



Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C.

**ENTRE VÍNCULOS Y CUIDADOS: EL PAPEL DE LAS FAMILIAS EN EL  
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN FUNDACIÓN APTA.**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

PRESENTA

**MARIA PAULINA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTOR:**

MTRO. IVÁN SALAZAR MENDIOLA

**CIUDAD DE MÉXICO, ENERO, 2026**

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación  
Pública Según acuerdo No. 974201 de fecha 11 noviembre 2024.



Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C.

**ENTRE VÍNCULOS Y CUIDADOS: EL PAPEL DE LAS FAMILIAS EN EL  
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN FUNDACIÓN APTA.**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

PRESENTA

**MARIA PAULINA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTOR:**

MTRO. IVÁN SALAZAR MENDIOLA

**SINODALES:**

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

DRA. ESTHER GONZALEZ OVILLA

**CIUDAD DE MÉXICO, ENERO, 2026**

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación  
Pública Según acuerdo No. 974201 de fecha 11 noviembre 2024.



Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C.

Por la presente aprobamos la tesis:

**ENTRE VÍNCULOS Y CUIDADOS: EL PAPEL DE LAS FAMILIAS EN EL  
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN FUNDACIÓN APTA.**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**

PRESENTA

**MARIA PAULINA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

**DIRECTOR:**

MTRO. IVÁN SALAZAR MENDIOLA

**SINODALES:**

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

DRA. ESTHER GONZALEZ OVILLA

**CIUDAD DE MÉXICO, ENERO, 2026**

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación  
Pública Según acuerdo No. 974201 de fecha 11 noviembre 2024.

## **Agradecimientos**

*A la familia Hernández Rodríguez  
“Yo puedo, es fácil y lo voy a hacer”.  
Les dedico este trabajo.*

*Para mi papá (Q.E.P.D), pilar de apoyo y quien  
posibilitó e impulsó mi caminar en mi formación  
como maestra, gracias por enseñarme a no  
tener miedo y enseñarme a confiar en los  
procesos. A mi mamá, quien me dio las alas  
para volar y me acompaña en la vida sin  
importar a donde vaya. A mi hermano David,  
quien creyó en mi cuando todo parecía incierto,  
sin ti esto no habría sido posible. A mi hermana  
Laura, quien es mi mejor amiga, mentora y lugar  
seguro.*

*A mi director y mis revisoras, gracias por  
regalarme su tiempo y su amplio conocimiento.*

# Índice

Introducción.....	1
La metodología del trabajo realizado. ....	3
Marco Teórico. ....	7
Trastornos de la Conducta Alimentaria: Generalidades .....	7
Sociedad y TCA: los TCA como desórdenes culturales .....	15
Cultura de las dietas.....	17
Género y TCA .....	18
Terapia Familiar Sistémica.....	23
TCA y enfoque sistémico .....	24
Enfoque Estructural.....	26
Mirando hacia la posmodernidad .....	30
Construccionismo Social .....	34
Terapia Narrativa .....	35
La persona con el TCA es la experta .....	36
Escenario o contexto: las características donde se desarrolla la actividad profesional .....	39
Fundación APTA: Tratamiento Integral para Trastornos Alimentarios .....	39
Universo de estudio.....	41
Propuesta de Mapas familiares (tipologías): una propuesta de reconocimiento relacional.....	41
Estrategias e Intervenciones analizadas. ....	47
Estrategias aplicables a cualquiera de los mapas de familias propuestos, según el modelo sistémico aplicado. ....	55
Resultados .....	59
Limitaciones del proceso .....	65
Propuestas de cambio a partir del análisis en su práctica profesional y/o su institución. ....	67
Conclusiones.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

**Abreviaturas.**

TCA: Trastorno/s de la Conducta Alimentaria

APTA: Atención Psicológica de Trastornos Alimentarios

ASI: Abuso Sexual Infantil

AS: Abuso sexual

CAR o car: Conducta/s Alimentaria/s de Riesgo

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

P.I o p.i: Paciente Identificado

**Resumen.**

En esta tesina presento un informe detallado de mi experiencia profesional en la Fundación APTA, una clínica ambulatoria especializada en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Estos trastornos, descritos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se caracterizan por alteraciones persistentes en la conducta alimentaria y una percepción distorsionada del cuerpo, acompañadas de un intenso miedo a ganar peso. Su impacto en la salud física y psicosocial me permitió reconocer la urgencia de abordajes integrales y sensibles a su complejidad.

Mi participación en APTA inició dentro de un equipo mayoritariamente orientado al enfoque psicoanalítico individual. Sin embargo, a lo largo del trabajo clínico observé la creciente necesidad de incorporar a las familias, pues muchos procesos de recuperación se veían limitados cuando el abordaje recaía únicamente en el paciente identificado. Ante ello, propuse integrar la perspectiva sistémica, con la intención de ampliar el marco de comprensión hacia las dinámicas relacionales que atraviesan el surgimiento y el mantenimiento del síntoma.

Desde esta mirada, entendí que los TCA no pueden explicarse únicamente por sus manifestaciones visibles —la restricción alimentaria, la pérdida de peso o los atracones—, sino que deben leerse como formas simbólicas mediante las cuales la

persona comunica tensiones y desajustes dentro de su sistema familiar. Trabajar exclusivamente sobre los síntomas supondría abordar solo una parte del fenómeno, dejando intactas estructuras relacionales que continúan sosteniendo el malestar. La terapia familiar sistémica, en cambio, me permitió comprender la globalidad del problema y acompañar procesos más profundos de reorganización vincular.

También fue fundamental situar los TCA en su contexto sociocultural. A lo largo de mi experiencia observé cómo la cultura de la belleza, la presión por la delgadez y la gordofobia influyen en la construcción de identidades y en los significados que pacientes y familias otorgan al cuerpo y la alimentación. Reconocer esta dimensión me permitió ofrecer intervenciones más éticas y sensibles al género y a los factores socioculturales.

Asimismo, constaté que los TCA representan una de las enfermedades crónicas más frecuentes y letales entre adolescentes, lo que subraya la importancia del trabajo multidisciplinario. La colaboración continua con nutriólogas, psiquiatras y otros especialistas fue clave para garantizar acompañamientos integrales y proteger la vida de quienes atendí.

Finalmente, describo el proceso mediante el cual diseñé e implementé un modelo de abordaje familiar que incluyó sesiones psicoeducativas y la oferta de psicoterapia sistémica. Considero que este enfoque responde de manera óptima a la complejidad biopsicosocial de los TCA y abre posibilidades más amplias para la recuperación de pacientes y familias

## **Introducción.**

Mi camino en esta enriquecedora experiencia comenzó en 2021 cuando aún no tenía la formación en Terapia Sistémica. Para ese momento, debía decidir dónde realizaría mis prácticas profesionales enfocadas en adolescentes. Las motivaciones de mi participación profesional en este lugar eran inicialmente como parte de la finalización de mi licenciatura en psicología clínica, pues debía realizar las prácticas y aprender sobre alguna problemática en adolescencia. Sin embargo, no estaba consciente de que aprendería más sobre la adolescencia y que mis aprendizajes sobre familias y el gusto por las complejidades de las mismas, me reforzarían las ganas de estudiar la maestría en Terapia Sistémica.

En ese entonces, ya tenía algunos conocimientos del enfoque sistémico debido a la licenciatura y un diplomado en terapia narrativa, y sabía que mi aprendizaje en el ILEF como psicoterapeuta me iba a enriquecer enormemente o, que incluso, lo aprendido en el año que estuve practicando directamente con estos casos me iba a abrir posibilidades de entender mucho mejor a cada una de las familias que ya habían compartido conmigo su historia.

Como comenté en el resumen, mi papel en esta fundación comenzó siendo parte de un equipo de mujeres que ayudaban a crear contenidos psicoeducativos para informar a los familiares de las personas ingresadas (que desde algunas perspectivas sistémicas podría ser nombrado como el paciente identificado). Comencé apoyando en el área de detección y aplicación de pruebas psicométricas. Estaba aprendiendo mucho de este complejo campo profesional, pues había una alta demanda de pacientes ingresados en el periodo llamado post pandemia.

Muchas habilidades se vieron sumamente implicadas en este trabajo, y que considero, se requieren desarrollar en cualquier profesional que se involucra en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Aprendí que cuando se atiende a una persona con un trastorno de la conducta alimentaria se requiere tener la mente abierta y los ojos también. Al ser condiciones que se originan desde lo multifactorial, es

fundamental que tengamos en consideración una serie de ámbitos para el buen desarrollo y evolución de los pacientes. Pero si deseamos abordarlo desde lo familiar, necesitamos considerar contextos y relaciones, así como desarrollar y fortalecer habilidades como: paciencia, capacidad de retención de información, capacidad de observación, escucha activa, no prejuizar, informarse bien y capacidad de contener en la crisis.

Al inicio, colaboré a nivel psicoeducativo, realizando pláticas que se les daban únicamente a las madres y los padres de algunos pacientes para explicarles las características generales de estos trastornos. Más adelante, hubo una mayor demanda de atención clínica porque había muchos ingresos cada semana; asimismo, se fue detectando la necesidad de involucrar aún más a la familia en el tratamiento psicológico de estos pacientes, por lo que se comenzó en el equipo a dialogar sobre cuál sería el formato para el abordaje familiar y de cuántos pasos constaría. Las necesidades de las familias eran muchas y la mayoría urgentes: la desinformación acerca del tema, la desesperación de los padres y familiares, la necesidad de control, la preocupación excesiva por la salud física y mental de sus hijos e hijas, entre otros temas.

Posteriormente, se añadió el formato de “taller familiar”, el cual construí con el apoyo de una colega y que se propuso e impartió de modo obligatorio para todas las familias (incluyendo a la persona que con TCA). En él se veían diversos temas que consideramos importantes y que se detallarán en ese trabajo. Se impartían varios talleres a la semana por la alta demanda de familias que ingresaban constantemente. Los resultados fueron buenos porque la familia se sentía mucho más contenida y más informada; sin embargo, siempre surgían otras necesidades y, en cada taller, a pesar de enfocarnos en lo psicoeducativo, surgían otros cuestionamientos y problemáticas subyacentes en la familia que no necesariamente se relacionaban con el trastorno de la conducta alimentaria.

Por esta razón, propuse incorporar la psicoterapia familiar, la cual en mi caso se impartía siempre desde el enfoque sistémico, con el objetivo de brindar un acompañamiento más profundo y obtener resultados más adecuados, trabajando con

mayor estructura y mediante técnicas psicoterapéuticas sistematizadas. En ese momento ya me encontraba en formación como terapeuta sistémica en el ILEF.

No obstante, no todas las familias contaban con los recursos económicos para acceder a la psicoterapia, a pesar del apoyo financiero que ofrecía la Fundación. Aun así, se procuraba que aquellas familias que lo requerían pudieran acceder a este acompañamiento adicional al taller psicoeducativo.

Detallaré más adelante cuáles eran específicamente las modalidades de intervención y desde el enfoque familiar cómo pude construir un abordaje adecuado para los fines y posibilidades de esta clínica, pues por las complejidades de los casos clínicos había la necesidad de que se abordaran desde distintos enfoques de la terapia sistémica y, de esa forma, proponer y desarrollar un enfoque/modelo más integrativo. Sin embargo, cabe recalcar que el enfoque principal de esta clínica para la parte individual de los consultantes con TCA era la psicoterapia psicoanalítica.

Por último, es relevante comentar que la información que se obtiene de esta tesina tiene como uno de los objetivos principales ofrecer al lector o lectora (sea profesional de la salud mental o no) de una serie de cuestionamientos y conocimientos adicionales que puedan ser útiles para mejorar y fortalecer los tratamientos y programas dirigidos a los TCA desde el abordaje familiar en países como México. También es una invitación a crear procesos más colaborativos e integrativos, que en este caso, pasó por poner en diálogo al psicoanálisis y la terapia familiar. Además de todo, se busca que este reporte resalte la importancia de lo observado con las familias en el aspecto de las premisas socioculturales y el valor que tiene la mirada de la complejidad para comprender a estos trastornos como un “todo” y que es parte de un contexto más amplio.

### **La metodología del trabajo realizado.**

Para fines de este trabajo, la metodología utilizada es la sistematización de experiencias dado el corte experiencial de mi trabajo con la fundación. En este sentido, “la sistematización se entenderá como la organización y ordenamiento de la información existente con el objetivo de explicar los cambios (+ ó -) sucedidos durante

un proyecto, los factores que intervinieron, los resultados y las lecciones aprendidas que dejó el proceso” (Acosta, 2005).

El objetivo de un proceso de sistematización es facilitar que los actores se involucren en procesos de aprendizaje y generación de nuevos conocimientos, ideas de proyectos e iniciativas de políticas/estrategias a partir de las experiencias documentadas.

A continuación, ejemplificaré con base en la metodología para la sistematización de experiencias, los pasos para desarrollarla y aplicarla al proceso de este reporte de experiencia profesional:

### **1. Definición del punto de partida**

El punto de partida pone a dialogar dos aspectos: La sistematización de la experiencia a partir del trabajo de acompañamiento con familia viviendo situaciones relacionadas con TCA y la necesidad de desarrollar, como objetivo, una reflexión integrativa de modelos sistémicos y posmodernos que coadyuven en el cambio sistémico, relacional, contextual e identitario de los sistemas familiares viviendo TCA. En esta fase se determina quién participará en el proceso, quien coordina el proceso, de qué recursos disponemos, los plazos, con qué información contamos de antemano, los objetivos generales de la organización responsable del proyecto, para qué y para quién, la estructura de la organización, el período en el cual se programaron las actividades y las relaciones con otros actores.

### **2. Delimitación**

Esto significa definir claramente el tema o línea de acción que se va a sistematizar, el ámbito de intervención, los grupos meta (o participantes), los objetivos, las estrategias de intervención y el contexto general en que se han desarrollado las actividades (Chávez-Tafur, 2006). En la siguiente tabla, se muestra lo anteriormente mencionado:

<b>Título</b>	<b>Ámbito de intervención</b>	<b>Grupo meta</b>	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estrategia o enfoque</b>
Acompañamiento a familias con miembros con trastornos de la conducta alimentaria como parte del tratamiento multidisciplinar en fundación apta desde la mirada sistémica y posmoderna	Modalidad online	Adolescentes	Enero 2021	Brindar apoyo a las familias de los pacientes con TCA	Psicoeducación e intervenciones desde el modelo sistémico

### 3. Descripción de la experiencia

En esta etapa se busca enfocar y describir la experiencia misma que estamos sistematizando. La siguiente tabla nos ayuda a resumir el proceso:

<b>Componentes</b>	<b>Actividades</b>	<b>Materiales y recursos</b>	<b>Principales logros</b>	<b>Dificultades y resultados no esperados</b>
Taller familiar	<p>Introducción al tema y psicoeducación en tema específico</p> <p>Generación de preguntas como intervención (Desde el enfoque de Milán)</p> <p>Espacio de conversación, diálogo, retroalimentación del tema</p>	Revisión teórica, planeación de sesiones, supervisiones , técnicas	Espacio de contención, psicoeducación especializada, escucha activa e identificación de patrones familiares	Sobrep patologización de la persona portadora del síntoma

	específico y brindar a las familias técnicas específicas para concluir la sesión			
Psicoterapia familiar	Seguimiento terapéutico de las familias candidatas para terapia familiar sistémica	No aplica	Terapia familiar sistémica y modelo narrativo para el manejo del síntoma en el paciente centralizado	Rígidez e inflexibilidad del sistema familiar por el miedo al cambio. Falta de cohesión familiar y comunicación problemática

#### 4. Análisis.

Luego de describir la experiencia, es importante detenerse a reflexionar sobre lo vivido y sobre lo que se logró o no durante el proceso. Esta fase permite revisar con mayor profundidad los aprendizajes, las dificultades y los efectos de las acciones realizadas.

Como señala Acosta (2005), “es aquí donde realizamos la síntesis y la aproximación crítica a la experiencia, a las prácticas desarrolladas y a los logros alcanzados. Esta etapa no es sólo la más importante sino también la más difícil, pues necesitamos recoger y presentar opiniones, críticas y juicios de valor sobre lo hecho y lo alcanzado, como componentes principales para la generación de conocimientos.”

Para esta fase la literatura sugiere que resulta conveniente escoger de tres a cinco ideas generales como parámetros, así como indicadores para medir una idea en detalle para un análisis óptimo de las metas alcanzadas. Algunos de mis parámetros fueron: evitar la patologización, mantener la neutralidad y fomentar la escucha activa de todos los miembros del sistema. En esta ocasión, los resultados fueron cualitativos, en el apartado “Resultados” sintetizo los alcances obtenidos en mi trayecto en la fundación.

#### 5. Redacción del documento

Según Acosta (2006), el propósito de esta etapa final es dar a conocer los resultados de la sistematización de forma comprensible y accesible para quienes puedan aprovecharla directamente. Para lograrlo, se requiere un proceso que incluye la

redacción inicial, seguido por tareas de edición, corrección, diseño e impresión, cuidando que el resultado final sea visualmente atractivo. Sin embargo, antes de todo eso, es fundamental redactar adecuadamente la información escrita.

En el caso de esta tesina, la estructura o “esqueleto” que se utilizó para la redacción de mi memoria laboral fue el proporcionado por el comité de titulación de ILEF. A partir del mismo, obtuve una guía para narrar mi experiencia.

## **Marco Teórico.**

### **Trastornos de la Conducta Alimentaria: Generalidades**

El DSM-V no define de manera genérica los TCA, pero expone los distintos tipos con sus respectivos criterios diagnósticos. Unikel, Díaz de León y Rivera (2017), mencionan que la APA (2013) refiere que los TCA son patologías en las que los patrones de consumo de alimentos se ven gravemente distorsionados. En este rubro se incluyen diferentes categorías diagnósticas (incluidas en el DSM-V), que comprenden: pica, rumiación, trastorno de rechazo-restricción de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, otros trastornos de la conducta alimentaria especificados y tane (trastorno alimentario no especificado).

Para fines de este trabajo, y para darle sentido a lo que se comentará acerca de la dinámica familiar y el abordaje con familias en APTA, me enfocaré a continuación en describir brevemente los tres tipos de TCA que en lo personal observe más en mi experiencia profesional con los casos clínicos: Anorexia, Bulimia y Trastorno por Atracón.

### **Anorexia (AN)**

La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración grave de los hábitos y/o comportamientos relacionados con la alimentación. Las características específicas de este trastorno las comienza a describir el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), y luego se redefinen y concretizan en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Entre estas se encuentran el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal considerando la edad y la talla, el miedo

intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, la alteración significativa de la percepción del peso o la imagen corporal y, en las mujeres pospúberes, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Puede ser de tipo restrictivo o purgativo. En el primer caso implica que durante el episodio de AN, el individuo no recurre a atracones o a purgas; en cambio en el segundo, el tipo compulsivo, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Algo importante y relevante para la práctica clínica con casos de anorexia es que tiene mayor letalidad. Es por eso que el tratamiento ambulatorio en clínicas como APTA, no siempre es el adecuado debido al nivel de gravedad y riesgo implicado en un buen número de los casos. En la revisión de la literatura sobre incidencia, prevalencia y mortalidad: anorexia y otros trastornos alimentarios, publicada por Hoek (2006), se observó que la AN tiene la mayor mortalidad registrada entre los trastornos mentales. El autor señala, además, que 54% de los pacientes muere a causa de complicaciones relacionadas con los tca y 27% por suicidio” (Unikel, Díaz de León y Rivera, 2017).

### **Bulimia (BN)**

La bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes, conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso (provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo). Además, los atracones y las conductas compensatorias deben tener lugar al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses y por último, la autoevaluación está exageradamente influida por la silueta y el peso corporal. La clasificación incluye el tipo purgativo y el no purgativo. El primero incluye la auto provocación regular del vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso; por el otro lado, en el caso del segundo tipo, el individuo recurre a otras conductas compensatorias inapropiadas como son el ayuno o ejercicio intenso, por ejemplo.

La ortorexia aún no está formalmente reconocida ni incluida en los manuales oficiales como el DSM-V o el CIE-10. Sin embargo, considero importante mencionarla en este trabajo, ya que es evidente que puede representar un primer paso hacia el desarrollo

de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). El término fue mencionado por primera vez por Steven Bratman en 1997. En mis palabras, la ortorexia se manifiesta como una serie de conductas derivadas de un pensamiento obsesivo y estricto en torno a la búsqueda de la salud, aunque desde una perspectiva pesocentrista. En nombre de una “vida saludable”, la persona puede volverse excesivamente obsesiva con sus hábitos alimenticios y de estilo de vida.

Algunos ejemplos claros con los que me he topado en mi práctica clínica son: la estigmatización de alimentos procesados o considerados “engordantes”; por el contrario, también se suele romantizar productos catalogados como *healthy* o saludables. Asimismo, es común observar la práctica del ejercicio físico acompañada de sentimientos de culpa cuando no se realiza, así como patrones de pensamiento y conducta rígidos en torno a lo que se considera saludable o no. En el caso de las familias, esto puede reflejarse en patrones que se enseñan, sobre todo de padres a hijos e hijas, y que incluso —desde mi punto de vista— pueden transmitirse de forma intergeneracional. Considero que las generaciones actuales corren el riesgo de reproducir y enseñar este tipo de ideas normativas o patrones de pensamiento a las próximas generaciones, perpetuando ideales de belleza poco realistas.

### **Trastorno por Atracón (TPA)**

El trastorno por atracón es reconocido formalmente en el *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) como trastorno de la conducta alimentaria y de ingestión de alimentos. Su presencia y crecimiento de forma alarmante, incluso superando a la bulimia y la anorexia nerviosa, lo han convertido en un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI.

Cuadro y Baile (2015), nos dicen que el Trastorno por Atracón (TPA) se define, como su nombre lo sugiere, por un patrón alimentario basado en conductas compulsivas a través de episodios de ingesta excesiva, donde la característica principal es la pérdida de control sobre lo que se consume. Comer “compulsivamente” no hace referencia a una simple y ocasional interrupción del comportamiento alimentario habitual. Se trata de un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la presencia regular de

episodios de atracones, al menos una vez por semana durante tres meses, experimentados con una sensación de descontrol y malestar, sin que se intenten compensar mediante conductas como el vómito, el ejercicio físico, el uso de laxantes o el ayuno.

### **Estadísticas de TCA: actualidad**

Fue de mi interés investigar que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es mayor en mujeres que en hombres, pues se estima que por cada varón que presenta un TCA hay 10 mujeres que lo padecen (Aguinaga, Fernández y Varo, 2000, citado en García Rodríguez, 2023). Según López, Herrero y Botella (2014, citado en García Rodríguez, 2023), “hoy en día los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados” (p. 70).

Además, las mujeres muestran una mayor preocupación por su peso e imagen corporal, muchas veces influenciado por las exigencias sociales de ajustarse a los cánones de delgadez (Marmo, 2014, citado en García Rodríguez, 2023). No obstante, también se sugiere que la prevalencia de TCA en los hombres podría ser mayor de lo que se conoce actualmente, debido a la falta de estudios específicos sobre este grupo (Aguinaga et al., 2000, citado en García Rodríguez, 2023).

“La prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha mostrado un aumento en América Latina en los últimos años, particularmente en países como Argentina, Brasil, México y Chile. Según un estudio realizado en Argentina, la prevalencia de la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes es de aproximadamente un 1.7%, mientras que la bulimia afecta al 2.2% de las mujeres en el mismo rango de edad” (Salvador et al., 2019). En Brasil, un estudio realizado por Lemos et al. (2020), reportó que un 2.5% de las mujeres jóvenes presentan síntomas de trastornos alimentarios, siendo la preocupación por la delgadez un factor crucial en el desarrollo de estos trastornos.

En México, investigaciones señalan un aumento en la incidencia de estos trastornos en adolescentes y jóvenes adultas, especialmente en aquellos sectores de clase media y alta. Sin embargo, la presencia de los TCA actualmente no es exclusiva de estas clases sociales y se han desmentido muchos mitos alrededor de la relación entre la clase social y el riesgo de tener un TCA.

Los factores socioculturales, como la presión por alcanzar los ideales de belleza promovidos por los medios de comunicación, la globalización y los cambios en la estructura familiar se han identificado como determinantes clave en el aumento de la prevalencia de los TCA en Latinoamérica.

Unikel, Díaz de León y Rivera (2017, p.15) hacen un breve resumen de algunas estadísticas más concretas en México, en donde los TCA se consideran en la actualidad un problema público de salud mental, principalmente en la población adolescente y joven, y nos comentan que el trabajo realizado con instituciones de salud, educativas y medios de comunicación ha sido importante para la difusión de la información y la capacitación de personal especializado para identificar casos en riesgo y clínicos, así como para proporcionar los tratamientos necesarios. Es indiscutible que la cobertura de los servicios de salud en esta materia sigue siendo insuficiente, sobre todo en las localidades alejadas de las ciudades más importantes, pero también en muchos centros urbanos.

Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2006 y 2012 muestran la presencia de conductas alimentarias de riesgo tanto en las zonas rurales como en las urbanas y las metropolitanas. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) en sus versiones 2006 y 2012 se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo. En las encuestas participaron 25,056 y 21,519 adolescentes, respectivamente, de entre 10 y 19 años de edad, de ambos sexos, que representan a un total de 22,874,970 y 22,804,083 de adolescentes respectivamente. La Ensanut 2006 reportó una prevalencia de car de 0.9% en mujeres y 0.4 % en hombres; la de 2012 reportó 1.9% en mujeres y 0.8% en hombres. En ambas encuestas las car más frecuentes fueron la preocupación por engordar, atracones de comida y perder el control sobre lo que se come.

### **Factores: de riesgo, desencadenantes y de mantenimiento.**

Se sabe y se reconoce actualmente que la etiología de los TCA es multifactorial dada la suma e interacción de ciertas vulnerabilidades tanto biológicas, como intrapsíquicas, sociales, culturales, familiares, etc. Es importante reconocer que para comprender la etiología, existen tres categorías de factores relevantes: factores predisponentes (o factores de riesgo), factores precipitantes (o desencadenantes) y factores de mantenimiento.

### **Factores de riesgo (o predisponentes)**

Se refieren a aquellos factores que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio del organismo y se desencadene alguna enfermedad.

Mencionaré en este punto la relevancia de las CAR o conductas alimentarias de riesgo, las cuales engloban a un conjunto de comportamientos alterados de la ingesta alimentaria que no satisfacen los criterios diagnósticos para ser un TCA, sin embargo, pueden ser parte de la cultura de la dieta y promover una inadecuada relación con la comida. Los atracones y las dietas restrictivas, el uso de laxantes, enemas, diuréticos o anorexígenos, la actividad física excesiva y el vómito autoinducido son ejemplos de car.

Aunque no se sabe con certeza si estas conductas constituyen condiciones subclínicas, síntomas o factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), lo cierto es que se presentan con menor frecuencia, intensidad y duración que en un TCA bien establecido. Una excepción es el trastorno por atracón, donde no hay conductas purgativas. Aun así, “todas estas acciones que tienen como propósito perder peso corporal son dañinas para la salud y se asocian, al igual que en los TCA, a trastornos afectivos y de ansiedad” (Unikel et al., 2017, p. 11).

La probabilidad de padecer un TCA es mayor en pacientes con familias en las que algún otro u otra integrante ha padecido alguna patología igual o parecida, otro factor es la conducta alimentaria de las figuras más cercanas (sobre todo las madres o figuras maternas) ya que la sintomatología alimentaria de estas hace que se

promueva el seguir teniendo conductas restrictivas en relación con la comida y mayor inclinación por la delgadez, así como una actitud rígida y supervisora hacia el cuerpo de sus hijas o hijos. Otro factor importante es la cuestión de las comorbilidades y/o tener antecedentes psiquiátricos. Son frecuentes los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de la personalidad (especialmente del grupo B y del grupo C), así como los trastornos de ansiedad y los trastornos obsesivo-compulsivo.

García (2021), menciona que la ansiedad toma mucha importancia en estos trastornos, ya que las conductas de estos pacientes en relación con la comida (restricciones alimentarias, inducción del vómito, atracones, ejercicio excesivo, entre otras) tienen como objetivo reducir sus niveles de ansiedad. Estas conductas no solo se activan cuando se enfrentan a situaciones relacionadas con la comida, sino que también las emplean ante cualquier evento que genere ansiedad, adoptando formas poco adaptativas para lidiar con sus problemas.

Dichas conductas están dirigidas a evitar el malestar emocional a través de rituales que alteran sus hábitos alimentarios, lo que, a su vez, refuerza sus patrones restrictivos o purgativos. No obstante, las conductas evitativas actúan como soluciones superficiales e inmediatas, ya que proporcionan un alivio temporal de la ansiedad, pero solo a corto plazo. Además, estas conductas se ven reforzadas por sus estados de ánimo, que a menudo incluyen síntomas depresivos como la falta de satisfacción, la autodevaluación, la autocrítica y la soledad, siendo el estado emocional uno de los aspectos más afectados en estas pacientes. Dado el vínculo cercano entre la distimia y la ansiedad, ambas se pueden convertir en elementos que se retroalimentan mutuamente, perpetuando las alteraciones en la conducta alimentaria.

El hacer dieta es un factor de riesgo relevante en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Basándome en información que recopilé durante una formación profesional previa, recuerdo haber aprendido que muchas mujeres inician dietas desde los 9 años, mientras que en los hombres esto suele comenzar alrededor de los 15. Aunque no conservo la fuente original exacta, esta observación se ha visto respaldada por estudios recientes. Por ejemplo, se ha documentado que entre el 34 %

y 65 % de niñas de tan solo 5 años ya expresan ideas relacionadas con la dieta, influenciadas por las conductas alimentarias de sus madres (Abramovitz & Birch, 2000). Asimismo, se ha identificado que la edad promedio de inicio en dietas no supervisadas es de 13,2 años, con casos que inician desde los 7 años (Toro et al., 2015).

El estar a dieta puede afectar a la persona en varios niveles, fomentando un círculo obsesivo en muchas ocasiones. A nivel psicológico, puede generar distorsiones cognitivas que alteran la percepción del cuerpo, ya que la mente establece “reglas” rígidas sobre lo que se puede o no comer. Esto puede llevar a una desconexión emocional y al desarrollo de creencias disfuncionales, como otorgar mayor valía a la delgadez, lo que incrementa la insatisfacción corporal. A nivel fisiológico, las dietas restrictivas y mal llevadas pueden causar un desbalance nutrimental que pone en riesgo la salud, además de elevar los niveles de cortisol debido al estrés fisiológico, y alterar las señales naturales de hambre y saciedad.

También cobran relevancia por supuesto, los factores sociales relacionados al contexto en el que se desenvuelven las personas. Los mensajes sociales impregnados en la sociedad relacionados al culto a la delgadez, los altos estándares de belleza, la gordofobia, etc, forman parte de este riesgo.

### **Factores desencadenantes**

Los factores desencadenantes de un problema son en general acontecimientos insidiosos, traumáticos o críticos que activan procesos que pueden llegar a poner en riesgo la salud mental de la persona y que pueden originar el trastorno. Como posibles factores precipitantes o desencadenantes de TCA, se encuentran por ejemplo realizar dietas constantes, cambios corporales, ser víctima de violencia/abuso, recibir críticas o estar dentro de un entorno crítico hacia el cuerpo, padecer alguna enfermedad que provoque una elevada pérdida de peso o cambios en el mismo, ejercicio físico o situaciones vitales estresantes.

A nivel familiar “se encuentran las influencias, creencias y valores transmitidos, así como patrones de comportamiento y comunicacionales propios de la familia de la

paciente. Por lo que se precisa de intervenciones multidisciplinarias entre las que se encuentra la participación de la familia” (García, 2021, p.4).

Otras situaciones que pueden ser detonantes o desencadenantes son: periodos de crisis (individual o relacional) sobre todo durante el periodo de la adolescencia, ruptura del equilibrio familiar, una amenaza directa al autoestima (por ejemplo, haber sufrido bullying o cyberbullying), una alteración pertinente en el medio sociocultural (como la pandemia por covid-19) y más.

### **Factores de mantenimiento**

Los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a que, una vez desencadenado el problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo. Entre los factores más investigados destacan: la posición pre-contemplativa o contemplativa (es decir, negación del problema o falta de compromiso con su resolución), que el problema se perciba como egosintónico, lo cual influye en cómo el paciente se percibe como el problema. Además, según lo que he visto y experimentado con las y los consultantes, es que la cultura de la dieta promueve el mantenimiento de las CAR, ya que las personas pueden encontrarse en constante interacción con estos mensajes culturales adscritos al contexto en el que se desenvuelven día con día; esto (a mi parecer) puede promover poca adherencia al tratamiento y cronificar el TCA.

### **Sociedad y TCA: los TCA como desórdenes culturales**

#### **Gordofobia**

Entiendo a la gordofobia como un sistema de discriminación, violencia y opresión hacia las personas con cuerpos no hegemónicos; es un resultado de múltiples factores fomentados por el culto a la delgadez y los estándares de belleza que han sido impuestos globalmente. Este sistema otorga una connotación negativa al término “gordo o gorda”. Además, la gordofobia y el ideal del peso promueve la violencia estética (en la vida individual y social de las personas con cuerpos que son discriminadas por su peso). Nos lo mencionan Contrera y Moreno (2022), al definir a la gordofobia como un fenómeno social y cultural de odio, rechazo y violencia que enfrentan las personas por su gordura, y que se fundamentan en una serie de prejuicios negativos que critican sus hábitos, costumbres y estilos de vida. Se cree

socialmente que las personas con sobrepeso engordan debido a la falta de voluntad y al desconocimiento sobre el autocuidado y la forma correcta de manejar su cuerpo para lograr que sea delgado.

### **Culto a la delgadez e Ideal de peso**

Desde mi punto de vista, las conductas alimentarias de riesgo que mencioné anteriormente son sostenidas y reforzadas por un ideal del peso inalcanzable. El ideal del peso, en mis términos, se refiere a un valor estándar de peso que puede o no tener un individuo y que la mayoría de las veces resulta inalcanzable, además de que promete indirectamente una sensación de logro y/o éxito en el individuo.

La imagen corporal se considera la “representación interna de nuestra propia apariencia y dicha representación es afectada por tres componentes: perceptual, cognitivo/afectivo y conductual” (Amaya, Álvarez y Mancilla, 2010). En ella, se ven involucrados sentimientos, valoraciones, actitudes y conductas hacia el cuerpo. Hoy en día es relevante recalcar que uno de los múltiples factores que pueden detonar un TCA es la insatisfacción corporal, surge de un malestar que lleva a conductas nocivas para la salud con el fin de cambiar o modificar la imagen corporal. Hasta principios de los 90's se asociaba la insatisfacción corporal con las mujeres, pero hoy se sabe que se presenta en hombres y personas de diversos rangos de edad, incluyendo niños y niñas.

### **Violencia estética y gordofobia. ¿Es lo mismo?**

Comenzaré esta sección mencionando que es frecuente que la sociedad suela confundir a la gordofobia con la violencia estética, sustentándose con base en que los cuerpos han sido a lo largo de la historia, señalados por su tamaño, forma, color de piel, etc. Sin embargo, una característica central de la violencia estética es que se manifiesta a través de críticas (directas o indirectas) sobre la apariencia, comparaciones y una constante imposición de lo que se considera “atractivo” o “aceptable”. Es diferente a la gordofobia, que se trata (como se menciona anteriormente) de un fenómeno de discriminación y prejuicio hacia las personas catalogadas con sobrepeso u obesidad. En este sentido, existe una estrecha relación

entre ambos conceptos, pues la gordofobia requiere de la violencia estética, como dispositivo de control, para imponerse en la vida de las personas.

El género, como es común y objeto de análisis en esta tesina, también cobra relevancia en términos de la violencia estética, pues “es aquella violencia simbólica que sufren las mujeres socialmente. Esta presión se ejerce bien de forma indirecta, asociada a la feminidad, o bien de forma directa, explícita y violenta, recurriendo a la descalificación, la discriminación o la ridiculización de quien no responde al canon de belleza en el mundo real y en el mundo virtual” (Pineda, 2014, citado en Calado, 2011).

La gordofobia tiene una dimensión más centrada en la corporalidad y su tamaño, donde las personas con cuerpos más grandes son rechazadas, estigmatizadas o tratadas de manera injusta debido a su tamaño. Mientras que la violencia estética concierne a una mayor parte de las personas, de una u otra forma, ya que no solo está dirigida hacia personas con cuerpos no hegemónicos, sino que también afecta a quienes tienen diferentes características físicas que no se ajustan a los estándares sociales o lo que se espera del aspecto físico de las personas.

En conclusión, aunque ambos conceptos son formas de discriminación que afectan el bienestar emocional, social y físico de las personas, su autoestima y la forma en la que se desenvuelven y habitan sus cuerpos, se centran en diferentes aspectos y contextos, Pero como mencioné previamente, operan de manera específica para desencadenar TCAs.

### **Cultura de las dietas**

Algo positivo en nuestra sociedad actual es que se han incorporado nuevos términos para hacer referencia en el mundo moderno a los diversos sistemas de opresión hacia las personas. Uno de ellos es el término de la cultura de las dietas o *diet culture* en inglés; a continuación comparto esta definición que me parece adecuada para entender a qué nos referimos en este trabajo con cultura de la dieta:

“La cultura de la dieta es un sistema de creencias y reglas que promueve la pérdida de peso a cualquier costo para alcanzar el ideal de apariencia. Equivale a considerar que estar en un cuerpo pequeño y delgado es más saludable, con una superioridad moral y social. La cultura de la dieta proviene de nociones racistas, sexistas y puritanas que consideran que la privación es una virtud, el placer es un pecado, y que todos podemos levantarnos por nosotros mismos y obtener una salud perfecta y delgadez si simplemente comemos lo correcto.” (Sweeney & Maconga, 2025)

Por ello, desde mi punto de vista, la cultura de la dieta genera, promueve y sostiene una relación con el cuerpo y con la alimentación alejada de la realidad; promueve también el inalcanzable ideal del cuerpo perfecto y la vida perfecta, siendo así terreno fértil para el origen de un TCA.

### **Género y TCA**

Como introducción a este subapartado me gustaría recalcar que la perspectiva de género es de suma relevancia en lo que al cuerpo respecta. Los mensajes culturales orientados hacia cada género son diversos según varios factores, sin embargo, se entrecruzan con términos de la discriminación y la opresión hacia los cuerpos que “salen” del estándar del ideal del cuerpo preestablecido.

En relación a mi trabajo, en la fundación al menos el 90% de los casos ingresados con los que trabajé, eran de mujeres adolescentes entre los 12-22 años, aproximadamente. En una ocasión, hubo una persona de la comunidad LGBTTTQ+ que se identificaba como mujer trans y que padecía anorexia, pero es un caso que no me fue asignado a mí por lo que desconozco las particularidades. Sin embargo, me parece fundamental mencionarlo, pues en este momento de la historia, es importante hacer consciencia de la diversidad de identidades que pueden padecer un TCA y estar atravesando la misma condición de salud sin importar el género.

Se representa a las mujeres como objetos, definiéndolas en función de su atractivo; y a los hombres como sujetos que actúan en un mayor rango de acciones-actividades y roles instrumentales. Al respecto:

Como explica Calado (2011), desde una perspectiva de género, “Las mujeres se centran, en mayor medida, en el papel de su cuerpo como un objeto y se valoran en función de su aspecto físico, que debe ser bello, hipersexualizado, joven y delgado. Los hombres se centran más en las características de su cuerpo vinculadas a su funcionamiento. Su cuerpo ideal es musculoso y se cultiva a través del ejercicio físico” (p. 24).

No obstante, en los últimos años también se ha registrado un aumento notable de estos trastornos en hombres. Esto parece estar relacionado con el crecimiento de ciertos ideales estéticos masculinos, impulsados en parte por la cultura del “fitness” y la presión social por alcanzar cuerpos musculosos o definidos. Esta tendencia es algo que también he podido observar en mi experiencia clínica.

En ese sentido, Frías (2025) expone que, desde 2017, se ha observado un aumento gradual en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en hombres. Este incremento, aunque leve, refleja un cambio importante en la manera en que estos trastornos se diagnostican y visibilizan en el sexo masculino. Durante mucho tiempo se creyó que los hombres no padecían TCA, lo que ha dificultado su detección.

Sin embargo, la transformación de ciertos estándares sociales y culturales, junto con la influencia de movimientos sociales y de nuevas generaciones, ha permitido ampliar la comprensión del fenómeno, reducir el estigma y facilitar su diagnóstico también en varones. Esta perspectiva coincide con lo que he observado en mi experiencia clínica: una mayor apertura entre hombres jóvenes para hablar de sus preocupaciones corporales y alimentarias, muchas veces influenciadas por los ideales promovidos por la cultura del fitness.

Estas conductas alimentarias suelen ser extremas, como la restricción total de ciertos alimentos o el consumo excesivo de otros, como los ultraprocesados. También

pueden implicar prácticas como ayunos prolongados con la justificación de consumir muchas calorías más tarde, o el conteo calórico específico. Además, a menudo se asocian con trastornos como el ejercicio excesivo. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa de nuevos casos de anorexia y bulimia en hombres aumentó de 1.40 por cada cien mil habitantes en 2017 a 1.70 en 2019.

Por otro lado, retomando, las mujeres están subordinadas en muchas esferas de la vida. El papel de los estereotipos de género descriptivos sobre el cuerpo de hombres y mujeres son centrales en la formación de la imagen corporal.

Considero que, desde hace muchos años, el autocuidado no ha sido una prioridad para muchas mujeres, en parte porque los roles de género han impuesto expectativas centradas en el cuidado de otros y otras, más que en el cuidado de una misma. Cuando las mujeres padecen un trastorno alimentario, no tratan a su cuerpo como un organismo que hay que cuidar y alimentar. Entonces, “el proyecto central de las mujeres que sufren trastornos alimentarios es conseguir el cuerpo ideal, arrasando con otros proyectos y metas, y limitando su día a día” (Calado, 2011, p. 28).

### **Autocosificación**

El cuerpo de las mujeres se cosifica socialmente. Una forma de cosificar el cuerpo de las mismas es a través de la fragmentación: centrándose en cada parte del cuerpo por separado (nalgas, barriga, pecho, etc) y hallando fragmentos poco atractivos y creando la necesidad de cambiar su cuerpo.

Calado (2011), también menciona varios ejemplos de cómo las mujeres se pueden auto-cosificar: cuando estas padecen un TCA, no tratan a su cuerpo como un organismo que hay que cuidar y alimentar, ya que su proyecto central es conseguir el “cuerpo ideal”, arrasando con otros proyectos y metas.

También se menciona que las mujeres, en mayor medida, suelen relacionarse con sus cuerpos desde una lógica objetivante. Como mujeres nos resulta más importante agradar a las y los demás a través del físico. En ello, se puede perder salud, energía, tiempo, dinero, y más. “Las consecuencias de tratarse a una misma como tal son la

baja autoestima, el incremento de la autocrítica, la insatisfacción corporal, los desórdenes alimentarios, la ansiedad y la depresión” (Calado, 2022, p. 26).

### **Violencia de Género**

Los cuerpos son víctimas de diversas formas de violencia, que no se limitan únicamente a lo físico. Estas incluyen la manera en que hablamos sobre los cuerpos y la creencia de que el cuerpo ajeno es un tema sobre el cual podemos opinar libremente. La perspectiva de género debería funcionar como un “lente” para analizar cada caso clínico; al menos en mi experiencia, incorporarla ha sido fundamental, pues amplía nuestra visión profesional y nos permite ir más allá del diagnóstico superficial.

En mis palabras, el estereotipo puede ser una forma de violencia de género y en algunos casos de violencia estética. Se vuelve violento en la medida en que se convierte en una forma de discriminar, segregar, oprimir o discriminar a una persona por el hecho de no ser como “debería de ser” o verse como “debería verse”. Además, también en mi opinión, las categorías polarizadas asignadas a cada género (como delgado/obeso, fea/guapa, atractivo/desagradable, etc.) forman parte de una narrativa opresora dominante que invisibiliza la diversidad corporal (Hernández, 2025).

### **Abuso Sexual Infantil (ASI)**

El vínculo entre el abuso sexual infantil (ASI) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) ha sido ampliamente señalado en la literatura como un factor relevante dentro del enfoque multifactorial. Las víctimas de abuso, especialmente aquellas que no reciben una intervención oportuna, presentan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de TCA, los cuales pueden funcionar como una forma de lidiar con el trauma.

Desde esta perspectiva, los trastornos alimentarios no solo son una manifestación de la disfunción emocional causada por el abuso, sino también una vía para expresar y regular el sufrimiento psicológico asociado. Behar y de la Barra (2021) señalan que, aunque el abuso sexual no es un factor específico para el desarrollo de patologías mentales, “constituye un fenómeno significativo predisponente, desencadenante y perpetuante para la emergencia de un TCA, principalmente bulimia nerviosa” (p. 316).

Asimismo, diversos estudios citados por las autoras han evidenciado la relación entre el ASI y la aparición de conductas alimentarias de riesgo, como dietas restrictivas, ayuno prolongado, vómito autoprovocado, o el uso de laxantes y diuréticos, las cuales pueden actuar como manifestaciones premórbidas de un TCA, especialmente en personas con comorbilidades psiquiátricas previas o concurrentes.

### ***El “Fat talk” y su relación con la narrativa***

En mis palabras, el *Fat Talk* es un término actual para referirse a la narrativa social dominante centrada en la gordofobia y una forma de normalizar en el lenguaje el rechazo hacia los cuerpos no normativos. Algunos ejemplos comunes observados en la vida cotidiana y el medio social en el que me encuentro, así como lo observado en mi práctica clínica son frases como: “*me siento gorda*”, “*estoy hecho un cerdo*”, “*qué bonita te ves ahora que bajaste de peso*”, etc.

Cuando retome los postulados principales del enfoque narrativo en la terapia veremos que las palabras y las narraciones que se tejen a nivel social construyen la realidad en la que vivimos. En ese sentido, la insatisfacción corporal y la necesidad de aprobación mediante el tamaño del cuerpo suele incrementar significativamente debido a escuchar o participar en conversaciones como las que se promueven con el *fat talk* y a través de la normalización de estos discursos estigmatizantes.

### **¿Cuerpos normados? Una postura desde la interseccionalidad**

Es importante entender la perspectiva de la interseccionalidad cuando de los cuerpos se habla. La interseccionalidad es “un concepto que nos permite identificar las interacciones entre el género, la raza, la clase, la edad, la sexualidad y otros vectores de la diferencia y de la discriminación mutuamente constitutivos que marcan las relaciones sociales y las identidades en distintos niveles de análisis” (Golubov, 2018). En mi práctica clínica, es una herramienta útil para detectar las múltiples discriminaciones que se entrecruzan de tal forma que cotidianamente producen la subordinación y marginación. Existen mecanismos por medio de los cuales se forman y perpetúan las clasificaciones de ciertas personas y grupos sociales en los regímenes de desigualdad. En mi opinión profesional resulta importante comprender

las distintas realidades que atraviesan las vidas de las personas, es importante, ya que por ejemplo, la seguridad corporal y el autoestima existen en un medio complejo. Esta forma de ver el mundo nos permite cuestionarnos y respondernos el: ¿Cuándo y dónde se intersectan dos o más vectores de la discriminación?

Lobatón (2022), explica la relevancia de la diversidad corporal de la siguiente manera:

Vivimos en una cultura que jerarquiza los cuerpos, de forma que se promulga y promueve la idea de que algunos cuerpos son mejores o superiores a otros; estas jerarquías corporales conforman sistemas de opresión que otorgan mayores privilegios a las personas cuyas identidades se acercan más a la cima de la jerarquía. El cuerpo normado, hegemónico y que es el receptor de mayores privilegios es el de un hombre blanco, delgado, cisgénero, heterosexual y con rasgos eurocéntricos. De esta forma, quienes más se alejan de esta hegemonía corporal suelen ser receptores de opresión, discriminación y tienen menos oportunidades en diversas áreas (p.44).

## **Terapia Familiar Sistémica**

### **La familia con la presencia de un TCA**

Desde un enfoque sistémico, el síntoma que presenta el paciente “identificado” (o el miembro del sistema que manifiesta el síntoma/malestar) se entiende como una señal de advertencia que refleja las dificultades presentes en la familia, las cuales están a la espera de un cambio en su dinámica interna. Mientras no se realicen dichos cambios y el sistema continúe buscando su equilibrio, el síntoma permanecerá vigente. Desde el ojo sistémico, se piensa que “las dinámicas disfuncionales del conjunto del sistema quedan desatendidas, depositando la responsabilidad en el miembro que padece el síntoma para así, evitar el cambio” (García, p.4).

## **Familia y Contexto Social**

La familia no vive en aislamiento, sino en contacto constante con su contexto. Se denomina contexto (del latín *contextus*, entretejido) como “el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos” (Althaus, Gallardo, Ordaz, Monroy & Nurko, 2013, p. 17). Desde esta premisa, es cómo interactúo con las familias que me consultan, es decir, investigo cómo la familia desde

sus propios contextos dota de significado aquellas categorías relacionadas con los TCA. En este sentido, el pensamiento sistémico - del cual me nutrí - me ayudó a complejizar mi forma de intervenir, evitando una mirada reduccionista y lineal.

Cada familia tiene su propia historia, y fue importante para mí reconocer que cada una de ellas acudía para contarme su visión del problema, el cual pertenecía a un contexto más amplio del que yo y otros terapeutas podíamos ver.

### **TCA y enfoque sistémico**

Whittingslow y Losada (2013), nos remontan a los años previos a los setenta en donde los TCA eran considerados enfermedades psicosomáticas y el tratamiento no incluía a la familia. Con el surgimiento de las terapias sistémicas el abordaje y la perspectiva se modifica, pues se busca vincular al síntoma con el entorno y así dar lugar a la familia a participar en el proceso de solución del problema o síntoma, como lo puede ser un síntoma de anorexia, por ejemplo. En ese sentido, incluir al “paciente identificado” a las sesiones de terapia familiar en APTA y no solamente brindar el servicio a la familia del o la paciente, fue algo que aunque generó incomodidad y prejuicios, considero que sembró la semilla del posible efecto positivo que tendría trabajar con el sistema completo, incluyendo a la persona de la terapeuta, en ese caso, yo.

Según Bertalanffy (2006), los síntomas son vistos como parte de las interacciones que se dan en el sistema familiar. Las terapias familiares sistémicas sostienen entonces que las dificultades familiares aparecen cuando una familia no ha podido solucionar y afrontar las tareas evolutivas y adaptarse así a los nuevos requerimientos que el sistema y contexto exigen.

Un ejemplo es cuando una mujer adolescente comienza a mostrar signos de una autonomía propia del periodo de la adolescencia, pero el resto de la familia actúa e interactúa con ella de forma que imposibilita su independencia, de ser así, la mujer en cuestión podría empezar a mostrar síntomas de buscar esa autonomía por medio del

“control” de la ingesta de su comida, mostrando así que puede tomar decisiones por ella misma.

En los siguientes apartados expondré como Minuchin con su Modelo estructural y algunos autores del modelo de Milán, fueron los primeros en incluir formalmente a todas las partes del sistema familiar en el acompañamiento terapéutico.

Los primeros postulados sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en el campo de la terapia familiar se centraron mayormente en la anorexia nerviosa, estudiándola como un fenómeno principal y representativo de estos trastornos. Sin embargo, hoy en día comprendemos que los TCA son más complejos y abarcan no solo problemas relacionados con la imagen corporal, sino también diversas conductas que requieren intervención y modificación específicas<sup>1</sup>.

Sin embargo, hoy en día comprendemos que los TCA son más complejos y abarcan no solo problemas relacionados con la imagen corporal, sino también diversas conductas que requieren intervención y modificación específicas. Por ello, aunque los modelos iniciales, como el estructural de Minuchin y el enfoque del Equipo de Milán, surgieron en un contexto en el que la anorexia era el foco principal, sus postulados pueden adaptarse y ampliarse para abordar la variedad y complejidad de los trastornos alimentarios actuales, incluyendo la bulimia y el trastorno por atracón.

El modelo estructural de Minuchin (1978) describe a las “familias psicósomáticas” como sistemas familiares caracterizados por patrones rígidos, límites difusos y coaliciones que mantienen el trastorno. En su obra *Psychosomatic Families*, Minuchin y colaboradores plantean que la anorexia nerviosa funciona como un síntoma que refleja y perpetúa las dificultades estructurales de la familia, y que la intervención debe centrarse en reorganizar esas estructuras para favorecer un funcionamiento más saludable.

Por su parte, el Equipo de Milán (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980) propone una intervención basada en la neutralidad y el cuestionamiento circular,

---

<sup>1</sup> Esta definición fue creada a partir de mi propia experiencia.

evitando atribuir culpabilidad a la familia. Su enfoque conceptualiza el síntoma como una expresión de reglas comunicacionales disfuncionales y creencias compartidas dentro del sistema familiar. En lugar de focalizarse en modificar conductas específicas, trabajan para cambiar los patrones repetitivos que sostienen el trastorno, utilizando técnicas como el *reframing* y las paradojas terapéuticas.

Estos enfoques, aunque desarrollados en el contexto de la anorexia, han sentado las bases para comprender los TCA desde una perspectiva sistémica, permitiendo adaptaciones que contemplen la diversidad y complejidad de los trastornos alimentarios actuales, como por ejemplo mi propuesta con APTA, visión que me ha funcionado a mí, la cual puede ser aplicable para cualquiera de los TCA que sabemos hoy en día que existen. Por lo tanto, “estos modelos no requieren ser leídos como un vacío, sino como una muestra de que las propuestas de acompañamiento son contextuales e históricas y, que por lo tanto, se transforman a lo largo del tiempo” (Salazar y Hernández, 2025).

### **Enfoque Estructural**

Aunque el enfoque estructural de la terapia sistémica no es nodal en todo el proceso que tuve con familias y TCA, porque las intervenciones tienen un corte más posmoderno, sí ha nutrido mi experiencia clínica, sobre todo en el trabajo realizado en APTA. Los conceptos que yo considero relevantes de este modelo para el trabajo con estas familias serían: los tipos de familias o estructuras familiares, tipos de límites y el concepto del diagnóstico familiar según el síntoma del p.i. El enfoque estructural de las familias se basa en el concepto de que una familia no se reduce a los aspectos bio psico dinámicos individuales de sus miembros; más allá de lo intrapsíquico, se enfoca en cómo los miembros de una familia se relacionan con ciertas “disposiciones”, las cuales constituyen un todo: la estructura de la familia. Comenzaremos mencionando y citando a Salvador Minuchin en los siguientes párrafos.

Salvador Minuchin, representante del Modelo Estructural en la Terapia Sistémica, describe el síntoma como un resultado de una falla en la estructura de la familia consultante, explicada a través de términos como son la confusión de roles y

jerarquías, alianzas o coaliciones entre los subsistemas y un deterioro de las funciones ejecutivas.

Minuchin, Rosman y Baker (1978) proponen que los trastornos de la conducta alimentaria deben entenderse como parte de un sistema familiar “disfuncional” donde convergen factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en patrones específicos que mantienen el trastorno.

De acuerdo con Whittingslow y Losada (2013) este modelo estructural identifica las características principales de interacción entre las y los integrantes de las familias psicósomáticas:

- El aglutinamiento o sobreimplicación entre los miembros, transgrediendo los límites generacionales.
- Sobreprotección reflejada en el alto nivel de preocupación del bienestar de los miembros entre sí retrasando el desarrollo de autonomía de los hijos.
- Rigidez reflejada en el hecho de mantener el estado sin permitir cambios necesarios para la evolución y desarrollo.
- Evitación del conflicto.
- La implicación del hijo sintomático en conflictos maritales. En este último punto, el autor describe tres diferentes modos posibles en los cuales esto puede suceder:
- El primero es llamado triangulación y consiste en la mala interpretación de las conductas del hijo por parte de los padres en donde cualquier cosa que el hijo realice o exprese es considerada como una toma de partido a favor de alguno de los dos padres.
- Otras veces el hijo se encuentra en una coalición estable con alguno de los dos padres, generando así una especie de bloque en contra del otro padre.
- El tercer patrón es el denominado desviación, en este caso los cónyuges se encuentran unidos con el objetivo de cuidar o culpar al hijo considerándolo como el problema que existe en la familia

El paciente identificado según Minuchin, es el integrante de la familia que expresa de modo más visible un problema que afecta al sistema en su totalidad. A diferencia de una postura y una visión psiquiátrica, en donde se requiere la recopilación de datos acerca del paciente, un diagnóstico familiar requiere que el/la terapeuta se acomode a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por su evaluación de sus experiencias de la interacción de la familia en el presente. Un objetivo del proceso diagnóstico es ampliar la conceptualización del problema.

En mi práctica con las familias, me fue muy útil esta visión, porque me permitió fusionarme con el sistema entero y proponer en la fundación que él o la p.i de la familia (la persona con el TCA) fuera parte de las sesiones familiares, ya que en un inicio se sugería que fueran las sesiones (sin importar si era en la modalidad de taller o de terapia familiar) únicamente con los familiares y no con presencia del o la p.i.

Un punto importante que propone el modelo estructural, y que lo diferencia del psicoanálisis, es la conceptualización de la dependencia. Como menciona Minuchin (1974) en su libro "Familias y terapia familiar", cada integrante y subsistema familiar debe negociar un equilibrio entre autonomía e interdependencia, y el terapeuta ayuda a facilitar este intercambio flexible. A diferencia de la connotación peyorativa que suele tener el concepto de dependencia en la teoría psicodinámica, la terapia familiar reconoce y valora la interdependencia entre las y los integrantes del sistema. No obstante, resulta fundamental alcanzar un grado adecuado de permeabilidad en los límites para que la familia funcione de manera saludable.

En una familia aglutinada, los límites deben ser consolidados para facilitar la individuación de cada integrante. La o el terapeuta entonces se une al sistema con la intención de clarificar los límites. Por otro lado, en las familias desligadas, la o el terapeuta actúa para disminuir la rigidez de los límites, facilitando el flujo entre los subsistemas para que exista mayor apoyo y orientación.

En el libro "Técnicas en terapia familiar" de Minuchin y Fishman (1984), se describen las familias aglutinadas y desligadas en términos de la flexibilidad de sus límites internos. La familia aglutinada es un tipo de familia donde los miembros tienen una

relación muy cercana y fusionada, con límites internos poco claros, lo que impide que los miembros puedan establecer una identidad individual o autonomía dentro de la unidad familiar. Por otro lado, la familia desligada se caracteriza por límites entre sus integrantes muy estrictos y rígidos, lo que genera una separación emocional y física, dificultando la conexión y la cooperación entre los integrantes del sistema familiar.

En el campo teórico de los TCA, investigaciones han identificado la rigidez como una característica de las familias con TCA que se expresa en el deseo de mantenerse sin cambios, así como en conductas sobreprotectoras y de una aparente unión. Un informe indicó que las familias afectadas por trastornos de la conducta alimentaria parecen ser saludables y sin conflictos visibles, pero al observar su funcionamiento se evidencian dificultades crónicas en el matrimonio, deficiencias en la comunicación, hostilidad reprimida, depresión y problemas sexuales. Se sugiere que estas familias tienen dificultades para reconocer necesidades, así como para expresar emociones y sentimientos, y se ha propuesto que la anorexia y la bulimia son trastornos que se transmiten de generación en generación (López y Nuño, 2009).

En el estudio realizado por López y Nuño (2009) cuyo objetivo era caracterizar desde la perspectiva de mujeres jóvenes mexicanas con anorexia y bulimia, la estructura familiar de dos generaciones, quisiera mencionar algunas de sus conclusiones que llamaron mi atención en mi investigación, debido a que encontré similitudes en cuanto a las familias en APTA. Al respecto, los autores describen que algunas de las familias estudiadas se encontraban en el extremo de la “rigidez” en el cual se desarrollaron con límites en extremo rígidos y la comunicación entre los subsistemas fue descrita como difícil. Los dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento.

Es posible considerar que todas estas familias pertenecían a un punto situado entre un continuum, cuyos polos son los dos extremos de límites, difusos por un lado y sumamente rígidos por el otro” (López y Nuño et.al, p. S50). También, se comenta que en algunas de las generaciones de abuelos se relató que ejercían control rígido, tanto sobre los hijos como sobre los nietos y que asimismo las pautas transaccionales

aglutinadas entre los padres e hijos estuvieron caracterizadas por sobreprotección en algunas familias". (López y Nuño et.al, p. 50).

Desde otro punto de vista, Losada (2011), menciona que la terapia debe apuntar en un principio a la eliminación del síntoma, pero solo como un primer paso, ya que luego es necesario realizar una reestructuración familiar tratando de lograr cambios en las pautas y patrones que regulan la organización de la familia, y que favorecen el mantenimiento del trastorno alimentario para finalmente coadyuvar el proceso de individuación y autonomía.

Así mismo, Rodríguez (1996), planteó que una de las situaciones más comunes en la dinámica familiar son las disfunciones en el sistema conyugal que presentan las familias con una persona diagnosticada con trastorno de conducta alimentaria. Algunas de las características que reflejan esta falla de funcionamiento son: la desautorización de los mensajes de los miembros entre sí, así como también la dificultad de los padres para responsabilizarse de sus propios sentimientos o ideas. Así es como el paciente encuentra en la patología alimentaria una forma de expresión del descontento o protesta.

El autor manifiesta que a través de la exploración de las interacciones pasadas de los padres con sus propios padres, es posible encontrar procesos de individuación atascados lo que implica no haber podido separarse de una forma "saludable" de su familia de origen.

### **Mirando hacia la posmodernidad**

En esta sección de mi tesis se abordará lo propuesto por Karl Tomm (1987) en cuanto al uso de preguntas como intervención terapéutica. Tomm sugiere que una entrevista clínica brinda múltiples oportunidades para actuar terapéuticamente, muchas de las cuales pueden no ser percibidas conscientemente por el terapeuta. Por esta razón, él propone la elaboración de directrices que orienten la práctica del terapeuta hacia intervenciones más efectivas. En su propuesta de esta cuarta directriz, retoma los conceptos de los asociados de Milán que definieron las primeras tres directrices básicas: la elaboración de hipótesis, la circularidad y la neutralidad. Para términos de esta tesina, haré mención únicamente de las características de esta guía de

preguntas, ya que me pareció útil para abordar con las familias consultantes, ya que permite estructurar intervenciones de manera estratégica, ayudando a cada terapeuta a tomar decisiones claras y enfocadas.

### **La entrevista interventiva según Karl Tomm**

La entrevista como intervención se refiere a una orientación en la que todo lo que un entrevistador hace y dice, y todo lo que no hace y no dice, es considerado una intervención que podría ser terapéutica, no terapéutica o anti terapéutica. Considero importante recalcar que este modelo tiene un enfoque de segundo orden según la terapia sistémica, en el cual el consultante o paciente es parte del sistema observado, porque:

Las entrevistas con intervenciones también toman en serio el punto de vista de que el efecto real de cualquier intervención en particular en un paciente siempre es determinado por el paciente, no por el terapeuta. Las intenciones y consecuentes acciones del terapeuta provocan una respuesta; nunca la determinan (Karl Tomm, 1987, p. 3).

Así, puede que una pregunta cuidadosamente preparada que la o el terapeuta entiende como «una intervención terapéutica», no tenga ningún impacto terapéutico en absoluto. A la inversa, algo que la o el terapeuta no pretende que sea una intervención terapéutica podría llegar a tener un efecto terapéutico importante.

### **Las preguntas reflexivas como medio para activar la autocuración**

Pearce y Cronen desarrollaron la teoría del Coordinated Management of Meaning (CMM), la cual propone que la reflexividad es una característica inherente a las relaciones entre significados dentro de los sistemas de creencias que guían las acciones comunicativas. Karl Tomm (1987) retoma esta teoría en su propuesta sobre la entrevista como intervención terapéutica, al señalar que el uso de preguntas reflexivas busca precisamente activar en las o los consultantes procesos de autorreflexión que los capaciten para generar nuevos patrones de pensamiento y conducta.

La o el terapeuta adopta una postura facilitadora y hace deliberadamente aquellos tipos de preguntas que sean susceptibles de abrir nuevas posibilidades de autocuración. Se postula que el mecanismo que produce en los clientes el resultado terapéutico resultante es la flexibilidad entre niveles de significado dentro de sus propios sistemas de creencias. Adoptando este modo de investigar y aprovechando las oportunidades de hacer diversas preguntas reflexivas, puede que la o el terapeuta sea capaz de aumentar la efectividad de sus entrevistas. Pretenden influenciar al cliente o familia de una manera indirecta o general, y se basan en presupuestos circulares acerca del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico.

El propósito de estas preguntas es predominantemente facilitador. Las preguntas son reflexivas en el sentido de que están formuladas para desencadenar que los miembros de la familia reflexionen acerca de las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales y consideren nuevas opciones. Se asume que los integrantes de la familia son individuos autónomos y que no se les puede determinar directamente. La o el terapeuta se comporta más bien como un guía o entrenador que anima a los integrantes o miembros de la familia a movilizar sus propios recursos de resolución de problemas.

### **De la patologización hacia la reflexividad: preguntas reflexivas**

Las preguntas reflexivas pueden ser tan variadas como las hipótesis que puede formular un terapeuta acerca de los problemas de un cliente o familia individual y las estrategias que él o ella considere útil a la hora de capacitar a los miembros de la familia para que encuentren alternativas en sus actividades de resolución de problemas. La formulación de preguntas reflexivas constituye un aspecto de las entrevistas con intervenciones orientadas a permitir a los las o los consultantes a generar por sí mismos o mismas nuevos patrones de cognición.

Algunos ejemplos de tipos de preguntas reflexivas son: preguntas orientadas al futuro, preguntas que colocan en la perspectiva de observador, preguntas de cambio inesperado de contexto, preguntas con sugerencia implícita, preguntas de comparación normativa, preguntas que clarifican distinciones, preguntas que introducen hipótesis, preguntas que interrumpen el proceso.

Muchas preguntas pretenden orientar a la o el terapeuta hacia la situación y las experiencias del cliente; otras se hacen ante todo para provocar un cambio terapéutico. Algunas preguntas se basan en asunciones lineales acerca de los fenómenos que se están abordando; otras se basan en asunciones circulares. Algunos patrones de conversación pueden llegar a ser mucho más terapéuticos que otros. Uno de los factores que contribuyen a estas variaciones es la naturaleza de las preguntas que se hacen.

### **Preguntas Lineales**

Se hacen para orientar al terapeuta respecto a la situación del cliente y se basan en asunciones lineales acerca de la naturaleza de los fenómenos mentales.

El propósito de estas preguntas es predominantemente **investigador**. El terapeuta se comporta en buena medida como un investigador o detective que está intentando descifrar un enigma complejo: ¿Quién hizo qué cosa? ¿Dónde? ¿Cuándo? y ¿Por qué? La mayoría de las entrevistas empiezan con al menos algunas preguntas lineales. Esto es con frecuencia necesario para unirse a la familia a través de sus puntos de vista, habitualmente lineales, acerca de la situación. Con esta forma de investigar, el terapeuta tiende a adoptar una postura reduccionista al intentar determinar la causa específica del problema.

### **Preguntas Circulares**

Se hacen para orientar al terapeuta respecto a la situación del cliente, pero se basan en presupuestos circulares acerca de la naturaleza de los fenómenos mentales. El propósito de estas preguntas es predominantemente **exploratorio**. El terapeuta se comporta más como un explorador, investigador o científico que se dispone a hacer un nuevo descubrimiento. Se asume que todo está conectado de alguna forma con todo lo demás. Se formulan preguntas para poner de manifiesto los «patrones que conectan» personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, eventos, creencias, contextos, etc., en circuitos recurrentes o cibernéticos.

Estas preguntas buscan revelar patrones circulares recurrentes que conectan percepciones y eventos. Tienden a ser más neutrales y aceptadoras. Puede que un terapeuta más sistémico empiece la entrevista de forma diferente: *¿Cómo es que nos*

*encontramos juntos hoy, ¿Quién más se preocupa?, ¿Quién cree usted que se preocupa más?, ¿Quién se imagina usted, que es el que menos se preocupa?, ¿Qué hace x cuando se preocupa, ¿Quiénes ven más la preocupación de x?, pueden ser preguntas de este tipo.*

### **Preguntas Estratégicas**

Se hacen para influenciar al cliente o familia de una forma específica, y se basan en asunciones lineales acerca de la naturaleza del proceso terapéutico. La intención de estas preguntas es predominantemente **correctiva**. El terapeuta se comporta como un maestro, instructor o juez, que dice a los miembros de la familia cómo se equivocaron y cómo deberían comportarse (aunque indirectamente, en forma de preguntas). El terapeuta trata mediante preguntas estratégicas de hacer cambiar a la familia, es decir, trata de que piense o se comporte de una forma que el terapeuta considera más «correcta».

### **Preguntas Reflexivas**

Pretenden influenciar al cliente o familia de una manera indirecta o general, y se basan en presupuestos circulares acerca del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico. El propósito de estas preguntas es predominantemente **facilitador**. Las preguntas son reflexivas en el sentido de que están formuladas para desencadenar que los integrantes de la familia reflexionen acerca de las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales y consideren nuevas opciones. El o la terapeuta se comporta más bien como un guía o entrenador que anima a los miembros de la familia a movilizar sus propios recursos de resolución de problemas.

### **Construccionismo Social**

Sobre el construccionismo social, Harlene Anderson (1997), citada por Agudelo y Estrada (2012), señala que esta postura no se queda solo en decir que la conducta depende del contexto o que todo es relativo. Más bien, plantea que el contexto está formado por muchas relaciones que se crean a través del lenguaje. Desde esta mirada, no solo las conductas, sino también los sentimientos, emociones y formas de entender las cosas se construyen en conjunto con otras personas. Sus teóricos

aceptan que lo que ocurre entre los seres humanos adquiere significado a partir de la interacción social, expresada a través del lenguaje.

Esto cobra sentido, desde mi punto de vista, en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que el lenguaje actual se ha vuelto un medio que sostiene y mantiene conductas alimentarias de riesgo, que pueden ser parte de un TCA.

Es decir, lo que somos y lo que pensamos no surge de forma individual, sino en la relación con las y los demás. El lenguaje, entonces, no es solo una herramienta para comunicarnos, sino una forma de crear la realidad que vivimos.

### **Terapia Narrativa**

“El cuerpo deseado es un discurso social propio de una época y sociedad”  
(Agudelo y Estrada, 2012).

El modelo narrativo es crucial para mi abordaje con familias en la fundación, este me permitió ampliar mi mirada y reformular mi posición como terapeuta “experta” en el tema, abriendo la posibilidad de que las familias mismas, y sobre todo la persona con TCA, me guiara en el conocimiento de sus propios problemas porque no soy yo, sino la familia, quien conoce su historia.

“La terapia narrativa, desarrollada por Michael White y David Epston, ha sido propuesta como una intervención eficaz para una variedad de dificultades psicológicas, incluidos los trastornos alimentarios (TCA). Este enfoque se centra en dos componentes terapéuticos clave: primero, la deconstrucción y externalización de la historia dominante saturada por el problema; y segundo, el descubrimiento, fortalecimiento y actuación de historias de identidad alternativas que han sido oscurecidas por la narrativa del problema.”<sup>2</sup>. (Heywood, Conti, Hay, p.3)

Heywood, Conti y Hay (2022), realizaron una síntesis sistemática de los componentes de la terapia narrativa para tratar los trastornos alimentarios, la cual nos ayuda a resumir los puntos siguientes:

---

<sup>2</sup> Traducción propia

### **La persona con el TCA es la experta**

Desde mi opinión, esta premisa es fundamental para ampliar la mirada a una mirada de segundo orden, en donde el o los clientes son agentes activos de cambio en la problemática, en este caso, los TCA.

Varios estudios mencionados por Heywood, Conti y Hay (2022) coinciden con esta perspectiva. Por ejemplo, estas autoras señalan que Maisel, Epston y Borden destacan que la persona afectada tiene el conocimiento más íntimo sobre el problema porque lo ha vivido en carne propia. Esta postura tiene suma relevancia, especialmente porque muchas personas con preocupaciones alimentarias han tenido experiencias previas de tratamiento que fueron patologizantes o cargadas de juicio.

Además, otros estudios citados muestran que este enfoque se aplica no sólo en adultos, sino también en niños y niñas, adolescentes y familias. Estos trabajos enfatizan la necesidad de construir el problema desde las palabras y experiencias del cliente, y de considerar qué significa la recuperación para cada quien (por ejemplo, recuperar el placer de comer, volver a estudiar o ampliar su red social) (citado en Heywood, Conti y Hay, 2022).

En mi práctica clínica, en la fundación tomé en cuenta lo que también mencionan Heywood, Conti y Hay (2022), acerca de que asegurar el consentimiento del cliente y reconocerlo como experto en su propia vida es fundamental en la terapia narrativa. También mencionan que Maisel, Epston y Borden destacan que la persona posee el conocimiento más íntimo sobre su problema por haberlo vivido. Este enfoque promueve una actitud terapéutica basada en la curiosidad y el respeto, fomentando la “co-investigación” para construir soluciones personalizadas junto al cliente.

### **El problema es el problema**

Los primeros trabajos de White destacaron la importancia de separar el problema de la persona, considerando que el problema se desarrolla a pesar de los mejores esfuerzos del individuo y su familia por encontrar una solución. En mi camino en la fundación, me topé con el constante problema de ver a la mayoría de familias con un

discurso predominante además de la centralización del familiar con el diagnóstico, sugiriendo explícita e implícitamente que la persona no quiere cambiar, que el cambio es cuestión de actitud, y que el TCA se había vuelto tan grande que determinaba una nueva identidad para su familiar. Esto no solo constituía un impedimento para el cambio, sino que se convertía en una piedra en el camino que dificultaba a las familias reconocer en su familiar con el trastorno posibles rayos de esperanza. En este sentido, separar a la persona del diagnóstico resultó nodal en el proceso.

### **Identidad multi-historiada**

La identidad se entiende como multi-historiada, es decir, construida por múltiples relatos de vida que las personas elaboran para darle sentido a sus experiencias, relaciones y eventos en sus contextos sociales y culturales. Heywood, Conti y Hay (2022) señalan que varios estudios respaldan esta conceptualización y las resumen comentando por ejemplo, que las visiones unilaterales o “delgadas” de la identidad reducen a la persona a la historia del problema. De forma similar, destaca que el objetivo principal de la terapia narrativa familiar es crear colaborativamente relatos multi-historiados de la vida e identidad de la persona y resalta la importancia de enfocar la atención en aspectos externos al problema, tales como relaciones, fortalezas, hobbies y aspiraciones. Esta visión amplia permite fomentar acciones que desafían el trastorno alimentario, como la escritura creativa o cuestionar creencias limitantes.

Además, algunos estudios plantean que la identidad no solo se narra, sino que también se actúa diariamente. Por ejemplo, ciertas conductas relacionadas con el cuerpo reflejan expectativas sociales que las personas internalizan y reproducen. La terapia narrativa busca explorar cómo se desempeñan estas identidades y cómo pueden transformarse.

Finalmente, el lenguaje es un elemento central en este enfoque y es nodal en mi trabajo con familias experimentando el proceso de un TCA. Se promueve el uso de palabras que no juzguen ni culpabilicen, y se adopta la técnica de externalización para separar a la persona (o lo que se nombra como paciente identificado) del problema. Esto ayuda a reducir la sensación de culpa o responsabilidad excesiva y fortalece la

capacidad del cliente para reconocerse como alguien distinto del trastorno. Esta forma de hablar se sostiene durante todo el proceso terapéutico y también se fomenta para que el cliente la incorpore en su vida cotidiana.

### **La deconstrucción como camino práctico para cuestionar al trastorno**

El uso de la deconstrucción del problema alimentario puede ser útil para explorar cómo los clientes habían sido reclutados en creencias o ideas sobre sí mismos como personas. Heywood, Conti y Hay (2022) señalan que White (1991) describió la deconstrucción como la identificación de prácticas, actitudes e ideologías que se dan por sentadas y sobre las cuales se construye la historia del problema.

Asimismo, se comenta que este proceso de deconstrucción ocurre en múltiples niveles, desde discursos sociales, políticos y culturales más amplios (por ejemplo, construcciones de género, medicalización de los trastornos alimentarios, la influencia de los medios, etc.) hasta factores familiares e individuales (por ejemplo, narrativas de apego, guiones parentales, etc.).

Epston, Morris y Maisel (1995), consideraron cómo se pueden utilizar recursos provenientes de otras personas que comparten una experiencia vivida con trastornos alimentarios (la "Liga Anti-AN/BN") dentro del proceso de deconstrucción. Esto se llevó a cabo a través de la lectura de historias de otras personas con experiencias similares, incluidas influencias sociales que pudieron haberlas reclutado hacia una relación problemática con la comida y su cuerpo.

### **Técnicas narrativas: Externalización**

En el apartado anterior hice mención de las premisas principales del enfoque narrativo en relación al abordaje de los TCA. Para fines de esta tesina, utilicé sobre todo la técnica de externalización del problema, la cual se define como:

Un abordaje terapéutico que invita a las personas a externalizar los problemas que las oprimen, es decir, a verlos como entidades separadas y externas a sí mismas o a las relaciones en las que se encuentran implicadas. Esto permite despersonalizar el

problema y abrir espacio para que la persona pueda relacionarse de manera diferente con él (White & Epston, 1993).

En el apartado 4.4.4. podremos ver a detalle un ejemplo en el cual se busca separar al problema de la persona, ubicándolo en el exterior a modo de personificación e incluyendo a toda la familia al “análisis” del problema.

### **Escenario o contexto: las características donde se desarrolla la actividad profesional**

#### **Fundación APTA: Tratamiento Integral para Trastornos Alimentarios**

Esta organización se enfoca en el tratamiento de trastornos alimentarios, como anorexia, bulimia y trastorno por atracón, brindando un enfoque accesible y profesional para personas de bajos recursos (Fundación APTA, s.f.). Además, se ofrece atención ambulatoria, lo que permite que los pacientes reciban tratamiento sin internamiento, pero con la opción de ser referidos a clínicas si es necesario (Fundación APTA, s.f.).<sup>3</sup>

El problema de los trastornos alimentarios es creciente en México, como lo muestra la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, que señala que un 18.3% de los jóvenes está preocupado por su peso, y un 3.2% ha adoptado conductas de riesgo (Fundación APTA, s.f.). Esto subraya la importancia de las iniciativas preventivas que realiza la fundación, enfocándose en la educación y en combatir la idealización de cuerpos delgados desde edades tempranas.

La misión de la fundación es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias mediante terapia psicológica y médica, buscando consolidarse como líder en el tratamiento de trastornos alimentarios en el país (Fundación APTA, s.f.). Además, su enfoque terapéutico basado en el psicoanálisis permite abordar las causas emocionales de los trastornos alimentarios, buscando soluciones duraderas y mejorando las relaciones interpersonales de los pacientes (Fundación APTA, s.f.).

---

<sup>3</sup> La siguiente información ha sido obtenida directamente del sitio web de la Fundación APTA.

El enfoque terapéutico de APTA se basa en el psicoanálisis, que, según la fundación, ofrece una técnica profunda que permite entender las causas subyacentes del sufrimiento del paciente, mejorando no solo sus relaciones interpersonales, sino también su armonía con el entorno. Aquí se resalta la importancia de un enfoque psicológico profundo que no solo trata los trastornos alimentarios como síntomas aislados, sino como parte de un conflicto emocional más amplio. Aunque no coincide con el enfoque no individualista del enfoque sistémico, reconozco que este tipo de terapia puede ofrecer resultados positivos al centrarse en la raíz emocional y psicológica del problema, en lugar de tratar solo los síntomas superficiales.

Con base en la búsqueda de información, encontré que para el psicoanálisis los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son manifestaciones de conflictos inconscientes, principalmente relacionados con la represión de impulsos instintivos y el control de la imagen corporal. Cuando los impulsos sexuales y otras emociones no pueden ser expresados de manera directa, se desvían hacia comportamientos como el control de la alimentación.

Desde el punto de vista del desarrollo emocional, Winnicott (1965) subraya la importancia de un ambiente emocionalmente seguro durante la infancia para la construcción de una autoestima saludable. La ausencia de este entorno puede llevar a que la persona recurra a mecanismos de defensa como el control del cuerpo y de la alimentación. Además, plantea que la actitud hacia la figura materna influye profundamente en la relación con la comida, entendida como una extensión simbólica de ese vínculo temprano.

Por otro lado, “los síntomas relacionados a la nutrición varían según la relación del niño con otras personas. Por lo tanto, si esta relación con la figura materna se caracteriza por ser dañina, lo que se ingiere también lo será. Respecto a esto, los pacientes anoréxicos otorgan excesiva importancia a su imagen corporal, la cual está claramente distorsionada y llevada a niveles extremos”. (Velarde, 2016)

En resumen, el psicoanálisis entiende los TCA como intentos de resolver conflictos emocionales no resueltos relacionados con la imagen corporal y la identidad. El tratamiento psicoanalítico se enfoca en resolver estos conflictos inconscientes y promover una relación más saludable con el cuerpo.

### **Universo de estudio**

Los motivos de consulta que observo en APTA varían según cada caso, pero he observado un patrón común en situaciones tanto de Anorexia como de Bulimia. A pesar de las significativas alteraciones fisiológicas y psicológicas que los pacientes exponen en las primeras entrevistas, relacionadas con la alimentación, el cuerpo o el trastorno alimentario en sí, existen situaciones que, aunque no siempre se mencionan explícitamente como motivos de consulta o como padecimientos actuales, están implícitas en muchos de los casos. Entre estas situaciones se incluyen: dinámicas familiares conflictivas, la falta de redes de apoyo consistentes y presentes, así como creencias y narrativas dominantes sobre la gordofobia y los estándares de belleza irreales, las cuales suelen ser interiorizadas y establecidas durante la adolescencia.

Para ejemplificar e ilustrar a las personas lectoras del presente trabajo los mapas que propongo para el análisis de las familias, haré mención de las metáforas de animales propuestas por el equipo de Janet Treasure del Maudsley Hospital de Londres (2007) en su libro “Los Trastornos de la Alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido”, para ejemplificar diferentes estilos de respuesta emocional y estilos de cuidado que yo observo por parte de los familiares del paciente con TCA. El objetivo de esta metáfora es tomar conciencia del estilo de respuesta emocional de la familia y favorecer una más adaptativa a través de los ejemplos de patrones de respuesta de los animales.

### **Propuesta de Mapas familiares (tipologías): una propuesta de reconocimiento relacional**

Con estos mapas no se busca categorizar ni mucho menos patologizar, sino crear un mapa que le ayude a cada lector o lectora a orientarse en el presente trabajo y dar pautas para otros acompañantes de TCA de lo que se pudieran llegar a encontrar al conocer a los diversos sistemas familiares.

## **Tipología 1: Distanciamiento**

La metáfora de avestruz representa al cuidador que se relaciona con el síntoma del paciente id (o con TCA) de manera evasiva. Posiblemente guiada por el miedo, el cuidador, cuidadora o cuidadores (como por ejemplo el resto de las y los integrantes de la familia) tienen una reacción evitativa y negativa hacia la enfermedad. Se observa esta dinámica como forma de una estructura familiar distanciada y desligada. En presencia de la enfermedad, al recibir el diagnóstico los integrantes suelen actuar en modo huida, a diferencia de los sistemas más sobre involucrados, en donde observo que el mecanismo que se activa es de alerta. En este mapa de familia, lo que nos indica su carácter no favorable para el paciente id es el hecho de que la falta de involucramiento de los miembros en el proceso familiar no solamente agrava la adherencia al tratamiento, sino la evolución y posible consciencia sistémica del problema, así como los avances del paciente.

## **Dinámicas que se presentan y características principales**

En esta sección decidí dividir las características en cuanto a su funcionalidad para el tratamiento con las familias. Considero relevante mencionar que estas características no son conductas aisladas, sino que parten de un contexto y que tampoco definen a la familia, pero que me ayudan a dar una directriz y estructura a las sesiones e intervenciones.

Poco favorables para el tratamiento:

- Conductas evasivas: el paciente identificado o la familia entera tiene una actitud evitativa ignorando el problema o minimizando sus riesgos.
- Los padres suelen culpabilizar exageradamente al p.i de la responsabilidad de los síntomas con frases o mentalidad de “échale ganas”, “es cuestión de actitud”, y más.
- Fallas en la comunicación o falta de la misma: se observan familias con relaciones doble vinculares, mensajes confusos y/o poca comunicación asertiva.

- Poca empatía en el ambiente familiar.
- Ambiente hostil y agresivo, sobre todo cuando se habla del tema (TCA).
- Centralización del paciente: solamente se habla de su problema.
- Reglas y límites rígidos.
- La persona afectada se siente aislada e incomprendida.

Favorables para el tratamiento:

- Los familiares suelen permitir abrirse a conversaciones incómodas a pesar de la rigidez.
- Tendencia positiva a permitir el involucramiento del terapeuta en el sistema.
- Pueden llegar a respetar límites con reglas del terapeuta o equipo terapéutico, ya que les gusta la orientación del profesional.

Creencias y marcos normativos de la identidad: estas se refieren a aquellas ideas, valores o suposiciones que el o la p.i tienen sobre sí mismos o su identidad. A continuación mencionaré frases que pueden coexistir en la mente de la persona en cuestión o en el sistema familiar:

- *Soy la única/el único que se siente así, esto solo me pasa a mí*
- *El estar mal genera vergüenza*
- *La familia es importante, pero no es lo más importante*
- *Quien pide ayuda es débil*
- *Yo puedo solo/sola/solx*

Hipótesis general

- El distanciamiento y la hostilidad generada por la falta de calidez y un entorno emocional estable en este tipo de familias, genera una necesidad del sistema de hacer “ruido”, por lo que el síntoma del TCA puede ser una forma de representar la necesidad de involucramiento y la unión familiar así como la necesidad de hacer mención de los problemas/dificultades.

## **Tipología 2: Hipervigilancia y sobreprotección**

La metáfora del canguro representa la dinámica familiar y sobre todo al cuidador/cuidadora primario del paciente con TCA que actúa (entre muchas otras emociones) con miedo y necesidad de proteger y encargarse de la protección casi total del problema o situación. Envueltos en la necesidad de salvar a la persona, observo en estas familias mucha frustración. Así como las canguros con sus bebés, el cuidador (generalmente se involucra más un miembro que los demás), se engancha fácilmente con el miembro con TCA en una dinámica de perseguidor-perseguido; considerando que el p.i se encuentra en una “guerra” con su propia conducta alimenticia en donde muchas veces lo que desean es no sentirse obligados a comer, o viceversa, no sentir que se les restringe el acceso a su necesidad alimenticia, el cuidador se vuelve un recurso de peligro para la mente del paciente.

El canguro busca proteger, envolver, cuidar y no dejar que nada le pase al hijo, por lo que soltar la hipervigilancia en una situación en donde al mismo tiempo se requiere de los cuidadores o redes de apoyo primarias para supervisar al paciente, se vuelve no solo un reto, sino una dinámica más complicada para las familias. Pueden llegar a haber relaciones doble-vinculares.

### **Dinámicas que se presentan y características principales**

a) Poco favorables para el tratamiento:

- Conductas híper vigilantes al síntoma y al cuidado del mismo.
- Auto Culpabilización de los padres: los padres o cuidadores tienden a hiper responsabilizarse por el origen del TCA y muestran mucha culpa en las sesiones.
- Sobreinvolucramiento de los integrantes, es decir, los problemas de uno son los problemas de todos y todas.
- Presencia de desconfianza hacia el p.i y hacia el tratamiento
- Pocos límites físicos y emocionales.
- La persona afectada no puede desarrollar habilidades de afrontamiento por sí misma o desarrollar la autoconfianza.

b) Favorables para el tratamiento:

- Alta adherencia al tratamiento por parte de los cuidadores por la necesidad de vigilancia y asesoría constante al p.i.
- Familias con tendencia a la rutina, roles y dinámicas fijas que ayudan al proceso terapéutico a tener estructura lo cual es favorable para la evolución de la salud mental del p.i o familia.

Creencias y marcos normativos de la identidad:

- *Te demuestro mi amor a través del cuidado de la enfermedad.*
- *“Crece, pero no crezcas” o “hazte responsable, pero también yo lo hago por ti”* (esta puede ser parte de una idea contradictoria que genera mensajes confusos hacia el o la p.i).

Hipótesis

- Durante las sesiones la familia buscará que el terapeuta cumpla un rol de cuidador a través de la producción de alianzas como regularmente hacen en la familia.
- La enfermedad que se presenta transgeneracionalmente ha contribuido a sostener un rol de control, a la unión y la homeostasis familiar. El entendimiento del amor es a través de los cuidados, lo que, en ocasiones, llega a ser sobreprotector, e incluso violento.
- La persona con TCA busca independizarse o distanciarse de sus cuidadores simbólicamente (los cuales le hacen sentir sobreprotegido) por lo que a través del TCA busca su independencia; sin embargo, esto activa más mecanismos de control en sus cuidadores lo cual agrava el problema.

### **Tipología 3: Control y perfeccionismo**

La metáfora del rinoceronte podría representar una dinámica que en esencia se parece a la tipología 2, pero con algunas características particulares. El rinoceronte representa una actitud “terca” del cuidador. El rinoceronte busca convencer o presionar a la persona con TCA con una intención de convencerle que lo que hace no está correcto o no entra en las creencias o ideología de la familia. Algunos mandatos familiares relacionados a la comida observados en la práctica serían: “te falta fuerza

de voluntad”, “dejar de comer es fácil”, “estás así porque quieres”, etc. pueden llegar a culpabilizar a la persona al no ver cambios en ella/él.

Frases como “no pones de tu parte para curarte” o “si quisieras, comerías” son comunes en este tipo de estilo de afrontamiento frente al TCA. En esta tipología de familias, se encuentran premisas rígidas en torno al “deber ser”, el “perfeccionismo” e incluso un miedo colectivo a no entrar en los estándares sociales. Por lo mismo, tienden a tener dinámicas rígidas relacionadas al control (horarios, reglas del hogar, roles familiares, control de la comida y peso).

### **Dinámicas que se presentan y características principales**

Poco favorables para el tratamiento:

- Existe poca flexibilidad para adecuarse a la incertidumbre del proceso/tratamiento.
- La familia busca y puede llegar a exigir cambios rápidos.
- Hay cierta tendencia a la directividad, control y rigidez en las premisas.
- Tendencia a la explosión emocional y la crítica constante de las acciones del otro u otra.
- Exposición a las normas sociales relacionadas a la cultura de las dietas, el culto a la delgadez, influencia de estándares de belleza expuestos en redes sociales, etc.
- Dificultad para abrirse a cuestionar, desmitificar o deconstruir creencias

Favorables para el tratamiento:

- Alta adherencia al tratamiento por parte de los cuidadores por el valor que le suelen dar a la salud y el bienestar (posiblemente por la cultura del *wellness*) por lo que se observa que suelen estar abiertos al nuevo conocimiento en relación a comprender la conducta alimentaria.
- Los padres suelen involucrarse positivamente. No predomina la distancia o la evasión.

Creencias y marcos normativos de la identidad

- *Tengo que ser perfecta/o.*

- *Lo único que puedo controlar es la comida.*
- *Si no entro en éste estándar, papá o mamá no me van a querer, no voy a ser la hija perfecta, etc.*

Tal como lo menciona Patricia García (2021), las hijas tienden a incorporar los hábitos realizados por sus madres, haciendo suyas estas preferencias de delgadez, control y rigidez, incluso utilizando la comida como forma de regular sus emociones. Sin embargo, a pesar de que estas madres proyectan sus alteraciones de la conducta alimentaria en sus hijas, también tienden a sentir culpabilidad o vergüenza por involucrarlas inconscientemente en sus conflictos intrapsíquicos relacionados con la comida.

#### Hipótesis

- El caos dentro de la familia lleva al control.
- Los altos estándares sostenidos en las creencias familiares llevan a la ansiedad y la tensión en el sistema (el cual es muy reactivo), la rigidez del sistema promueve la sintomatología del p.i que al sentirse presionado, agrava sus síntomas.

#### **Estrategias e Intervenciones analizadas.**

##### **Ruta de Intervención**

La siguiente sección de la presente tesina es muy importante, ya que aquí narro las fases en las que se divide el modelo que propongo, tomando en cuenta desde el ingreso de las familias hacia la propuesta que hago y llevo a cabo hasta la fecha con cualquier familia (de APTA o no) que atiendo a nivel psicoterapéutico. Es relevante tomar como consideración también que el proceso incluye varias secciones que pueden o no ir agrupadas, ya que recordemos que este fue un abordaje que propongo para la clínica con sus necesidades específicas del momento, sin embargo, puede ser útil para trabajar en diferentes entornos clínicos con familias que viven con un TCA. También, las estrategias de modelo de Milán y de la Terapia Narrativa son técnicas que utilizo hasta el día de hoy con las familias que me consultan externamente a la

fundación.

### **Fase 1. Ingreso, diagnóstico y canalización de pacientes**

Efectos: Realizar historia clínica, realización de pruebas diagnósticas, determinar gravedad, tipo de TCA, saber si es candidato, apoyo económico

Diversos pacientes de distintas edades y contextos ingresan semanalmente a la Fundación. El proceso consiste en una entrevista inicial con el equipo de psicólogos y nutriólogos, seguidas de una evaluación psicométrica (EDI-3), una valoración socioeconómica y la respectiva atención integral (si los pacientes son candidatos a la admisión) con diferentes especialistas: psicoterapeutas psicoanalistas, nutriólogos, y psiquiatras. Las edades que predominan en los ingresos pertenecen al periodo de adolescencia y el sexo femenino. Sin embargo, conforme el tiempo fue surgiendo, ingresaban personas de diferentes edades, género y estrato social. La sintomatología general y antecedentes clínicos de la población que ingresa por diversos trastornos alimenticios son en general episodios de atracones, de purgas, restricciones alimentarias y anorexia, cuadros de ansiedad, depresión, y sintomatología específica según cada tipo de TCA.

Existen lineamientos clínicos y parámetros que determinan si se admiten o no a los candidatos como el valor de su I.M.C (índice de masa corporal) y la gravedad del caso, considerando que la atención en APTA es ambulatoria y no se reciben casos con una gravedad grave por el alto riesgo que esto conlleva. También, se identifica el grado de urgencia del caso y se determina la gravedad (con base en el DSM-5). Ya con los previos datos obtenidos, el equipo de canalización refiere al candidato o candidata con sus respectivos especialistas que de base son: nutriólogo y psicoanalista y ya que se implementó justamente el taller familiar, se canalizaba entonces así mismo con la respectiva especialista. En algunos casos, también se refería a endocrinología y psiquiatría.

Aplicamos dos formularios: en el primero conocemos todos los datos del paciente, el curso de la enfermedad y su situación económica; en el segundo evaluamos las pruebas HAD, Plutchik y CAGE para conocer el estado de depresión y ansiedad, el

nivel de ideación/intento suicida y la tendencia a adicciones. Estas pruebas se realizan para conocer la severidad de la enfermedad y sus comorbilidades, ya que nosotros brindamos tratamiento ambulatorio. Este tratamiento es apto para casos de severidad leve o moderada; si observamos que la sintomatología es grave, canalizamos a tratamientos más estructurados como hospital de día o internamiento.

Después de realizar las pruebas y determinar si damos seguimiento al proceso o lo canalizamos, contactamos a la persona que solicitó nuestra ayuda para agendar una entrevista en donde conoceremos más a fondo el padecimiento y realizaremos la prueba EDI III para conocer la evolución del tratamiento. Al final de esta, referimos a nuestros especialistas (nutriólogo, psicólogo, psiquiatra y otras especialidades médicas) los cuales trabajan de forma multidisciplinaria.

## **Fase 2. Taller para Familiares de pacientes con TCA**

Efectos: contención emocional, manejo de crisis, brindar información importante para el sistema familiar más próximo del o la paciente, psicoeducación e identificación de alianzas familiares, creencias y premisas socioculturales e identificación de conductas o factores de riesgo en la familia presente.

### **Resumen del taller para padres en TCA**

Se trata de un taller donde se pretende intervenir de manera breve, desde el ámbito práctico y mediante algunas técnicas psicoterapéuticas TCA sustentadas desde un marco teórico epistemológico familiar y sistémico con las familias de los pacientes menores de edad y/o económico dependientes que tienen. Consta de cinco sesiones con una duración de una hora cada una. Los integrantes de las sesiones serán la/las impartidoras del taller y todos los integrantes del sistema familiar, con el propósito de generar un círculo y conversatorio basado en la empatía, la escucha activa y la retroalimentación. Al finalizar el taller se generará un reporte (por parte de la/las impartidoras) con el diagnóstico y pronóstico familiar (para fines del tratamiento integral en APTA), para que de esa manera se pueda definir si es obligatoria la psicoterapia familiar, como parte del tratamiento integral de los pacientes con TCA.

## **Objetivos generales del taller**

El objetivo general es crear un espacio individualizado a modo de taller con fines de psicoeducar, generar contención y retroalimentar mediante técnicas terapéuticas específicamente para los miembros de la familia de las o los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria.

## **Objetivos específicos**

- Delimitar el motivo de consulta y estado general de la familia en relación al TCA.
- Evaluar el desarrollo e impacto del TCA en la estructura familiar y su organización.
- Generar un espacio de confianza, confidencialidad y de contención familiar para que cada uno de los miembros pueda sentirse escuchado dentro del sistema familiar.
- Evaluar y abordar (en términos generales) las dinámicas y estructuras familiares presentes.
- Evaluación de intentos de solución de conflictos previos y consistentes como familia.
- Evaluación de técnicas de manejo emocional y métodos de comunicación dentro del sistema familiar.
- Psicoeducación sobre abordaje y gestión de las emociones en los trastornos de la alimentación.
- Generar preguntas reflexivas sobre la relación de la familia con los alimentos y la percepción del consumo de alimentos.
- Psicoeducación acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y de otros temas relacionados con los mismos.
- Evaluación, abordaje, y propuesta de hábitos saludables en la familia.
- Exploración de narrativas dominantes e influencia de la cultura de las dietas en el sistema familiar.
- Diagnóstico y propuesta de pronóstico de la familia para delimitar si es necesario un seguimiento terapéutico posterior.

## **Reglas y encuadre del taller familiar**

Las sesiones se imparten cada 2 semanas. La duración total del taller terapéutico es de 5 sesiones en total. Esto puede ser flexible, según lo que se extienda cada sesión. Las citas son solicitadas y agendadas con la impartidora del taller, con la que tendrán comunicación directa. El costo inicial fue (en el 2020) de 250 por familia según sus posibilidades. Se les explica desde la primera sesión a los padres de familia y familiares que aunque el taller otorgue a las familias técnicas y maneras que pueden aplicar para el bienestar familiar, no es igual al proceso psicoterapéutico, pero sí un primer paso para adentrarse en el proceso y para generar diálogo, escucha, y aprendizaje.

Las impartidoras conocen e implementan la mirada sistémica, en la que toman todo el tiempo en cuenta y se preguntan en el taller cuestiones como: *¿cuáles son las alianzas familiares percibidas? ¿Cómo es la comunicación en la familia? ¿qué entienden del síntoma? ¿cómo perciben a la persona con el síntoma? ¿el p.i está centralizado en la familia?*, etc. con la intención de psicoeducar, pero al mismo tiempo comprender la complejidad del caso presentado.

La modalidad del taller fue en línea a través de google meet por la situación de la pandemia. Sin embargo, dadas las situaciones actuales esto puede o no cambiar. La regla principal que se le transmite a la familia es de respetar las opiniones de los demás, no interrumpirse entre ellos y no utilizar etiquetas categorizantes que señalen al paciente identificado o a cualquier otro miembro.

En los anexos al final del trabajo, se podrá ver una recopilación de capturas de pantalla de las presentaciones compartidas con las familias consultantes a lo largo de las cinco sesiones planteadas en las que se les brindaba la información necesaria.

## **Cartas Descriptivas**

El objetivo de la presentación de estas cartas (que se realizaron y mostraron como propuesta de este taller), es mostrar la secuencia de actividades y temas, así como los objetivos que se deben perseguir en estas etapas participativas, que fueron piedra angular en el proceso de diseño e implementación del taller.

La división de cada sesión del taller consta de 3 partes fundamentales:

1. Introducción al tema y psicoeducación en tema específico. Algunos ejemplos de las diapositivas con la presentación del contenido son expuestas al final de este trabajo en el apartado **ANEXOS**.
  - Duración: 15 min.
2. Generación de preguntas como intervención (Desde el enfoque de Milán).
  - Duración: 5 min.
3. Espacio de conversación, diálogo, retroalimentación del tema específico y brindar a las familias técnicas específicas para concluir la sesión.
  - Duración 40 min.

No. de Sesión	Tema principal	Intervenciones y técnicas	Duración
1	Fundamentos básicos en TCA y relación con el sistema familiar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar rapport y encuadre</li> <li>2. Psicoeducación en el tema</li> <li>3. Generación de preguntas lineares (planteamiento del problema, cómo lo vive cada miembro)</li> <li>4. Conversación/Diálogo</li> <li>5. Cierre</li> </ol>	60 min
2	<p>Manejo de conflictos y psicoeducación en manejo emocional. Comprensión del mundo afectivo en relación al diagnóstico de TCA.</p> <p>Ejemplos de preguntas:  <i>¿Qué pasa con _ cuando papás discuten?</i>  <i>¿Qué significa tener a una persona con esta condición en la familia?</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar rapport y encuadre</li> <li>2. Psicoeducación en el tema</li> <li>3. Generación de preguntas circulares (efectos del problema, circularidad del problema, dinámicas familiares relacionadas al problema)</li> <li>4. Conversación/Diálogo</li> <li>5. Cierre</li> </ol>	60 min

3	<p>Hábitos alimenticios de salud en el hogar y relación con la comida y el cuerpo de todos los integrantes en la familia</p> <p>Salud en todas las tallas</p> <p>Significados de salud</p> <p>Dinámicas familiares sobre la alimentación</p> <p>De qué temas hablan en casa, qué es prioridad, qué valor se le da a belleza</p> <p>Reconocer la tensión que se genera entorno a la alimentación</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar rapport y encuadre</li> <li>2. Psicoeducación en el tema</li> <li>3. Generación de preguntas reflexivas y circulares abiertas para que cada miembro que desee participar lo haga. Incitar a la reflexión y hablar de significados.</li> <li>4. Conversación/Diálogo</li> <li>5. Cierre</li> </ol>	60 min
4	<p>Comunicación asertiva y vías de comunicación (verbal y no verbal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efectos del lenguaje, connotaciones positivas y negativas sobre el cuerpo y sus efectos negativos para el p.i</li> <li>- Cómo poner en palabras lo que nos duele o molesta del otro</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar rapport y encuadre</li> <li>2. Psicoeducación en el tema</li> <li>3. Generación de preguntas reflexivas y circulares abiertas para que cada miembro que desee participar lo haga y exponga su opinión.</li> <li>4. Conversación/Diálogo</li> <li>5. Cierre</li> </ol>	60 min
5	<p>Cultura de la dieta y creencias socio construidas en la familia</p> <p>Historia dominante en relación con el síntoma del tca</p> <p>Abordar y preguntar qué significa ser: <i>bello, guapo, delgado, saludable</i>, etc. Así como el ser exitoso, poderoso, etc.</p> <p>Cuestionar qué valor tiene para ellos el ser “perfecto” en la familia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar rapport y encuadre</li> <li>2. Psicoeducación en el tema</li> <li>3. Generación de preguntas reflexivas y circulares abiertas para que cada miembro que desee participar lo haga y exponga su opinión.</li> <li>4. Conversación/Diálogo</li> <li>5. Cierre</li> </ol>	60 min

### **Fase 3. Derivación a Psicoterapia Familiar según el caso**

Efectos: Genera en la familia un cambio de perspectiva ante el síntoma e involucra a todo el sistema en la solución del problema o problemas.

Esta fase se trata de canalizar a terapia familiar a las familias que sean candidatas, quieran y puedan llevar un proceso psicoterapéutico. Como mencionamos anteriormente, el modelo de taller familiar involucra un cambio en la perspectiva de la familia, pero se limita a la psicoeducación, acompañamiento emocional y más. Sin embargo, algunas familias le dan continuación al proceso con la terapia familiar que en mi caso se aborda con el modelo sistémico y narrativo.

A partir de las aperturas, premisas y observaciones durante las 5 sesiones de acompañamiento breve, la/las impartidoras del taller (en este caso, una colega y yo) generabamos el diagnóstico y pronóstico de la familia para tomar la decisión adecuada acerca del posible proceso terapéutico posterior.

Después, se les avisa a las familias y se comienza el proceso de manera habitual de forma que:

1. Se contacta con el, la, o los consultantes, según el caso.
2. Se acuerdan horarios y días. La frecuencia es quincenal. Se acuerdan honorarios.
3. Se explica el encuadre y el modelo de trabajo, enfatizando que se aborda desde el modelo sistémico.
4. Se les explica que el o la paciente con el TCA debe estar en las sesiones.
5. Se agenda su primera sesión.

A continuación, describiré algunas de las estrategias, técnicas e intervenciones más utilizadas con la mayoría de las familias consultantes a lo largo de mi periodo como psicóloga de las diversas familias en estos años en APTA, pero también a modo de sistematizar una propuesta de intervención para las sesiones de psicoterapia familiar futuras (brindadas por mí o por el lector/a de esta tesina).

Cabe mencionar que según la familia y cada caso, las intervenciones han variado

según diferentes factores como: gravedad del caso, necesidades de la familia, temas que fueron surgiendo, edades de los integrantes, y más. Como se mencionó anteriormente, los principales modelos utilizados para generar las intervenciones fueron el Modelo de Milán y las prácticas narrativas. En términos generales el modelo estructural me ayudó a identificar el mapa de la familia, el enfoque de Milán me permitió desglosar, poner en movimiento el reconocimiento de la dinámica familiar a través de las preguntas y el modelo narrativo me permitió ver cuáles son las creencias que sostienen todas las dinámicas encontradas.

**Estrategias aplicables a cualquiera de los mapas de familias propuestos, según el modelo sistémico aplicado.**

**A. Modelo de Milán:** Preguntas como intervención familiar.

**Preguntas Circulares**

<p>En términos de conducta interactiva <b>específica</b> en consecuencias específicas</p>	<p>a. Qué hace cada persona a partir de un suceso específico</p> <p><i>¿Quién se siente más cómodo para hablar del tema (TCA) contigo? ¿tu madre? ¿o tu padre?</i></p> <p>b. Qué significado relacional tiene el síntoma del P.I</p> <p><i>¿Qué valor, espacio e importancia se le dan a las emociones en tu casa?</i></p> <p><i>Si se le da importancia, ¿quién en tu casa dirías que enfrenta de mejor manera las emociones o los conflictos?</i></p> <p>Buscar secuencia:</p> <p><i>Cuando tu madre empieza a perder el control y regaña a tu hermana por no comer, ¿qué hace tu padre? ¿Cómo reaccionas tú?</i></p> <p><i>Cuando María muestra su vulnerabilidad, ¿qué hace cada miembro de la familia? ¿Hay alguien que se acerca más que otros? ¿Cuál es la reacción de John ante eso? ¿qué hacen los demás?</i></p>
<p>En términos de <b>diferencias de la conducta</b> y no en términos de adjetivos intrínsecos</p>	<p>a. Poder asociar con qué conducta está asociado cierto adjetivo.</p> <p><i>¿Cuándo ___ no puede parar de comer en el atracón, entonces ella no tiene "fuerza de voluntad?"</i></p>

	<p><i>¿Hay alguien en la familia que consideren que sí tiene fuerza de voluntad?</i></p> <p><i>¿Cómo se comportan o se ven los “fuertes” de la familia?</i></p> <p><i>¿Tener una enfermedad o pedir ayuda, es ser débil?</i></p> <p><i>¿Hay alguien más en casa que haya tenido que ser “débil”?</i></p>
<p>En términos de <b>catalogar (clasificar) una conducta específica</b> o una interacción específica</p>	<p>a. Invitar a la familia a que haga una clasificación. Pedir a más de un miembro de la familia.</p> <p>A la hermana mayor: <i>¿cuándo observas a tu hermana (p.i) más ansiosa o intranquila, cuando están tus papás cerca al comer, o cuando no están?</i></p> <p><i>¿Quién se da cuenta primero en la familia cuando los padres tienen un conflicto? ¿qué pasa con ___ cuando ellos discuten?</i></p> <p><i>Cuándo ___ dice que ya no quiere comer porque ya se llenó, ¿qué hace mamá? ¿y papá?</i></p>
<p>En términos de <b>cambios en la relación</b></p>	<p>a. Antes y después de un evento preciso. b. Al hablar en términos de antes y después, se pierde el significado de siempre “es” sino que empezó a mostrarse así a partir del evento X.</p> <p><i>¿Cómo actuó tu padre cuando recibieron el diagnóstico? ¿Y tu madre?</i></p> <p><i>¿Cómo cambio la dinámica en casa a partir de que la anorexia llegó a su familia?</i></p> <p><i>¿quién cambió?</i></p>
<p>En términos de <b>diferencias respecto a las circunstancias hipotéticas</b></p>	<p>Generar preguntas hipotéticas</p> <p><i>Si ___ deja de tener problemas de miedo por comer y de ansiedad, ¿qué más habría que resolver en la familia?</i></p>

### Preguntas Reflexivas

<p><i>¿Imaginan un futuro en donde el peso de los miembros de su familia no sea un problema del que hablar?</i> <b>(reflexiva-orientadas al futuro)</b></p>	<p>El terapeuta puede provocar que los miembros de la familia construyan un futuro para sí mismos</p>
---	---

¿En qué otra cosa estarían poniendo atención si no fuera en la anorexia de__? <b>(reflexiva, del tipo de sugerencias insertadas)</b>	Se busca descentralizar al p.i y lograr que el sistema comprenda la complejidad de su situación.
¿Si no hubiera un miedo intenso a ganar peso, cómo sería su vida? <b>(reflexiva, para introducir hipótesis)</b>	Se busca que sean capaces de reflexionar sobre nuevas posibilidades y fijar nuevos límites.
¿En su familia, qué estaría haciendo un integrante que tenga una “buena” relación con su cuerpo? ¿Qué pensaría de sí misma/o? <b>(reflexiva, de comparación con la norma).</b>	Reflexionar sobre nuevas posibilidades de relación y vínculos. Al señalar las maneras específicas en que la familia se desvía de una norma, el terapeuta ayuda a conectar importantes significados de un nivel más bajo con patrones culturales de un nivel más elevado y así provoca cambios en la organización reflexiva de los propios sistemas de creencia de la familia.
Si les pido que digan algo positivo de __ en lugar de enfocarnos en lo que le falta para mejorar, ¿Qué dirían? <b>(Reflexiva, de interrupción del proceso).</b>	Esta pregunta se formula con la intención de cambiar la narrativa que es muy frecuente acerca de que la persona con el tca no quiere mejorar, lo cual se observa que cronifica más el síntoma.
Si no tuvieran que cuidar a o atender a __, ¿qué los uniría como familia entonces en este momento? <b>(Reflexiva, para aclarar diferencias.)</b>	Reflexionar acerca de las formas de desarrollar la identidad.

## B. Prácticas Narrativas: Externalización

Personificando al problema: " EL TCA".

Previo a iniciar la entrevista, se invita a las y los participantes a imaginarse al TCA como si pudiera representarse visualmente, describiendo su forma, color, tamaño y demás rasgos que lo caractericen. Esto ayuda mucho a que la familia se desenvuelva mejor a la hora de hacer la entrevista. Por ejemplo, en una ocasión una familia describió (por acuerdo entre todos) a este problema como un monstruo grande que abarcaba mucho de sus vidas desde que se instaló en la familia, por lo que les fue más fácil visualizar el problema y entenderlo como una situación externa a la que se le podía “interrogar” y analizar.

Las preguntas que propongo que se integren a lo largo de las sesiones son las siguientes (no siempre se preguntan todas y tampoco necesariamente en ese orden):

### **1. Nombrar y caracterizar al problema**

- Cuando está presente, ¿cómo influye en las relaciones de las personas de la familia?
- ¿Cómo impacta en los sentimientos de las personas?
- ¿Cómo interfiere en los pensamientos?
- ¿Cómo cambian las personas cuando está presente, ¿qué actitudes adoptan?
- ¿Qué trucos tiene para estar en la cabeza de las persona tan constantemente?

### **2. Efectos de la relación con el problema**

- ¿Cuáles son las cualidades que tiene para descalificar (o minimizar) los conocimientos y habilidades en las personas para buscar su salud?
- ¿Cuáles son sus propósitos para dominar la vida de las personas?
- ¿Quiénes son sus aliados que unen fuerzas con el TCA?
- Qué planes tienes listos para poner en acción si tu dominio se ve amenazado

### **3. Evaluar los efectos del problema**

- ¿En qué momentos en la vida de las personas de la familia todavía no tiene influencia?
- ¿Qué debilita al TCA?
- ¿Qué tácticas usa cuando \_\_\_ no hace caso?
- ¿Qué tan fuerte sienten que el TCA lucha en contra de \_\_\_? ¿Si fuera más fuerte, qué haría con \_\_\_?
- ¿Qué técnicas y trucos sí han sido efectivos para detener sus esfuerzos para dominar la vida de las personas?
- ¿Cuáles son las habilidades, cualidades, y conocimientos que han sido difíciles de vencer por el TCA?

### **4. Justificación de la evaluación del problema**

- ¿Quiénes han apoyado a esta persona y qué rol han tenido, que perjudican en los planes del TCA?
- ¿Qué opciones o recursos hay disponibles en la familia \_\_\_ para que puedan tomar ventaja sobre el problema?

### **Resultados.**

A través de las intervenciones basadas en el enfoque sistémico se logró una comprensión más profunda y compleja del Trastorno de la Conducta Alimentaria, no como un fenómeno aislado, sino como una manifestación de las dinámicas interpersonales y familiares. Las estrategias como la externalización, preguntas circulares y reflexivas y la reformulación de la narrativa dominante de la familia fueron clave para romper los patrones de interacción disfuncionales, promoviendo una visión más empática y menos culpabilizadora del trastorno.

La psicoeducación en la modalidad del taller, previa a la psicoterapia familiar, fue muy relevante debido a la contención y orientación que considero que se les brindaba a las familias, las cuales llegaban desesperadas. La intervención permitió a la familia comprender que el cambio debía ser colectivo, y no solo centrado en el p.i., abriendo un espacio de transformación en las relaciones familiares y en la forma de abordar el trastorno.

A continuación, mencionaré los resultados principales que observé y que considero que van en sintonía con las intervenciones que yo considero más importantes a nivel personal y que me han forjado como terapeuta sistémica en mi formación:

### **Resultado 1. Realizar intervenciones libres de estigmatización y centralización del problema en el o la p.i.**

Una de las metas fundamentales de la intervención en su totalidad fue realizar un trabajo terapéutico que evitara la estigmatización del paciente identificado (p.i.), una barrera comúnmente observada en familias con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). La tendencia de centralizar el problema en el p.i. puede crear un

ambiente de conflicto y rechazo, lo que dificulta la participación activa de la familia en el proceso de cambio.

Siguiendo el enfoque sistémico se promovió una intervención que descentralizara el problema, involucrando a todos los miembros familiares como parte activa de la solución. Esto se logró utilizando estrategias como la externalización, donde el TCA fue personificado, descrito y analizado como un fenómeno separado de la identidad del p.i., permitiendo que la familia no solo se enfocara en los comportamientos de la persona afectada, sino en cómo el trastorno era una manifestación de los patrones disfuncionales dentro de la unidad familiar.

### **Resultado 2. Vincular el síntoma con el sistema, hablar de complejidades y no de simplicidades.**

De acuerdo con el modelo sistémico de Minuchin (1974), el TCA fue visto como un fenómeno complejo, no como una patología aislada del p.i. Este enfoque permitió desvincular el síntoma de una interpretación reduccionista, mostrándolo como un elemento intrínseco dentro de un sistema de relaciones interdependientes. A través de preguntas circulares y reflexivas, el equipo de terapeutas promovió una mayor comprensión de cómo las interacciones familiares influían en la perpetuación del trastorno. Un ejemplo de esta intervención fue la pregunta: “¿Cómo afecta el comportamiento del p.i. a cada miembro de la familia?”. Con este tipo de preguntas, se invitó a cada integrante a reflexionar sobre cómo sus creencias y comportamientos, relacionados con el cuerpo, la comida y las emociones influyen en el trastorno, creando un espacio de reflexión crítica sobre la interacción familiar. Este cambio de enfoque permitió que los miembros de la familia reconocieran que el TCA no era únicamente un problema personal, sino una cuestión que afectaba a todos los miembros de la familia.

### **Resultado 3. Crear un espacio seguro.**

El TCA generalmente genera un clima de vergüenza y culpabilidad dentro de la familia, lo cual dificulta la comunicación abierta y honesta. Una de las intervenciones clave fue la creación de un espacio terapéutico seguro, donde los miembros pudieran expresar sus pensamientos y emociones sin temor a ser juzgados.

Una de las actividades que más noté que les gustaron a las familias fue la de la “ruleta de emociones”, como parte del taller familiar, ya que le daba voz a las emociones de cada uno de los integrantes y promovía la empatía entre los otros. En este ejercicio, uno de los integrantes tenía que ver la ruleta (en donde se mostraban todas las posibles emociones) e imaginar cuál emoción sentía en ese momento un integrante diferente. Gracias a ello, la sensación de vergüenza colectiva comenzó a disminuir y se notaba en el resto de las sesiones.

Una clave para mí siempre fue cuidar mi forma de dirigirme a cada uno de los integrantes sin importar su rol o jerarquía en la familia. En el espacio que se iba construyendo, todo el tiempo procuraba tener presente que la voz, opinión y perspectiva de cada uno de los pacientes eran igual de importantes. Había casos en los que de inmediato se notaba que los padres querían abarcar la centralidad del discurso o de los puntos de vista en cuánto el problema, en ese sentido, intentaba siempre validarlos pero al mismo tiempo orientarlos a poder escuchar al p.i sobre las explicaciones que le daba a su propio problema o simplemente abrirse a que el espacio estuviera homogéneo en cuanto a jerarquía, incluyéndome a mí.

En muchos otros casos, lo que sucedía es que la o el p.i casi no hablaba o se sentía avergonzado o avergonzada por el padecimiento, ya que muchas veces sucedía que era la primera vez que atendían a un espacio así. En muchas ocasiones, el diagnóstico de TCA no se les dio por años hasta llegar a la clínica y entonces estos primeros espacios familiares en realidad eran su primer acercamiento al problema dentro del contexto familiar, por lo que era esperado que las familias llegaran en crisis. La externalización del TCA ayudó a despersonalizar el trastorno, permitiendo que se hablara de él sin sobrecargar al p.i. con la culpa.

Preguntas reflexivas, tales como: “¿Qué otros aspectos de la vida de la familia merecen atención además del TCA?” fueron útiles para promover un diálogo más amplio que no solo se centrara en la enfermedad, sino también en las dinámicas familiares que requerían atención. El resultado fue un ambiente de confianza y apertura que permitió que los miembros de la familia compartieran sus miedos,

frustraciones y deseos sin sentir que su participación en la terapia estuviera orientada a la culpabilidad o acusación.

#### **Resultado 4. Reformular la narración del problema y el discurso cargado del conflicto.**

Muchas veces las familias, aun cuando ya llevaban algunas sesiones, ya sea de taller o de terapia familiar, seguían utilizando discursos y palabras estigmatizantes hacia el problema, el proceso del cambio, o hacia el p.i. Es por eso, que la reformulación de la narrativa familiar fue uno de los avances más significativos en el proceso terapéutico.

El enfoque sistémico permitió a la familia dejar de ver el TCA como un problema exclusivo del p.i. y comenzar a percibirlo como un fenómeno externo que afectaba a toda la familia. Utilizando la reformulación del problema, como sugieren White y Epston desde el enfoque narrativo, se permitió que cada miembro reconociera su rol dentro de la dinámica del trastorno sin sentirse culpable. Preguntas como: “¿De qué manera el TCA se ha infiltrado en las conversaciones y decisiones familiares?” ayudaron a la familia a entender cómo el trastorno se había convertido en un tema central dentro de su sistema, afectando las interacciones cotidianas.

Esta reformulación permitió una nueva comprensión de la situación, donde todos los miembros se vieron como parte activa en el cambio, dejando atrás la visión de la enfermedad como un conflicto individual. La familia comenzó a ver el trastorno como algo sobre lo que se podía actuar colectivamente, generando un enfoque colaborativo para abordarlo. No siempre fue fácil abordar estos temas en las primeras sesiones. Estas reformulaciones iban agregándose de manera implícita en otras preguntas, generando la reflexión en las personas y haciendo énfasis en los pilares positivos y funcionales de su familia, así como sus intentos previos para solucionar estos conflictos.

#### **Resultado 5. Ampliar y no simplificar.**

El principio de ampliar el enfoque propuesto por Bateson y reformulado por la terapia narrativa resultó fundamental para transformar la terapia de una mera exploración de

los síntomas internos del p.i. a un análisis de las dinámicas familiares más amplias que influían en el trastorno. Considero que el enfoque psicoanalítico le enseñaba mucho a los o las pacientes con el TCA a comprender su mundo interno y su relación con el problema a nivel individual. Por otro lado, desde el modelo sistémico y con las familias, se exploraron las interacciones familiares, los valores y las creencias que mantenían el trastorno. Este enfoque integral permitió que la familia reflexionara sobre las dinámicas relacionales y cómo éstas podían contribuir al problema. Preguntas como: “Si el miedo a la comida desaparece, ¿en qué más estarían prestando atención? o ¿qué estarían viendo?” abrieron un espacio de reflexión que llevó a la familia a identificar otros aspectos de su vida que también requerían atención, además del TCA. Este enfoque más amplio promovió una comprensión más flexible del problema, abarcando no solo al p.i., sino a todos los miembros de la familia, y permitiendo un proceso de cambio integral.

### **Resultados enfocados en los objetivos de la tesina**

Los resultados encontrados de acuerdo a los objetivos previamente establecidos y mencionados en esta tesina, son los siguientes:

- 1. Delimitación del motivo de consulta y estado general de la familia.**  
Las preguntas circulares ayudaron a identificar las percepciones de la familia sobre el TCA y a delimitar dinámicas conflictivas. Las preguntas hipotéticas revelaron áreas no abordadas y clarificaron roles y tensiones familiares.
- 2. Desarrollo e impacto del TCA en la estructura familiar y su organización**  
La externalización del TCA permitió verlo como un problema ajeno a la identidad de los miembros. Se identificaron dinámicas de control y alianzas invisibles que afectaban las relaciones familiares y reforzaban el trastorno.
- 3. Generación de un espacio de confianza, confidencialidad y contención familiar.**  
Las intervenciones ayudaron a que los miembros se sintieran más cómodos para hablar sobre emociones y conflictos. Las preguntas reflexivas promovieron una visión de futuro sin centrarse en el TCA.

**4. Evaluación y abordaje de las dinámicas y estructuras familiares presentes.**

Se identificaron dinámicas disfuncionales, las cuales se resumen en el apartado de las tipologías familiares. Las intervenciones cuestionaron creencias de control y perfeccionismo, comenzando a reestructurar la respuesta familiar al TCA.

**5. Evaluación de intentos de solución de conflictos previos y consistentes como familia.**

Las preguntas sobre el pasado revelaron intentos previos no favorables de solución de conflictos, mostrando confusión y descoordinación familiar. Por otro lado, la búsqueda de excepciones ayudó a ver posibilidades de cambio con base en su experiencia propia.

**6. Evaluación de técnicas de manejo emocional y métodos de comunicación dentro del sistema familiar.**

Las intervenciones destacaron la falta de espacio para expresar emociones, lo que afectaba la comunicación. Se sugirió mejorar la comunicación asertiva y crear un ambiente emocionalmente seguro.

**7. Psicoeducación sobre el abordaje y gestión de las emociones en los trastornos de la alimentación.**

La psicoeducación fue un pilar muy necesario y ayudó a mejorar la comprensión del TCA y a ser ese primer filtro previo a la psicoterapia. Sin este espacio, las familias hubiesen estado muy desorientadas.

**8. Generación de preguntas reflexivas sobre la relación de la familia con los alimentos y la percepción del consumo de alimentos.**

Las preguntas ayudaron a la familia a reflexionar sobre cómo el TCA centralizaba las interacciones familiares, abriendo la posibilidad de fortalecer otras áreas de la vida familiar. Se generó una reflexión colectiva acerca de conceptos como: la salud, el peso, la relación con la comida, y más.

**9. Psicoeducación acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y otros temas relacionados.**

Se brindó psicoeducación sobre el TCA, disminuyendo la culpa y el estigma en los miembros de la familia, especialmente en los cuidadores principales.

**10. Evaluación, abordaje y propuesta de hábitos saludables en la familia.**

Se evaluaron los hábitos familiares, identificando áreas de mejora en la alimentación y la salud mental, con el objetivo de crear un entorno familiar más saludable y no centrado en el peso.

**11. Exploración de narrativas dominantes e influencia de la cultura de las dietas en el sistema familiar.**

Las intervenciones ayudaron a cuestionar las creencias limitantes sobre la apariencia y el peso, permitiendo a la familia reflexionar sobre la influencia de la cultura de las dietas en sus creencias y comportamientos.

**12. Diagnóstico y propuesta de pronóstico de la familia para un seguimiento terapéutico posterior.**

Se realizó un diagnóstico preliminar de la situación familiar y se sugirió un plan de seguimiento terapéutico, enfocándose en la recuperación y el apoyo continuo.

**Limitaciones del proceso.**

A lo largo del proceso terapéutico con las familias involucradas en este estudio, se identificaron diversas limitaciones que impactaron tanto el avance del tratamiento como la relación entre los miembros del sistema familiar y los profesionales del equipo terapéutico.

**Deserciones: Familias con miedo al cambio**

Uno de los hallazgos más significativos fue el fenómeno de las deserciones dentro del proceso terapéutico. A pesar de la voluntad inicial de los miembros de la familia de participar, algunos de ellos mostraron una profunda incomodidad hacia el cambio que dificultó la evolución de las dinámicas familiares. Este fenómeno, que en algunos casos se tradujo en intentos de abandonar la terapia o en la resistencia a la intervención, refleja lo que los estudiosos de la terapia familiar denominan deserciones del proceso terapéutico. Las familias, al enfrentarse a una crisis emocional tan compleja como los trastornos de la conducta alimentaria, a menudo perciben que la intervención amenaza su estabilidad, generando un temor al cambio y un deseo de retornar a patrones disfuncionales previos. Este miedo es

particularmente pronunciado cuando el sistema familiar se siente invadido o desbordado por las implicaciones del tratamiento, el cual era muy desgastante mental y económicamente para ellos, según lo que me comentaban.

### **Equipo multidisciplinario: Divergencias en los enfoques**

Otro reto importante observado (en algunos casos, no en todos) fue la falta de coordinación efectiva entre los profesionales involucrados. La intervención en trastornos como la anorexia o la bulimia implica un enfoque integral que requiere la colaboración constante de un equipo multidisciplinario. Sin embargo, en ocasiones se presentaron diferencias significativas entre los enfoques de los diferentes profesionales. Por ejemplo, mientras que un psicoterapeuta que sigue el modelo sistémico podría enfocarse en las dinámicas familiares que perpetúan el trastorno, un psiquiatra podría priorizar la intervención farmacológica sin considerar suficientemente las interacciones familiares, o el psicoanalista podría poner mucho énfasis en los conflictos inconscientes del p.i. La coordinación entre profesionales es esencial para evitar discrepancias que puedan obstaculizar el tratamiento o confundan a los pacientes y sus familias. Además, algo que en ocasiones ocurría es que los padres de familia o las familias en general tendían a aliarse con algún miembro del equipo de especialistas y con el otro no, generando inestabilidad en el equipo de profesionales.

### **Choque entre modelos terapéuticos: Modelo sistémico vs. Psicoanálisis**

El contraste entre el modelo sistémico y enfoques más individualistas, como el psicoanálisis, fue otro factor limitante. El modelo sistémico, al tratar de comprender las interacciones y dinámicas familiares, introduce una visión más compleja de los trastornos de la conducta alimentaria, pero puede ser percibido como menos directo y más difícil de aplicar en situaciones de crisis. En cambio, enfoques como el psicoanálisis, que tienden a simplificar el diagnóstico y el tratamiento, se enfocan más en los conflictos intrapsíquicos del individuo, aunque no en todos los casos. En mi caso, nunca tuve un conflicto específico con este tema ya que me sentí generalmente respetada en cuanto a mi orientación terapéutica, pero considero importante mencionarlo ya que en situaciones así, la falta de integración de estos enfoques,

sumada a la complejidad del trastorno, podría provocar que el tratamiento fuera inconsistente y fragmentado.

**Propuestas de cambio a partir del análisis en su práctica profesional y/o su institución.**

A partir de los desafíos y limitaciones observadas, se proponen varias estrategias que podrían mejorar tanto la calidad del tratamiento como la eficacia de la intervención en familias afectadas por trastornos de la conducta alimentaria.

**Fortalecimiento de la coparticipación entre enfoques terapéuticos:** Es fundamental que las y los profesionales involucrados en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria desarrollen una comprensión compartida del modelo terapéutico.

En lugar de ver los enfoques como contrapuestos, es importante fomentar la integración de los modelos sistémico y psicoanalítico o como sea el caso, de forma que se pueda atender tanto al individuo como a las dinámicas familiares. Esta integración podría lograrse mediante formación continua y supervisión conjunta de los equipos terapéuticos, con el objetivo de alinear criterios y estrategias.

Integrar no significa que se homologuen por completo los enfoques de acompañamiento terapéutico, sino que se requiere una diálogo multinivel y multidisciplinario de coparticipación para comprender las diversas vertientes de las experiencias relacionadas con las TCA.

**Mejorar la comunicación dentro del equipo multidisciplinario:** El equipo de trabajo debe mantener una comunicación constante sobre los avances de cada paciente, las estrategias que se están implementando y las posibles dificultades que surgen en el proceso. Establecer protocolos de comunicación regular entre los profesionales ayudará a garantizar una mayor coherencia en el enfoque terapéutico. Asimismo, sería importante asegurarse de que todos los miembros del equipo estén

informados y alineados en cuanto a objetivos, enfoques e información que se les brinda a las familias.

**Intervenciones alineadas con el proceso familiar:** En lugar de centrar la terapia únicamente en la persona afectada por el trastorno de la conducta alimentaria, recomiendo ampliar la atención hacia el sistema familiar completo. Esto implica trabajar con todos los miembros de la familia, abordando las dinámicas que contribuyen al mantenimiento del trastorno. El objetivo es generar una comprensión compartida de las dificultades del p.i., evitando que la familia se enfoque exclusivamente en él o ella, y promoviendo una narrativa familiar más equilibrada y menos patologizante.

**Desarrollo de programas de psicoeducación:** Para prevenir las deserciones y fomentar el compromiso con la terapia, se recomienda implementar programas de psicoeducación constantes dirigidos a los miembros de la familia, que les permitan comprender mejor los trastornos de la conducta alimentaria, sus causas, manifestaciones y el impacto en el sistema familiar. En mi opinión, resulta útil tener al menos a algún terapeuta con formación sistémica debido a la mirada de segundo orden, la cual reconoce la importancia de la inclusión del p.i a las sesiones. Estos programas ayudarían a reducir el miedo al cambio y a validar las emociones de los familiares, facilitando y agilizando el proceso terapéutico.

## **Conclusiones.**

La experiencia de trabajar con familias en tensión con los trastornos de la conducta alimentaria ha sido profundamente transformadora, tanto en lo profesional como en lo personal. El trabajo con estos sistemas familiares ha puesto de manifiesto la complejidad y la interconexión de los distintos factores que contribuyen a la perpetuación de los trastornos alimentarios, desde las dinámicas de poder hasta las creencias culturales sobre el cuerpo y la comida. A través de este proceso, considero que desarrollé habilidades esenciales para la intervención familiar, como la observación de patrones de interacción disfuncionales, la comunicación efectiva con

los miembros del sistema familiar y la aplicación del enfoque sistémico en contextos de alta complejidad.

Reconocí el verdadero reto a nivel personal que implica trabajar con la conducta alimentaria y lo sensible que somos como seres humanos ante una sociedad que nos exige perfección, sin importar si en algún punto de la vida nuestra relación con nuestros cuerpos se vea tan afectada. Somos seres vulnerables que pueden verse sumamente afectados por los mandatos sociales.

A nivel institucional, esta experiencia ha subrayado la importancia de fomentar una colaboración estrecha y continua entre los profesionales involucrados en el tratamiento, para asegurar la coherencia de las intervenciones y hacer intervenciones completas. Asimismo, el proceso terapéutico ha destacado la necesidad de trabajar no solo con el p.i., sino también con toda la familia, para comprender las dinámicas subyacentes que alimentan el trastorno.

Por último, este trabajo me ha reafirmado la importancia de una actitud flexible, sensible y creativa en la terapia familiar, reconociendo que cada familia es única y que el tratamiento debe adaptarse a sus características y necesidades específicas. Esta experiencia ha reforzado mi compromiso con la terapia familiar como un proceso profundamente humanizante y transformador, en el que cada miembro de la familia tiene la capacidad de contribuir al cambio y a la sanación colectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramovitz, B. A., & Birch, L. L. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(10), 1157–1163.

Agudelo Bedoya, M. E., & Estrada Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 17, 353–378.

Althaus, E., Gallardo, M., Ordaz, G., Monroy, L., & Nurko, L. (2013). Ejes transversales de formación de la Maestría en Terapia Familiar del ILEF. Instituto Superior de Estudios de la Familia.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.; R. J. Bobes García, Trad.). Editorial Médica Panamericana. (Obra original publicada en inglés en 2013).

Battilana Velarde, A. (2016). Percepción del vínculo materno y paterno en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)]. Repositorio Académico UPC. <http://hdl.handle.net/10757/621684>

Behar Astudillo, R., & de la Barra, F. (2021). Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(4), 308–320. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272021000400308&lng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000400308&lng=es)

Bertalanffy, L. von. (2006). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones* (Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1968).

Calado, M. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria: Una perspectiva de género* [Informe técnico]. Instituto de la Mujer.

<https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/TrastornosConductaAlimentaria.pdf>

Frías Cienfuegos, L. (2025, 6 de enero). Aumentan los trastornos alimentarios en hombres. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/aumentan-los-trastornos-alimentarios-en-hombres/>

Gil Vecino, I. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria en víctimas de malos tratos [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid.

Golubov, N. (2018). Interseccionalidad. En H. Moreno & E. Alcántara (Coords.), *Conceptos clave en los estudios de género* (Vol. 1, pp. 197–213). Universidad Nacional Autónoma de México.

Heywood, L., Conti, J., & Hay, P. (2022). A systematic synthesis of narrative therapy treatment components for the treatment of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10, Article 137. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9461296/>

Jiménez, E. A., García, J. L., & Rivera, M. (2018). Prevalencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos de la Conducta*, 27(2), 52–61.

Licea Jiménez, G., & Yashiro, T. (Eds.). (2018). *Prácticas de terapia narrativa para niños y sus familias: Saberes, juegos e imaginación* (1ª ed.). Raco Ediciones.

López-Coutiño, B., & Nuño-Gutiérrez, B. L. (2009). Entre el aglutinamiento y la rigidez: Estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia o bulimia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(Supl. 1), S47–S54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745518009>

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar* (S. Fernández, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1974)

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.

Selekman, M. (2001). *Terapia breve orientada a la solución con adolescentes difíciles*. En S. Friedman (Comp.), *El nuevo lenguaje del cambio: Colaboración constructiva en psicoterapia* (pp. 87–100). Gedisa.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). *Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenia*. Jason Aronson.

SOM Salud Mental 360. (s.f.). *Estilos de afrontamiento en las familias de personas con TCA*. SOM360. <https://tca.som360.org/es/blog/estilos-afrontamiento-familias-personas-tca>

Tomm, K. (1987). *Entrevistas con intervenciones: Parte I. La elaboración de estrategias, una cuarta directriz para el terapeuta* (Virginia Mendoza, Trad. Material educativo de la Maestría ILEF).

Toro, J., Castro, J., Gila, A., Pombo, C., Guete, O., & Martínez, E. (2015). *Conductas de control de peso en mujeres adolescentes: Prevalencia y factores asociados*. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(3), 197–204.

Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación: Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Desclée de Brouwer.

Unikel Santoncini, C., Díaz de León Vázquez, C., & Rivera Márquez, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. [https://casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas\\_alimentarias.pdf](https://casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf)

White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos (Trad.). Paidós.

Whittingslow, M., & Losada, A. (s.f.). Abordajes sistémicos en trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas eficaces para pacientes con diagnóstico de trastorno en la conducta alimentaria. Publicia.

Winnicott, D. W. (1965). The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. International Universities Press.

## ANEXOS.

En el siguiente apartado adjunto algunas capturas de pantalla (las más relevantes) como evidencias y visualización del taller y los temas abordados.

### TALLER: SESIÓN “INTRODUCCIÓN”



**Fundamentos**

Trastornos de la conducta alimentaria

- 1 Afecciones psicológicas relacionadas con la conducta alimentaria
- 2 Es multifactorial (muchas razones y causas)
- 3 Las recaídas son normales

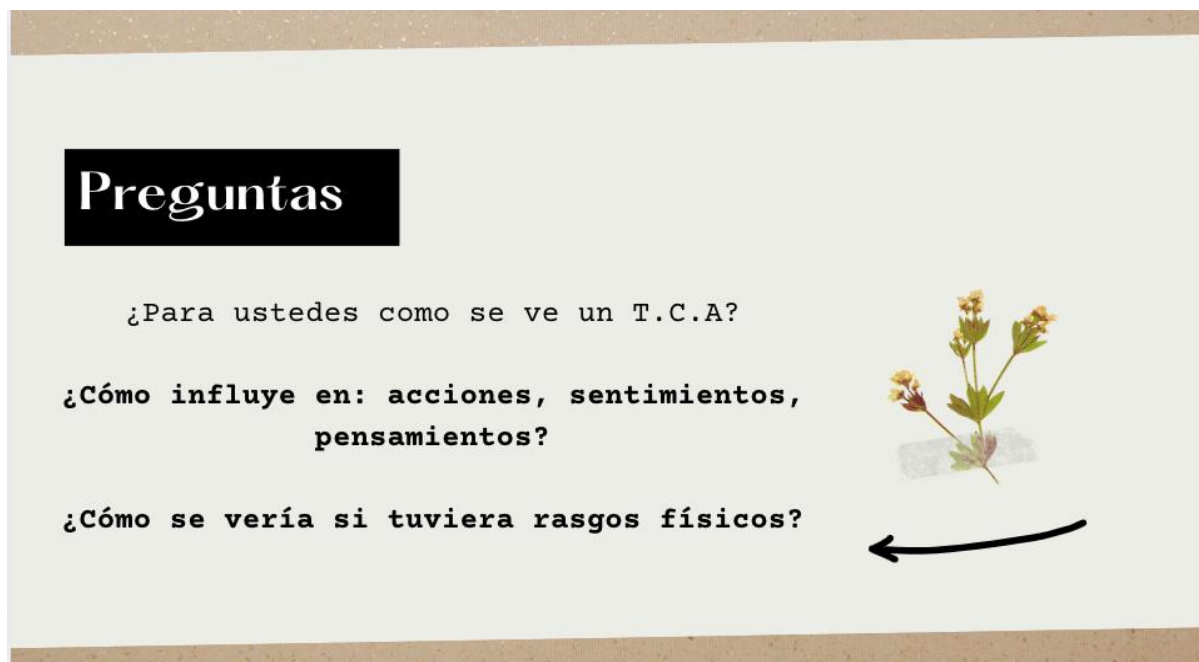
Los más comunes:

- Anorexia
- Bulimia
- T. por atracón

Son tantas las causas que los pueden detonar, que no es culpa de nadie.

Las personas con un TCA sufren y tienen mucho malestar emocional.

La red de apoyo familiar es muy importante para ellos.





**Preguntas**

¿Para ustedes como se ve un T.C.A?

¿Cómo influye en: acciones, sentimientos, pensamientos?

¿Cómo se vería si tuviera rasgos físicos?



## Preguntas finales

En su familia:

¿Cuál es su historia con el TCA?  
¿Qué ha cambiado, qué se ha mantenido igual?



### TALLER: SESIÓN “MANEJO EMOCIONAL”

## Emociones

más frecuentes en familiares de una persona con un TCA

Culpa

Enojo

Impotencia

Tristeza

Miedo



## DINÁMICA

¿Qué emoción que crees que siente tu familiar?

## Preguntas a reflexionar

Por favor, piensa y anota tu respuestas.  
Después, cada integrante compartirá (si se siente cómodo) sus respuestas.

- ¿Qué emociones son las más frecuentes que surgen en ti, cuando hay un conflicto en tu familia? menciona 2
- ¿Qué valor, espacio e importancia se le dan a las emociones en tu casa?
- Si se le da importancia, ¿quién en tu casa dirías que enfrenta de mejor manera las emociones o los conflictos?

## TALLER: SESIÓN “COMUNICACIÓN ASERTIVA.”

### Avestruz



- Tratar de ignorar los problemas que provoca el trastorno
- Huída

### Medusa

- Personas totalmente transparentes con lo que les hace sentir un TCA dejándose llevar por el sentimiento- pensamiento de fracaso
- Sentimientos: agotamiento y desesperación
- Muy reactivo



## Canguro



- Interpretarlo como fragilidad, querer proteger
- Actitud de complacer, no límites claros
- Barre las oportunidades de desarrollarse y de explorar el mundo

## Evitar las trampas

- 1.No tomarnos en serio los sentimientos y las preocupaciones de otros miembros de la familia
- 2.Insistir en lo correcto de nuestra visión del problema (mejor coincidir en diferir)
- 3.No brindar apoyo a otros miembros de la familia porque nuestras energías están en tratar de ayudar y de apoyar a la persona que tiene el TCA
- 4.No reconocer los puntos fuertes, olvidarse de elogiar
- 5.. No aceptar que está en manos de \_\_ el esforzarse



## **Elementos típicos de una pauta problemática:**

- v Palabras o frases que desencadenan una discusión
- v Ciertos tonos o volúmenes de voz
- v Comportamiento no verbal (gestos movimientos, maneras de mirar)
- v Lugares, momentos

## **Concretar acuerdos reforzados con acciones**



¿Cómo llegan a acuerdos como familia? ¿Hay reglas? ¿Negociaciones?  
¿Hay reglas en torno a la manera de alimentarse de cada uno?

## TALLER: SESIÓN “HÁBITOS, SALUD y DIVERSIDAD CORPORAL”

# Desafiando a los mitos comunes



### FUERZA DE VOLUNTAD

no son por elección, sino afecciones mentales muy serias.



### TIPOS DE CUERPO

los tca pueden estar presentes en cualquier tipo de persona sin importar su peso o talla



### TIEMPO

las mejoras no están en relación del tiempo, debemos intentar ser pacientes con la persona.



- Evitar juzgar su proceso y ritmo  
Darle el tiempo que necesite.
- No medir los avances con la mirada  
El avance se verá reflejado de diferentes formas, no en lo físico.
- Darle prioridad a lo emocional  
Darle lugar a la mente y las emociones en casa.

## Alternativas

amables para acompañar a la persona de modo empático

# ¿salud = delgadez?



- El peso no es un indicador de salud
- No podemos asumir que alguien tiene buena o mala salud por el tamaño de sus cuerpos
- Si nos enfocamos en mejorar otros factores de salud, el peso entonces no es el problema.

La mejoría/recuperación de salud de una persona con un TCA va más allá de una alimentación adecuada o un peso adecuado

**¿Quién estableció qué es saludable?**

**¿Cuáles cuerpos son más o menos valiosos en nuestra sociedad?**

**¿Quién determina si tenemos o no salud?**

# La salud es un constructo

QUE DEBE SER CONSTANTEMENTE  
CUESTIONADO

## SISTEMAS DE PODER

Como el sistema de salud pública o la OMS, que son instituciones que han definido qué no es o qué es saludable.

## PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS

Tiene que ver con conceptos como creer que un cuerpo delgado es más valioso, más atractivo y "más saludable" porque "se quiere más a sí mismo".

## CREENCIAS SOBRE LA SALUD

Es una cuestión de voluntad  
Quien se quiere: hace ejercicio, come bien, se preocupa por su físico.  
Relación de la imagen corporal con disciplina/pereza.



¿Qué se quedan pensando con esta presentación?

¿Qué significaría para cada uno de ustedes que \_\_ recupere salud?

Si pudieran añadir más factores ,además de la alimentación, al concepto de salud, ¿en cuáles piensan? ¿Qué otras cosas consideran importantes?

¿CÓMO SE VE UNA PERSONA SALUDABLE PARA TI?

## TALLER: SESIÓN “CULTURA DE LAS DIETAS”

**ENTRE 1/3 Y 2/3 DE LAS PERSONAS QUE HACEN DIETA, RECUPERAN MÁS PESO DEL QUE PERDIERON**

(Mann, T. 2007)

**EN PROMEDIO,**

Las mujeres inician dieta a los 9 años

Los hombres inician dieta los 15 años

**HACER DIETA: FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL**

para desarrollar un TCA

**CULTURAL/POLÍTICO**

violencia

gordofobia

**MECANISMO DE CONTROL**

**ANESTESIA SOCIAL**

**NARRATIVAS DOMINANTES SOBRE EL CUERPO**

cosificación

opresión del sector salud

cultura patriarcal

# NIVEL PSICOLÓGICO

---

- Creencias disfuncionales + Distorsiones cognitivas
  - Reglas fijas que obedecer: policia alimentaria
- Provoca desconexión emocional
- Incrementa: la insatisfacción corporal, se da la valía a la delgadez.

