comenzó una dieta vegana, pensó que además de ser sano y no llevarla a subir de peso, lograría que su familia no se diera cuenta. Este periodo no duró mucho, pues en cuanto ganó peso, le dio miedo la alimentación vegana y regresó a los ayunos.

Actualmente, no tiene cocina en casa pues prácticamente no come. Por temporadas, selecciona algún alimento que no le de miedo y los denomina “comfort food” así que cuando se siente mal, come eso, hasta que le comienza a dar miedo subir de peso y cambia de alimento. Al momento de la entrevista, su alimentación se basaba en Pepsi light y té chai. Disfruta la sensación de tener el estómago vacío y fumar tabaco le genera mucho placer.

Le gustan los atracones, aunque no tienen una periodicidad fija, son muy variables, le gusta planearlos. Pueden existir semanas en donde el atracón sea diario y semanas en donde sólo ocurran una vez. Se describe a sí misma como una TOC (trastorno obsesivo compulsivo) y dice que cuando está ocupada es cuando menos vomita, porque no tiene tiempo de pensar en eso. De las épocas en las que menos ha vomitado es porque tenía 4 trabajos simultáneamente.

No le gusta que las personas sepan que se da atracones y vomita, le da muchísima pena, por lo que cuando ha vivido con alguna amiga o se va de gira con su banda simplemente ayuna.

Actualmente no se encuentra dispuesta a tener un tratamiento, a menos que fuera algo “mágico” porque no está dispuesta a detener su vida. Así que, si internarse en psiquiatría implica que ella tenga que dejar de trabajar, tocar la guitarra, dibujar, cantar etc, no lo va a hacer.

Considera que sus papás comen muy mal y que no se cuidan y aunque le preocupan mucho, no siente que sea la ideal para criticarlos, porque ella, ni come.

Dakota

Familia: Descripción sobre la composición familiar

Dakota, la primera hija del matrimonio entre Dakota C y Eleazar, nació en el año de 1988, refiere que sus padres se casaron y no terminaron la carrera “por su culpa”. De la infancia recuerda que sus padres tenían una buena relación, no los veía pelear, aunque constantemente notaba que “pasaba algo raro” Sic, después entendió que debía ser muy complicado vivir con problemas económicos derivados de la inestabilidad de su papá, pues considera que es mitómano. Menciona que ella siempre ha sido la consentida de su abuela y que siempre ha sentido que a su hermana la han relegado, piensa que el origen de esta diferencia, es que Roberta nació cuando sus papás se encontraban mal económicamente, no fue planeada y su abuela siempre le sugirió a Dakota C. que practicara un aborto, pero esta se negó. A pesar de haber llevado el embarazo a término, esta actitud ha permanecido.

Dakota refiere que los buenos recuerdos de la infancia se los debe principalmente a su mamá, quién pasaba mucho tiempo con ellas y les ponía actividades recreativas mientras que con Eleazar era con el que hacía “travesuras”. “Por un lado era como el niño para las cosas muy cool, pero también era como el niño berrinchudo” Sic. Aunque le gustaba estar con su padre porque vivía “en un mundo de caramelo y fantasía” Sic., cuando hacía berrinche era muy agresivo, y les

llegaba a pegar. Mientras que con su hermana se llevaba muy bien, jugaban mucho, aunque ella era la hermana mayor y la manipulaba un poco para obtener cosas. Recuerda que, a los 9 años, sus padres les dicen que se van a ir de vacaciones a casa de la abuela, y que muchos años después se enteró que realmente se habían separado.

En el año 2000, a los 12 años, comenzó a sufrir epilepsia por ausencia, motivo por el que comenzó a tomar ácido valproico, el medicamento le traía astenia, letargia y somnolencia. Como consecuencia, su desempeño académico decreció considerablemente, alcanzando promedios máximos de 6.5, a pesar de tomar regularizaciones constantes no lograba mejorar sus calificaciones. En el año 2003, con 15 años, al encontrarse cansada de los efectos adversos del medicamento, le informa a su mamá que dejará de tomarlo, su madre, aunque no está de acuerdo, respeta su decisión. Durante este mismo año, tiene una discusión muy fuerte con su padre, refiere que él le dijo cosas muy hirientes, fue verbalmente muy agresivo, razón por la que ella llorando le preguntó a su mamá que qué hacía con él y es ahí cuando Dakota C. toma la decisión de divorciarse de Eleazar. Considera que el divorcio no fue su culpa, sabe que era el final, pero cree que esa discusión fue el detonante.

A los 16 años, al llegar a provincia, se da cuenta que su mamá ha perdido mucho peso y está viviendo “su segundo aire” tenía citas constantemente y “se desprende de la casa” Sic. En este momento Dakota comienza a tomar más responsabilidad de la casa, y trata de estar pendiente de su hermana, motivo por el cual la relación entre ellas comienza a complicarse, pues menciona que se convierte en la mamá de su hermana y en la hermana mayor de su mamá. Mientras tanto la relación con su padre es intermitente. Se enoja constantemente con él, pues se da cuenta que es muy negligente con la crianza, por ejemplo: Las invitó a pasar navidad con él, sin siquiera tener una casa. Les regaló un nextel para que estuvieran comunicadas pero los dos meses dejó de pagarlo. Fue un año muy complicado,

porque por un lado quería ayudar a su hermana, pues cada vez la veía peor, pero también deseaba regresar a la ciudad, así que trataba de enfocarse en eso. Al regresar a la ciudad de México, vive con su abuela y comienza a estudiar la carrera de derecho, pero al año, se cambia de universidad, mismo cambio es apoyado por su tío abuelo quién la apoya económicamente con la colegiatura.

En el año 2014, Dakota comienza una relación formal con Ramiro R, en 2016 se casan y tienen a su primera hija, Alejandra, quien fallece a los 5 días de nacida por negligencia médica. Dakota habló con su hermana y le hizo saber que significó mucho para ella el hecho de perder a una hija “que estuvo 5 días luchando por su vida” Sic. y lo compara con una hermana que al parecer ha tratado de perder la vida desde hace muchos años. Aquí Roberta inicia el último intento de rehabilitación mismo que Dakota considera que no fue otra cosa que un intento de manipulación para mantener la atención centrada en ella. Durante este tiempo, Dakota y su esposo toman terapia con una tanatóloga para trabajar la pérdida.

A los dos años nace Ramiro y en 2020 nace Dakota L. su tercera hija. Dakota considera que, a raíz de formar su familia, dejó de comportarse como la mamá de su hermana e intentó tener un vínculo fraternal y no parental. Al igual que con sus papás, ha logrado hablar mucho y entender que ambos pasaron por momentos complicados cuando ella era pequeña, por lo que trata de entenderlos y actualmente tiene una muy buena relación con ambos. A la distancia, puede darse cuenta de que, su mamá se encontraba realmente deprimida cuando estaban creciendo y que intentó salir de ahí, motivo por el cual, ahora como madre, no la juzga.

Familia y trastornos psicogénicos

Dakota recuerda que cuando inició con el problema de epilepsia fue cuando comenzó a ganar peso, sin embargo, aunque en casa de su abuela había comentarios frecuentes respecto al peso, para ella no representaba un problema. A los 15 años aproximadamente, entra a un colegio religioso a estudiar la preparatoria,

forma un grupo de cuatro amigas en el cual todas cumplían con estándares de belleza occidentales: Delgadas, con curvas, tez clara, etc. Por lo que decide que “tiene que estar a la altura de sus amigas” y le pide a su mamá que la lleve al nutriólogo. Ella accede, no hay ningún tipo de sorpresa o resistencia para llevarla, recuerda que llevaba una dieta balanceada, va cambiando sus hábitos alimenticios, come mejor y pierde peso. Su tío Darío, la felicita por perder peso, le dice que “por fin está tomando forma humana” Sic. Ella en ese momento, aunque se sintió mal con el comentario, no consideraba que fuera nada malo o mucho menos grave.

Deja de asistir al nutriólogo cuando su mamá se muda de la cdmx, pues era complicado que su abuela llevarla a las citas. Sin embargo, logró mantener ciertos hábitos, pero con el tiempo, comenzó a recuperar peso.

Cuando logró su independencia económica, comenzó a buscar diferentes soluciones para perder peso. Fue pasando por todo tipo de tratamientos para perder peso, en diferentes periodos, pero prácticamente la mayor parte de su edad adulta ha estado en algún proceso nutricional; Dietas cetogénicas, monodietas, dietas copia, utilización de laxantes y pastillas. En dichos tratamientos siempre logró perder peso, sin embargo, después de un tiempo, recuperaba el peso perdido y un poco más, así, constantemente se enfrentaba a un nuevo peso máximo.

Cuando se casa con Ramiro R, ninguno le da mucha prioridad a la alimentación, hasta que su hijo Ramiro cumplió un año y el pediatra les dijo que ya le podían dar de comer lo mismo que a ellos” Sic. Ahí fue cuando se dio cuenta que no le quería dar de comer lo mismo a su hijo. En el año 2017 llega a mi consultorio buscando algo diferente, pues en su último intento había buscado a un médico bariatra que, sin siquiera valorarla, le ofreció hacerle un bypass gástrico. Es aquí cuando se asusta y se da cuenta que está poniéndose en riesgo constantemente con los tratamientos que ha intentado. Iniciamos el proceso de acompañamiento en el cambio de hábitos. Perdió 10kg y es aquí cuando, sin planearlo, se embaraza de

Dakota L., motivo por el cual se suspende el tratamiento de reducción de peso. Se inicia un proceso de acompañamiento durante el embarazo, pues la prioridad era controlar la ganancia de peso para evitar problemas durante la gestación y el parto. Este tratamiento fue interrumpido por la llegada de la pandemia por SARS-COV2.

Acompañado del abandono del tratamiento, la pandemia trajo varios conflictos, pues resultó ser positiva a COVID dos días antes de dar a luz, por este motivo estuvo separada de su hija desde el nacimiento y hasta 15 días de nacida, esto le generó depresión, la cual aunque actualmente está tratando, reconoce que el día de hoy a pesar de saber alimentarse adecuadamente, consume alimentos altos en azúcares e hidratos de carbono y es una manera de “Comerse las emociones” Sic. Pues estar en casa trabajando, cuidando a un niño de 3 años y a una recién nacida mientras su esposo sale a trabajar, no es fácil.

Contexto social

Estudió la primaria y secundaria en una escuela mixta de clase media. A los 14 años se comienza a interesar mucho por la religión, y se integra como catequista en la iglesia, pero debido al consumo de ácido valproico, tenía dificultades de memoria, así que esta es una situación que influye en la decisión de dejar de consumir el medicamento.

En la preparatoria comenzó a asistir a una escuela religiosa de mujeres, en donde crea lazos afectivos estrechos con sus compañeras, principalmente con 4 chicas. En su casa era generalmente el lugar de las reuniones, tanto sociales como escolares, así como el lugar de partida para ir a fiestas.

El cambio de residencia fue muy difícil para ella, porque era muy diferente la vida y además los vínculos con sus amigas y su novio eran muy fuertes (él era su primer relación “formal”). En provincia entró en una preparatoria religiosa y aunque anteriormente estudiaba en una, reconoce que hay diferencias sustanciales, pues sus compañeras le cuestionaban el hecho de querer estudiar derecho pues “era

una carrera de hombres” Sic. Después de un tiempo, logró crear vínculos estrechos con sus compañeras y algunas hasta la fecha son sus amigas.

El tiempo que vivió allá fue un proceso muy complicado, pues la primera casa en la que vivieron estaba a 40 minutos del centro, era una casa que antiguamente había sido un granero, no estaba en condiciones 100% adecuadas para que la habitaran. Por el mismo motivo, no tenían teléfono, televisión ni internet, lo que limitaba la comunicación con sus compañeras de la escuela y con sus amigos y novio de la CDMX. Después de unos meses, el jefe de su mamá va a la casa y al ver las condiciones en las que viven, le ofrece una casa en el centro, con todos los servicios, a partir de ese momento fue más fácil la comunicación.

La mayor parte del tiempo estaban solas, pues Dakota C. estaba trabajando. Ella estaba muy enfocada en estudiar para obtener buenas calificaciones y regresar a vivir a la ciudad y, por otro lado, intentaba ayudar a su hermana, pues veía como iba por malos pasos, se da cuenta que se comienza a cortar, a vomitar, pero su mamá le decía que no se preocupara, que era normal y que ya se le pasaría.

En cuanto a la alimentación, ya tenía nociones para tener una alimentación correcta, sin embargo, sintió que se le delega la responsabilidad de la comida, por lo que siempre recurre a lo más rápido, pues ella estaba ocupada con el objetivo de regresar a cdmx

Experiencia alimentaria y familia

Recuerda que en casa la comida no era algo a lo que se le prestara especial atención. Durante su infancia y cuando vivían en casa de su abuela comían comida casera, pero recuerda que siempre se iba a la escuela sin desayunar. Su lunch era: gansito, frutsi y papas.

Cuando estaba en la preparatoria, vivía muy cerca de algunas de sus amigas, motivo por el que, la mamá de su amiga comienza a llevar a ambas a la escuela y

al darse cuenta de que siempre iba sin desayunar le comienza a llevar el mismo lunch que le daba a su hija “ya algo más en forma” Sic.

Menciona que mientras vivieron en provincia, su madre se encargaba de dejar la despensa hecha, pero ellas tenían que ver qué comían, considera que ella se comenzó a hacer cargo de la alimentación de ella y su hermana. Así que trataba de cocinar cosas fáciles o instantáneas para comer algo simple y ya, por lo cual reconoce que los hábitos fueron pésimos, y se da cuenta pues comienza a ganar peso poco a poco.

Al regresar a la ciudad de México, comía comida casera en casa de su abuela, sin embargo, ella no tenía injerencia en lo que se comía o no. Cuando formó su propia familia, ninguno de los dos le daba importancia a la alimentación y buscaban “salir del paso” Sic. pues trabajaban tiempo completo. Esto, como se mencionó, cambió con el primero cumpleaños de Ramiro. Actualmente, intenta que tanto ella como su familia estén bien alimentados, haciéndose cargo ella de la preparación de los alimentos y buscando formas creativas y divertidas de alimentarse. Se ha dado cuenta que comer sano no tiene por qué representar sufrimiento e incluso disfruta cocinar, aunque de pronto le resulta complicado, siempre trata de buscar la mejor opción.

Análisis de resultados

Se observa una familia que ha atravesado principalmente por tres transformaciones determinantes en su composición; De un hogar nuclear con hijos se transforman en una familia troncal y después en un hogar monoparental. Dichos cambios, podrían considerarse abruptos, los cuales, de acuerdo con Urias probablemente llevaron a experimentar inestabilidad, impactando de diferente

manera a cada miembro, de acuerdo con la etapa del desarrollo en la que se encontraban.

Mientras fueron una familia nuclear con hijos, se observa una familia con roles de género definidos, en el que el padre es proveedor mientras la madre es ama de casa, dichos valores cambiaron durante la primera crisis económica fuerte, cuando Eleazar se declara incapaz de cumplir con las responsabilidades pactadas, lo cual los lleva a vivir como un modelo tradicional de familia, una familia troncal, en donde conviven 3 generaciones y la abuela y el tío abuelo de Dakota y Roberta comienzan a cumplir con funciones de proveedores de la familia al mismo tiempo que adquieren poder y toma de decisiones sobre las niñas, informándoles cómo deben lucir, cómo se deben de comportar. En el sistema parental, se observa que las hijas tienen libertad de decisión sobre cuestiones médicas y escolares. Probablemente la pauta de interacción que más se observa, es el humor.

Este periodo pareciera ser decisivo para el desarrollo de la relación de Dakota y Roberta con la comida. Al comparar la estructura familiar de ese momento con la teoría propuesta por Minuchin de familia psicopatógena, se encuentra una familia aglutinada, en donde los conflictos no se solucionan en nombre de “la protección de las hijas” mientras que se confirma lo propuesto por Selvini de la falta de liderazgo y de responsabilidad de los padres, esta labor la toma la abuela. De las 5 características familiares que propone Silvia-Gutiérrez y Sánchez-Sosa para el desarrollo de la los TCA se encuentran 3;

- 1) Constantemente Dakota y Roberta reciben comentarios en los cuales el peso corporal tiene gran importancia, ser obeso es constantemente señalado y se valora como algo negativo.
- 2) La madre muestra preocupación por el aspecto físico y compite con sus hermanas por ser delgada, lo que lleva a limitar la cantidad de comida que

ingiere, además que el tío abuelo, les llega a “sobornar” para conseguir que ingieran menos comida y así pierdan peso.

- 3) Se observa un padre que puede llegar a ser sumamente ofensivo e hiriente cuando se enoja.

Siguiendo con las características de la interacción familiar que propone Minuchin, además de encontrar una familia aglutinada y la confusión de roles que existe, se puede ver claramente una evitación del conflicto. Cuando Eleazar y Dakota de C, deciden separarse pasan años ocultándolo a las hijas, lo que muestra la capacidad para negar e invisibilizar el conflicto. Finalmente, se encuentra rigidez, la familia trata de mantener la imagen, Dakota y Roberta, fueron reiterativas al mencionar que “Todos se aman y se adoran y se llevan increíble” Sic.

Al mudarse a provincia la familia se vuelve monoparental, y se observa un desligamiento, cada miembro comienza a tener excesiva autonomía, lo que hace que cambie la jerarquía y los roles. Dakota toma el rol de madre de su hermana y de su mamá, convirtiéndose Dakota C en la hija mayor y Roberta en la hija menor. Mientras que Eleazar, ya no tiene injerencia en el sistema, no es proveedor, tampoco tiene poder sobre las decisiones familiares. Ambas hermanas, coinciden en que estos eran y siguen siendo los lugares que ocupan todas en el sistema.

Al comparar las características de los padres con el trabajo que desarrolló Selvini con familias con anorexia encontramos lo siguiente:

El padre viene de una familia de bajos recursos que fue escalando poco a poco, sin embargo, no se observa que se haya superado profesionalmente a la familia de origen. Probablemente, haya encontrado en Dakota C una figura materna, pues si bien, se supone que tenían una división de roles de género tradicional, se puede observar una clara incapacidad de Eleazar para cumplir con estas responsabilidades, actuando constantemente como el hijo de Dakota del C.

En cuanto a la madre, mientras estuvieron casados, se observa a una mujer que cumplió un rol tradicional de ama de casa, en el que probablemente anteponía las necesidades de los demás a las suyas. Esto se puede suponer a partir de las declaraciones de las hijas, en las que afirman que durante esa época su madre tenía un problema de obesidad (a pesar de ser un valor importante en la familia el peso) y que, al ver videos familiares, pueden notar como su madre era muy infeliz y probablemente estaba atravesando por un episodio depresivo. También encontramos a una mujer que deseaba salirse de su casa por el problema de alcoholismo de su padre.

En cuanto a la relación de pareja encontramos una adecuación de Dakota C, hacia su esposo, al fungir como figura materna y dejar de estudiar para cumplir con el rol de madre. Cuando la pareja comienza a experimentar problemas, existe una incapacidad para romper, lo que coincide con el nacimiento de Roberta.

De acuerdo con las características descritas por Minuchin en 1980 de la interacción familiar de pacientes con anorexia y Bulimia encontramos las siguientes:

Aglutinamiento: Existe una confusión de roles, en la que la hermana mayor es la que nota lo que está sucediendo y trata de tomar acciones.

Hiperprotección: Después de que la anorexia queda al descubierto, existe una movilización de la familia en la cual de diferentes maneras intentan encontrar el bienestar físico de Roberta. Dakota por ejemplo, cumple un rol de hipervigilancia hacia su hermana, mientras que su abuela paga el gimnasio y el tío la terapia psicológica. El interés de la madre podría ser, porque al darse cuenta la familia de los problemas existentes se da por entendido que la familia, se encuentra fuera de su equilibrio. La anorexia funciona entre los padres para triangular, constantemente buscan encontrar a un culpable.

Evitación del conflicto: Durante mucho tiempo existió una negación activa de lo que estaba sucediendo en casa, a pesar de que Dakota en repetidas ocasiones le había dicho a su madre, era común escuchar “ya se le va a pasar” “sólo quiere llamar la atención” y se invisibilizaba el conflicto con la intención de que al cabo de un tiempo, desapareciera. Algo similar ocurrió con el divorcio de los padres. Cuando se separan, se lo ocultan durante mucho tiempo a las hijas de tal manera que ella ni se dan cuenta de lo que está ocurriendo.

Rigidez: A pesar de mencionar constantemente que los papás tienen “sus propios problemas”, el único problema que pareciera existir es la anorexia de Roberta, misma que también al día de hoy, se invisibiliza.

Coincide el modelo de sistemas abiertos de enfermedades psicosomáticas con lo descrito durante la entrevista. Se observa que en la organización y funcionamiento familiar tenemos las características descritas de hiperprotección, rigidez, aglutinamiento y evitación del conflicto. Mientras que fuera del núcleo familiar existían muchas exigencias por parte de la familia extendida, lo cual dejó a Roberta vulnerable, misma situación que no solamente reacomoda el funcionamiento y organización familiar, sino que es reforzada por mecanismos fisiológicos, endócrinos y bioquímicos: La pérdida de cabello, presencia de amenorrea, eventualmente una ausencia de las hormonas reguladoras de hambre y saciedad. Este síntoma mantiene el equilibrio familiar de alguna manera, lo mantiene con una hermana que ya tiene sus propios intereses y que busca salir del núcleo familiar, es una manera de mostrar que ahí está y al mismo tiempo, es una manera directa de pedirle a la madre que esté. En varias ocasiones Roberta le dijo a su madre que efectivamente estaba tratando de llamar su atención y al mismo tiempo refuerza la “relación especial con el padre” pues es el único que no habla del tema, lo evita y lo usa como una manera de recriminarle a la madre que hizo mal su trabajo de crianza.

Durante las entrevistas individuales resultó de gran interés que Dakota fue muy precisa y detallista con el contenido de la información referente a la historia familiar, contándolo siempre con muy buen humor, sin embargo, poco contó de su historia de peso. Por otro lado, Roberta, no se detuvo a hablar de la historia familia, ella comenzó a hablar directamente del trastorno.

Roberta

Comienza con conductas alimentarias de riesgo que avanzan paulatinamente hasta que a los 16 años cumple con los criterios diagnósticos para considerarse un trastorno de la conducta alimentaria. El inicio coincide con lo planteado por Hernández; comienza como una conducta voluntaria, en este caso, restringir la cantidad de comida, añadiendo poco a poco conductas como ayuno, uso de laxantes y vómito autoinducido, se podría pensar que la pérdida de control ocurre cuando los vómitos se vuelven involuntarios y el miedo a la comida es totalmente irracional.

Estas conductas iniciaron como un intento de alcanzar un ideal de belleza inspirado en la delgadez, el hecho de tener sobrepeso durante la adolescencia probablemente la hacía sentirse no merecedora de afecto, ya que hay que puntualizar que la delgadez en la familia pareciera ser sinónimo de estar bien, de tomar el control de la vida y de ser merecedor de una pareja sentimental.

De acuerdo con las categorías planteadas por Rivera-Márquez, Biorquez-Chapela y Unikel Santocini se observa que Roberta cursó por las tres categorías en diferentes momentos de su vida. En cuanto al diagnóstico que recibió en el Instituto Nacional de Psiquiatría, se observa que de acuerdo con el DSM-V efectivamente, cumple con todos los criterios diagnósticos para considerarse anorexia purgativa.

A nivel biológico, desde los 16 años se observaron cambios, principalmente la alopecia y la amenorrea como resultado de la malnutrición. A nivel psicológico coincide con lo planteado por Espina y Pérez. De acuerdo con su propia percepción, Roberta tenía una autoestima desvalorizada y una gran necesidad de aprobación externa, en este caso, de sus padres, abuela y tío abuelo. Finalmente, a nivel social, su infancia fue vivida en la ciudad, en donde los ideales de belleza se relacionan fuertemente con la delgadez y se observa en ella una necesidad de éxito social.

Se identifican dos acontecimientos vitales estresantes importantes:

- 1) El divorcio de sus padres, el cual trae como consecuencia una ausencia no intencional de la figura paterna, así como la culpabilización hacia la madre, al pensar que ella fue la culpable de la ruptura por infidelidad.

- 2) La mudanza de la madre a provincia la aleja físicamente, pero también emocionalmente, pues se siente desplazada. Las prioridades de su madre se centran en el autocuidado y en rehacer su vida de pareja, lo cual la lleva a experimentar un abandono pues la jerarquía y los roles dentro de la familia cambian, en ese momento hay un intercambio, su madre se convierte en su hermana y su hermana en su madre.

No existía en casa un orden en los hábitos alimenticios, lo que podría explicar que cuando iniciaron las conductas alimentarias de riesgo Dakota C no se diera cuenta de lo que sucedía. Estas conductas fueron reforzadas por sus amigas de la escuela, quienes le otorgaban valor a estas conductas, pues favorecían el estar delgadas, así mismo, el estallido del uso de internet y el acceso a la información, reforzó pues

ya no sólo tenía acceso a las opiniones, tips e ideas de las amigas, sino a la de muchas personas que se encontraban en su misma situación y entre ellas “se ayudaban” a través del portal anaymia.com.

La hora de la comida parece que nunca tuvo gran relevancia en la vida de Roberta, mientras vivieron con su abuela ella era la que se encargaba de la preparación de los alimentos y existía convivencia. Por lo tanto, también representaba el momento de platicar las cosas más relevantes y era cuando la abuela daba su opinión.

La madre era la que se encargaba de llevarlas a la escuela, y nunca hubo interés particular porque desayunara o llevara alimentos nutritivos para comer, probablemente esto ocurría porque al divorciarse toda la responsabilidad de proveer cuidado, comida, educación, etc. de las niñas recayó en la abuela y en Dakota C. Por lo tanto Dakota C. cumplía una doble jornada.

Cuando se mudan a provincia, los tiempos de comida prácticamente desaparecen, Dakota C se encargaba de proveer los alimentos mientras que las niñas eran las encargadas de su propia alimentación. Roberta considera que ella era la que mayormente cocinaba, lo cual le daba el control de seleccionar los alimentos que se iban a consumir.

Podemos ver una clara coincidencia de la interacción familiar con el modelo de White para el desarrollo de TCA. Durante el relato de Roberta, se observan algunas creencias rígidas como una lealtad implícita hacia la familia, en la cual se toma con mucho humor todo lo sucedido, partiendo de un intento de entendimiento hacia los padres, lo cual mantiene el status de una familiar amorosa. Por otro lado, se observa una falta de individuación, la cual se puede ver en que durante el desarrollo, la madre al tener un rol de hermana, realizaba muchas tareas como presentarles a sus compañeros de trabajo para que convivieran, cuando su crush la invita a tomar un café ella invita a su mamá, en casa se podían hacer fiestas y había consumo de

alcohol, no había problema y la madre incluso le ayudaba a vomitar cuando su nivel de alcoholemia aumentaba. Probablemente el evento más significativo es cuando Dakota C. le cuenta a su hija que tuvo relaciones sexuales con Saúl (el chico que le gustaba a Roberta desde hace años).

Por otro lado, se observa en Roberta, una baja capacidad de resolución de conflictos durante la edad adulta. Por ejemplo, los tratamientos, estudios y vivienda siempre han dependido de alguien más, ya sea de algún tío, de la abuela, pero pocas veces en el relato se encontró una resolución propia. Incluso todos los intentos por tratar la anorexia se han debido a terceras personas. Así también la falta de resolución se observa en los padres, los cuales de alguna manera delegaron a la abuela y al tío la crianza de las hijas.

De acuerdo con la clasificación hecha por Selvini, se puede clasificar la relación de Roberta con sus padres como tipo B, ya que considera que la relación con su padre es especial, tienen más confianza e incluso se confían cosas muy personales. Roberta piensa que, en parte, la separación fue a causa de una infidelidad de la madre, idea que probablemente su padre haya insertado en un intento de justificar el rompimiento. También se pueden observar algunas características tipo C en el cual otras personas se hicieron cargo junto con la madre de la crianza y se observa una adolescencia muy solitaria vivida con una hermana mayor pero de edad muy similar. Aunque, en realidad, con ambos padres existía una distancia grande por diferentes motivos, era más grande con la madre debido a la idealización que tiene Roberta de su padre.

Por otro lado, la relación de Dakota con su hermana Roberta también coincide, pues Dakota asumió el rol materno, en el cual se encontraba al pendiente de Roberta en todos los aspectos: que hiciera la tarea, que comiera bien, que no vomitara etc, pero

al mismo tiempo se encontraba ausente pues estaba enfocada en regresar a la ciudad de México, lo cual pudiera haber reforzado los síntomas de Roberta.

En cuanto a los 4 tipos de personalidad, se observa una personalidad de tipo obsesivo compulsivo en el que existe un gran control de la alimentación, al grado de no tener cocina en el domicilio actual. Existe un miedo muy presente a engordar por lo que las calorías están totalmente controladas y los alimentos están categorizados como permitidos o no permitidos lo que la entrevistada denomina como “comfort food” los cuales son permitidos durante cierto tiempo hasta que se presenta una fobia a ese alimento. En este caso, los atracones si son permitidos, pero son planeados y se eligen los alimentos que se consumen y van seguidos de una conducta compensatoria que genera mucho asco y vergüenza. Dicha conducta no se permite enfrente de más personas, es por eso que se prefiere el ayuno cuando hay gente alrededor. En la escuela siempre hubo logros académicos, aunque estos parecen no tener mucha relevancia.

Dakota

Diversos aspectos confluyen en la historia de peso de Dakota. Aproximadamente a los 12 años, comenzó a ganar peso, en esta edad estaban ocurriendo varias cosas en su vida; en el aspecto biológico, Dakota se encontraba en el último brote de crecimiento, por lo que el requerimiento calórico aumentó, por lo que es totalmente normal el aumento de la ingestión de alimentos, sin embargo, los alimentos que tenía a la mano no siempre eran lo mejor en cuestión de contenido nutrimental. En el aspecto fisiológico estaban ocurriendo los cambios propios de la adolescencia, pero además estaba consumiendo ácido valproico. El consumo de este medicamento resulta de especial interés porque diversos estudios han encontrado una relación directa entre el consumo de ácido valproico en el tratamiento de niños con epilepsia y el desarrollo de obesidad y síndrome metabólico, que aunque no se podría considerar una causa única, podría pensarse que contribuyó a la ganancia de peso.

En el aspecto psicológico, la alimentación per se en la familia no representaba algo importante. Al no existir orden en los hábitos alimenticios ni un acompañamiento de los padres al momento de comer, se favoreció que Dakota siempre comiera lo más rápido posible, sin importar el valor nutricional del mismo. Y aunque cuando estaban en provincia ella ya era consciente de estar “comiendo mal” Sic., realmente no tenía muchas opciones pues su madre proveía los alimentos y ella tenía poco tiempo para cocinar y prácticamente un nulo conocimiento culinario.

La hora de la comida, pareciera no haber tenido gran relevancia en la vida de Dakota. Mientras vivieron con la abuela, comía lo que hubiera, pues “no se iba a poner a exigir” Sic. Aunque considera que en esta época la comida, aunque tal vez no adecuada era bastante balanceada y siempre casera. Cuando llevaba lunch de casa era comida chatarra hasta que la mamá de una de sus compañeras le empieza a mandar lunch, este consistía en sándwich y fruta. A la distancia, agradece y entiende que la mamá de su amiga se daba cuenta que nunca iba desayunada ni llevaba un lunch saludable.

A pesar de que parecía no tener relevancia el momento de comer, era constantemente señalado como un valor importante el hecho de no ganar peso, mantenerse delgada como sinónimo de éxito. Hay que considerar que se encontraba en una edad en la que la adolescente se encuentra muy vulnerable frente a la opinión que tengan los demás respecto a su cuerpo, esto puede generar también cambios en la imagen corporal.

Por otro lado, los dos eventos estresantes en la familia, que probablemente tuvieron mayor relevancia en... fueron:

- 1) El divorcio de sus padres: Mismo que fue vivido como un alivio, pues ella ya cuestionaba por qué su madre continuaba en esa relación, y de manera no intencional ella se considera un detonante del divorcio. Esto se dio cuando enfrentó a la madre. Dakota se fue adecuando, tratando de ser comprensiva con su madre, y el alejamiento físico y emocional lo ve como “justo” pues su madre había pasado malos momentos con su padre. En cuando a la relación con Eleazar, esta se vuelve aún más distante y pierde totalmente cualquier injerencia en su crianza.

- 2) La mudanza a provincia: fue vivida de manera muy intensa por Dakota. Ya que ella se oponía rotundamente, pues al tener su círculo de amigos definido y su primera relación formal en curso, le parece algo injusto. Esta situación si la lleva a convertirse en la madre de su hermana y su mamá pero al mismo tiempo la lleva al desligamiento familiar, al perseguir sus intereses individuales y buscar regresar a la ciudad de México.

Mientras Dakota vivió en casa de su abuela, seguía teniendo una relación parental con su hermana, misma que se intensificó cuando nuevamente vivieron juntas. El momento en el que Dakota se sale de esa conversación familiar es después de la muerte de su primera hija. Es aquí en dónde se da cuenta que, toda la conversación gira en torno a su hermana y ella deja de formar parte e intentar tener una relación con su hermana desde otro lugar, desde lo fraternal, es por eso probablemente, que ahora su relación está “mejor que nunca” Sic. Coincide que cuando Dakota logra de alguna manera salir de la conversación familiar, es cuando también logra resignificar el peso en su vida. Pasa de buscar la pérdida de peso por una cuestión estética a comprender que se alimenta para mantenerse sana, para poder jugar con sus hijos y vivir con calidad de vida.

Por otro lado, se observa que todos los intentos de Dakota por perder peso, siempre se vivieron de alguna manera en solitario, pues ella se tenía que encargar de preparar sus alimentos si deseaba perder peso, a pesar de que la sugerencia se hacía constantemente por parte de la familia y se le alentaba a continuar. En el último intento que tuvo por perder peso, toda la familia fue incluida, con la intención de que todos estuvieran bien alimentados y que Ramiro también aprenda buenos hábitos alimenticios, a lo cual, ella no tuvo acceso. Actualmente, se observa que el estado emocional de Dakota la ha llevado a no lograr llegar aún a un peso saludable. Lo que inició como una depresión causada por otros factores, actualmente ha sido reforzada por el peso, volviéndose así, la obesidad tanto síntoma como consecuencia de la depresión.

Polaridades semánticas

La conversación familiar que se construyó en esta familia, como la plantea Valeria Ugazio se puede describir en polaridades semánticas; la temática se organiza efectivamente como vencedor/perdedor. Cada miembro de la familia define su identidad de manera relacional, es decir, es definida por la relación con los otros. Se observa que ambas hermanas se encuentran constantemente esta narrativa y van brincando entre polaridades, aunque en general mantienen cada una tiene una posición dentro del sistema.

Observamos que Roberta siempre se destacó académicamente, lo cual podría ser una forma de supremacía frente a su hermana, misma que desde los 12 años presentaba dificultades académicas. Ambas hermanas han intentado en diferentes periodos de su vida “ganarle al hambre” sin embargo la única que pareciera haberlo logrado al momento es Roberta. Quien enfatizó que le encanta la sensación de sentir el estómago vacío y disfruta aún más si aparecen borborismos. Esto se podría interpretar como haber vencido al hambre, y por eso es por lo que existe una

sensación de satisfacción y empoderamiento al sentirlo logrado. Mientras que se reafirma la idea subjetiva de que Dakota no puede lograrlo.

Por otro lado, Dakota no lo logró, razón por la que intentó restarle importancia y probablemente destacar por otras características que no tuvieran que ver con el cuerpo. Así que desde los 18 años y en adelante se ha caracterizado por su éxito académico y profesional. Aunque bajar de peso se sigue presentando como un asunto pendiente, ha intentado que su familia resignifique la alimentación, y hoy, reconoce no sólo los problemas de alimentación de su hermana sino también de su mamá. Dándose cuenta, que estará delgada no es sinónimo de estar saludable.

Después del divorcio de Dakota C y Eleazar, ella perdió mucho peso, lo que sus hijas describen “como retomar su vida” “dejar de estar deprimida” debido a que esto ocurre mientras ellas fueron adolescentes, se reafirma la idea de supremacía, de control y de belleza.

Ambas hermanas, fueron reiterativas al mencionar que son obsesivas, probablemente esto sea por experimentar la sensación de mérito mediante el reconocimiento externo, pues en el núcleo familiar no se encuentra. Roberta mencionaba que su abuela siempre tiene un comentario ideal para terminar con cualquier buen momento y aunque ellas se lo toman a broma o con calma, a veces hace comentarios muy fuertes. Esto lo podemos ver en dos ejemplos concretos: Menciona que recientemente le platicó a su abuela acerca de un chico con el que sale, y al enterarse que es medianamente famoso, le dijo: “uy no, no te va a hacer caso” Sic. También refiere que cuando nació su primera sobrina, la abuela en el hospital le preguntó a su hermana si “no se suponía que ya le habían sacado al bebé” Sic. en lo que podemos ver no sólo una invisibilización del suceso de ser madre sino una reafirmación en la importancia del cuerpo y la delgadez como símbolo de poder.

En cuanto al circuito recursivo intrecicable de la obesidad de adecuarse y oponerse, se puede ver muy clara la conversación en la familia. Roberta cargaba con las etiquetas de ser: Rebelde, “emo”, querer llamar la atención, estar pasando por una etapa. Mientras que Dakota era la hija responsable, que tomaba las responsabilidades que sus padres no cumplían y que, por lo tanto, tenía una mejor relación con la madre.

Si consideramos que la semántica de las familias generadoras de TAP, esto correspondería a la polaridad “perdedor” ya que pierde la capacidad de mantenerse en un peso adecuado que la haga “lucir bien”. Por otro lado, el bajo rendimiento académico, nuevamente la pone en la posición de perder lo cual podría generar vergüenza. En cuanto al circuito intrecicable adecuarse/oponerse. Se observa una Dakota que generalmente se adecúa, aunque no esté de acuerdo con lo que está pasando, se adapta y trata de sacar lo mejor de ello.

Por otro lado, la madre se encuentra en el sistema fraternal, es considerada por ambas hijas como “la hermana menor” que logró “ganarle al hambre” y estar constantemente en competencia con las hijas, sobretodo con Roberta, la cual al darse cuenta de esto aumentaba conductas de riesgo como lesionarse, tal vez en un intento de pedirle a su madre que se volviera madre, sin embargo esto solamente iba escalando. Probablemente uno de los momentos claves para observar esta competencia, fue cuando Dakota C, tuvo relaciones sexuales con el amor platónico de Roberta.

Discusión y Conclusiones

Se observa una diferencia abismal entre lo que se piensa de la anorexia y lo que se piensa de la obesidad a pesar de ambas ser condiciones que ponen en peligro la vida. Esto se ve reflejado en diferentes momentos, una monodieta (el consumo de un solo alimento) para la persona con obesidad no es mal vista, al contrario, se le celebra y se le incentiva a continuar por ese camino mientras que el consumo de un solo alimento en una persona con anorexia, causa terror, es criticado y se busca cambiar, es decir, se ve como un problema. Lo mismo sucede con el uso de laxantes o pastillas para perder peso, pues se considera que la persona anorexia ya no lo requiere pues ya es delgada, mientras que la persona con obesidad, necesita perder peso para alcanzar ese ideal de belleza occidental y la felicidad.

Se necesitan nuevas ideas para abordar los trastornos psicogénicos de manera clara, no solamente se necesita un equipo interdisciplinario sino también propuestas diferentes. Actualmente los profesionistas de salud, podemos contribuir enormemente al desarrollo de trastorno de la conducta alimentaria, sobre todo los nutriólogos pues existe una demanda del medio, de inmediatez. Desde hace muchos años, han tenido gran popularidad las conocidas como “dietas de moda” entre las cuales podemos encontrar: dieta cetogénica, ayuno intermitente, detox, paleolítica, entre otras. Dichas dietas, en ocasiones son sustentadas con investigaciones que muestran las ventajas a nivel fisiológico, sin embargo, pocas veces o prácticamente nunca, son tomadas en cuenta las ventajas o desventajas a nivel psicológico.

Lo anterior, podría ser una de las grandes lagunas en la praxis, pues estos regímenes, al ser sumamente restrictivos, detonan o aumentan la ansiedad de los practicantes. También refuerzan la idea de que el sacrificio es necesario para alcanzar un peso que sea socialmente aceptado, que “la belleza duele” y que todo es válido cuando se trata de perder peso. Dichos planes no son sostenibles en el tiempo, sin embargo, esto se invisibiliza y al llegar el abandono del tratamiento,

viene nuevamente un reforzamiento del sentimiento de fracaso o derrota. Lo que coloca nuevamente a la persona que quiere perder peso, en el lugar en el que comenzó. El principal problema de las restricciones alimentarias cuando existe sobrepeso y obesidad probablemente sea que es socialmente aceptado y promovido. Sin embargo, la obesidad al compartir tanto con los TCA es fácil que se transforme, y no con esto, se está diciendo que una es más grave que la otra, sino que aparentemente un problema se resuelve, cuando en realidad solamente se está transformando.

Por el otro lado, cuando una persona logra perder peso con un tipo de dieta muy restrictiva, probablemente siga presentando los mismos problemas de ansiedad, sin embargo “logra ganarle al hambre” lo que la coloca en un lugar de supremacía celebrado por la sociedad, sin importar que la calidad de vida de la persona se esté decrementando al desarrollar miedo hacia la alimentación y probablemente la aparición de un TCA, acompañado de malnutrición, esto se pudo ver claramente en el caso de Roberta.

Ambas hermanas, para la pubertad, habían desarrollado obesidad. La razón por la que una se mantuvo ahí y la otra migró es debido a la dinámica relacional de la familia y del lugar que ocupó cada una de ellas (ganador/perdedor). Así mismo, se va logrando un equilibrio en el sistema pues la familia funciona a partir de los síntomas, sobretodo de Roberta. Probablemente sea difícil para ambas hermanas estar en un peso saludable, pues de una o de otra manera el sistema se encarga de recordarles “quiénes son” a partir de como lucen. De esta manera el sistema mantiene su equilibrio mediante la aparición de las características compartidas de los trastornos psicogénicos: la malnutrición en alguna de sus dos caras y la insatisfacción corporal. Cuando alguna de las dos hace un esfuerzo por buscar el cambio, este esfuerzo de alguna manera es nulificado, minimizado o menospreciado por la familia y de esta manera se asegura la misma dinámica.

Lo que en un inicio pudo ser producto de una mala alimentación por cuestiones circunstanciales, se convirtió en un problema psicológico al estar dotado de significado, significado que fue dado en casa. Por lo que actualmente, ambas hermanas utilizan la comida como un analgésico para calmar las emociones displacenteras, mismas que están asociadas a una pérdida de control y así se sigue reforzando la supremacía o la derrota. No es casualidad, que ambas hermanas se definan a sí mismas como “controladoras”, ya que tratan de controlar todo aquello que pueden, de manera que lo que aún no han logrado controlar, queda un poco inmerso y perdido en un sistema, aparentemente equilibrado.

Siempre estuvo implícita una idea de el que quiere perder peso “tiene que comer diferente”, esto vuelve más difícil tomar la decisión de perder peso, pues hay un doble vínculo social: Tienes que lucir delgada, pero también tienes que comer lo que le sociedad te ofrece. De manera que la persona que quiere perder peso siempre está luchando contra corriente, es decir, se mantiene en una posición de perder. Mientras que la persona con anorexia se opone a esto, se rebela y deja de comer lo que la sociedad le ofrece, pero esto la lleva a estar relegada.

Cada año van en aumento los casos de obesidad y de anorexia y con ellos los problemas de salud pública que se relacionan con ambos. Pareciera que el exceso de información está jugando en contra y es indispensable repensar la práctica clínica para el abordaje, en un intento de desaprender lo aprendido y permitir que el bienestar no se encuentre centrado en el cuerpo, para que de esta manera podamos influir poco a poco en el individuo, la familia y la sociedad.

Referencias

Association, A. P. (2014). *DSM-5 : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S., & Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó* (Vol. 3, Número 1, p. 33). <https://doi.org/10.21501/23823410.1887>

Carlson, N. R. (2010). Conducta de ingesta. *Fundamentos de fisiología de la conducta* (10.a ed., pp. 231-274). UNED PEARSON.

Carranza, L. (2016). *Fisiología del apetito y el hambre* (3era ed). Editorial Harvard University Press.

Cordella M, P., & Moore I, C. (2015). Patrón adaptativo obesogénico cerebral: Una propuesta para comprender y evaluar la obesidad en la práctica clínica. *Revista chilena de nutrición* (Vol. 42, Número 1, pp. 60-69). <https://doi.org/10.4067/s0717-75182015000100008>

Desatnik, O. (2006). El modelo estructural de Salvador Minuchin. *Terapia familiar su uso hoy en día* (pp. 49-79). Editorial Pax México.

Díaz de León Vázquez C, Rivera-Márquez JA, Bojorquez-Chapela I. & Unikel-Santoncini C. (2017). Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City. *Salud Pública*, (Vol. 59. No. 1. pp 258-265). Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City | *Salud Pública de México* (saludpublica.mx)

Domínguez-Vázquez, P., Santos, S., & Olivares, P. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición* (Vol. 58, Números 3, pp. 112-127). <https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-6/>

Fruggeri, L. (2016) Diferentes normalidades: discontinuidades familiares y modelos de análisis. En Universidad Di parma. (Vol. 1. No. 1. Pp. 36-46). Diferentes Normalidades Discontinuidades Familiares y Modelos de Análisis | PDF | Familia | Psicología Social (scribd.com)

Isabel Errandonea, U. (2012). Obesidad y trastornos de alimentación. En *Revista Médica Clínica Las Condes* (Vol. 23, Números 2, pp. 165-171). [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70294-8](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70294-8)

Espina, A. (2009). *Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios*. Centro de Psicoterapia y estudios de la familia.

García, M., Pardío, J., Arroyo, P., & Fernández, V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios . En *Estudio sobre las culturas contemporáneas* (Vol. 14, Números 27, pp. 9-46). <https://www.redalyc.org/pdf/316/31602702.pdf> Garibay, E. (2013). La familia como contexto educativo. pp. 13-66

Gazmuri, P (29 de mayo-1 junio de 2006). Familia y sociedad desde una perspectiva transdisciplinar . [Presentación de ponencia] Congreso Multidisciplinario de Ciencias Sociales. Mérida, Venezuela.

Gonzalez-Perez, M. (2020). La familia mexicana: Su trayectoria hasta la posmodernidad. Crisis y cambio social. En *Psicología Iberoamericana* (Vol. 25, Número 1, pp. 21-29). <https://doi.org/10.48102/pi.v25i1.93>

González, M., Ambrosío, K., & Sánchez, S. (2006). Regulación neuroendocrina del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético. En *Investigación en salud* (Vol. 8, Número 3, pp. 191-200). <https://www.redalyc.org/pdf/142/14280309.pdf>

González, C. & José, W (2013). Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. En *Revista ciencias sociales*. (Vol. 19. No. 1 pp-120-130). Redalyc.Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos

Guzmán, M. Castillo, A. & García, M. (2006). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. En *Obesidadinn* (pp. 201-215). (PDF) Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad | Rebeca María Elena Guzmán Saldaña - Academia.edu

Hernández, V & López, S. (s,f) Trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo. Así es la medicina. Trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo (asieslamedicina.org.mx)

MEDIFAM (2012). *Dinámica Familiar*. (Vol, 12. Pp. 132-139).

Minuchin, S., Baker, L., & Rosman, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Harvard University Press.

Minuchin, S. (1974) *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.

Ochoa, C., & Muñoz, G. (2014). Hambre, apetito y saciedad. En *Revista Cubana de Alimentación* (Vol. 24, Número 2, pp. 268-279). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2014/can142k.pdf>

Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder.

Oliva, E. & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización” (Vol. 10. N. 1. pp. 11-20). v10n1a02.pdf (scielo.org.co)

Onnis, L. (2015). El tiempo congelado. Editorial Gedisa.

Onnis, L. Mulé, A. & Giambartolomei, A. (2016). Modelos de interacción familiar. Editorial Gedisa.

Pérez, I. (s,f) Aproximación sistémica a los trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia. APROXIMACIÓN SISTÉMICA A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA Y BULIMIA - PDF Descargar libre (docplayer.es)

Rentería Pérez, E., Lledias Tielbe, E., & Giraldo, A. L. (2008). Convivencia familiar: Una lectura aproximativa desde elementos de la psicología social. En *Diversitas* (Vol. 4, Números 2, pp. 427-441). <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2008.0002.15>

Saucedo-Molina, T. & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada en Hidalgo, En *Salud Mental* (Vol. 33 No. 1. pp. 112-130). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada (scielo.org.mx)

Selvini, M. Stefano, C. (1987) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Editorial Paidós.

Selvini, M. Stefano, C. *Juegos psicóticos en la familia*. Editorial Paidós.

Sibel, A. Quiles, I. Barris, J. Bassas, N & Tomás, J. (2001) Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. En fundación Novasagata. (Vol. 1 No. 3 pp. 12-18) Perfil_psicopatologico_y_relacional_de_las_familias_con_obesidad.pdf (centrelundres94.com)

Silva-Gutiérrez, C. & Sánchez-Sosa, J. (2006) Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología* (Vol. 23, No. 2, pp. 173-183).

Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. En *Revista electrónica de psicología Iztacala*. (Vol. 13. No. 3. pp-87-104). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso | Soria Trujano | *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* (unam.mx).

Tamarit, A. Vallada, E. Clerigues, E. Olasso, V, Moreno, G. Gandía, A. (2017). Relación del entorno sociofamiliar con determinados hábitos alimentarios de un grupo de escolares en Valencia. En *nutrición clínica y dietética hospitalaria*. (Vol. 37. No. 1 pp.132-140).

Ugazio, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica Familias y psicopedagogía*. Editorial grupo planeta.

Ugazio, V. (2010) Los trastornos de la conducta alimentaria: cuando el rechazo a la jerarquía se vuelve derrumbamiento de las diferencias. En *MOSAICO revista de la federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*. (Vol. 44. No. 1 pp 25-35). (PDF) Los trastornos de la conducta alimentaria: cuando el rechazo a la jerarquía se vuelve derrumbamiento de las diferencias (researchgate.net)

Ugazio, V. (2019). *Anorexic girls and their families: How can we deal with their semantics and their dilemmas?* Editorial The British Psychology Society.

Ugazio, V. Negrim A., Fellin, L. Pasquale, R. (2009) *Family Semantics grid (FSG) the narrated polarities: A manual for the semantic analysis of therapeutic conversations and self-narratives*. En *TPM*. (Vol. 16, No. 4. pp 165-192).

Unikel C, Villatoro J. Medina–Mora ME. Fleiz, BC & Alcántar ME. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. En *Salud Mental*. (Vol. 58. No. 1 pp.140 – 147).

Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003 (scielo.org.mx).

Unikel, C. Díaz de León, C. Rivera Márquez, JA. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. En Scielo. (Vol. 39. No. 3, México. pp 141-148). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad (scielo.org.mx)

Valdivia, C. (2008) La familia: Concepto, cambios y nuevos modelos. En La Revue du REDIF (Vol. 1. No. 1. pp.15-22). Microsoft Word - COMPLETO.doc (edumargen.org)

Vargas, P. (2004). Terapia Familiar su uso hoy en día. *“Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica”*. Editorial Pax México. pp. 1-24

Villaseñor, J. Ontiveros, C. Cárdenas, V. (2006). Salud Mental y obesidad. En medigraphic. (Vol. 8, No. 2. Pp. 86-90). investigacionAgostoC.indd (medigraphic.com)