

UNA APLICACIÓN DEL MODELO PSICODINÁMICO SISTÉMICO DE EVALUACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

*** JORGE ARMANDO BARRIGUETE MELÉNDEZ; **ANA REGINA PÉREZ BUSTINZAR; ***ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES; ****ADRIANA VILADOMS PORTUGAL; *****PAOLA BARRIGUETE CHÁVEZ PEÓN Y *****LUIS ROJO MORENO.**

* Consultor Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Profesor Investigador Universidad Anáhuac On Line. Director Clínica Ángeles Trastornos de la conducta Alimentaria Hospital Ángeles Lomas. Médico Psicoanalista CES Psiquiatría. Maestría y Doctorado en Psicoterapia y doctor en Investigación. Sistema Nacional de Investigadores. Académico: Nacional de Medicina y Nacional de Cirugía de Francia, Medicina de Cirugía y Mexiquense de Medicina.

* * Licenciatura en Psicología: Universidad Iberoamericana. Diplomado en Desórdenes de Alimentación: Diagnóstico y Tratamiento: Universidad Iberoamericana. Trainee en el Ambulatory Care for Eating Disorders: *Toronto General Hospital*. Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia: Universidad Anáhuac. Diplomado de trastornos de la conducta alimentaria en línea. Instituto Nacional de Salud Pública. Diplomado en Psicoterapia Psicoanalítica Breve: *Universidad Anáhuac*. Coordinadora General Clínica Ángeles: Trastornos de Alimentación. Práctica privada en Psicoterapia Individual. Docencia: Coordinadora Académica Diplomado de los TCA y Obesidad Universidad Anáhuac. Docencia en Licenciatura de Nutrición. Universidad Anáhuac del Norte. Docencia en Licenciatura de Psicología Universidad Iberoamericana y Diplomado TCA.

* * * Licenciatura: Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría: Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil. UNAM. Doctorado en Psicología, Campo de Conocimiento: Psicología y Salud. UNAM. Psicóloga Clínica Especialista en Diagnóstico Clínico, Psicoterapia Infanto-Juvenil, y en Trastornos de la Conducta Alimentaria con orientación Cognitivo-Conductual, Consultorio Privado.

* * * * Psicóloga Clínica. Universidad Anáhuac. Maestra en Psicoterapia General. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Miembro del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Ángeles Trastornos de la Conducta Alimentaria. Maestra de la materia Temas Selectos de Nutrición. Carrera de Nutrición de la Escuela ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac Norte. Docente en los diplomados: "Bienestar, salud y calidad de vida", "Alimentación y Nutrición para la Salud" y Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Universidad Anáhuac virtual. Coordinadora Curso MOOC (Massive Open Online Course) sobre Bienestar. Miembro de la Asociación Mexicana de Trastornos Alimenticios (AMTA). Psicoterapeuta Clínica Ángeles TCA. Trabajo clínico con madres de familia y familias.

* * * * * Psicóloga clínica con maestría en Neurociencias de Kings' College London. Psicoterapeuta psicoanalítica certificada en salud mental perinatal por parte de Postpartum Support International. Especialista en Trastornos de la Conducta

Alimentaria. Psicóloga Clínica, Investigadora y Fundadora de la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria durante el embarazo en el Instituto Nacional de Perinatología. Psicoterapeuta en Clínica Ángeles de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Fundadora de Baby Blues: Embarazo y lactancia, para prevención y tratamiento de la depresión postparto. Diseño e impartición de diplomados en línea por parte Universidad Anáhuac relacionados con salud, alimentación, trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Miembro de la Eating Academy of Disorders. Miembro de Marcé Society. Autora y coautora de diversos artículos, así como capítulos de libros científicos.

* * * * * Profesor de psiquiatría de la Universidad de Valencia España. Jefe de servicio de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Valencia España.

Recibido: 19 de febrero 2020/ Aceptación: 31 de mayo 2020

RESUMEN

Las familias cuyos miembros padecen un trastorno de la conducta alimentaria presentan dinámicas particulares, de ahí la necesidad describirlas y analizar cómo pueden estas ayudar o afectar su recuperación. Así que través de una metodología cualitativa con un diseño descriptivo con una muestra conveniencia, conformada por 76 casos clínicos, se tomaron los datos de quienes cumplían con los criterios de diagnóstico y que sostuvieron una entrevista familiar con el terapeuta responsable, basada en el Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. Posteriormente se realizó el análisis de contenido y los resultados mostraron que estas familias tenían expectativas muy altas en sus hijos tendiendo al perfeccionismo, por lo que ejercían mucho control en diferentes ámbitos, además les era difícil expresar sus sentimientos de malestar, y tampoco se observaron muestras de cariño. Con respecto a sus mecanismos de defensa, el que más presentaban en dichas familias fue la negación. En conclusión, se puede observar que uno de los principales problemas es la comunicación familiar, sobre todo en la expresión de afectos, lo cual dificulta la interacción entre los miembros y esto contribuye al desarrollo y mantenimiento del trastorno de la conducta alimentaria.

PALABRAS CLAVE: Afecto, alimentación, conducta alimentaria, modelo psicodinámico sistémico, nutrición, trastorno.

SUMMARY

The family carers of patients who suffer from an eating disorders show specific characteristics, hence the importance of describing and analysing the role of these characteristics in the recovery. A qualitative and descriptive design was conducted using a sample of 76 clinic cases which met the inclusion criteria for diagnosis and a family interview using the systemic psychodynamic model for family evaluation. Data analysis and results show these families had very high expectations on their children with a tendency to perfectionism and control over them, difficulties to express feelings of discomfort, and lack of affection. In terms of defense mechanisms, the most common was denial. In conclusion, one of the main problems observed was family communication specially lack of affection which hampers the interaction between family members and contributes to the development and maintenance of the eating disorder.

KEY WORDS: Affection, diet, eating behavior, systemic psychodynamic model, nutrition, disorder.

RÉSUMÉ

Les familles dont les membres ont un trouble de la conduite alimentaire (TCA). Ont des dynamiques particulières, d'où la nécessité de les décrire et d'analyser comment celles-ci peuvent aider ou affecter leur rétablissement. Ainsi, grâce à une méthodologie qualitative avec un design descriptif avec un échantillon de commodité, composé de 76 cas cliniques, les données ont été extraites de ceux qui répondaient aux critères diagnostiques et qui ont tenu un entretien familial avec le thérapeute responsable, basé sur le Modèle psychodynamique systémique d'évaluation familiale. Par la suite, l'analyse du contenu a été effectuée et les résultats ont montré que ces familles avaient des attentes très élevées envers leurs enfants, tendant vers le perfectionnisme, ils exerçaient donc beaucoup de contrôle dans différents domaines, et il leur était également difficile d'exprimer leurs sentiments d'inconfort, et aucun échange d'affection n'a été observé. En ce qui concerne leurs mécanismes de défense, celui qu'ils présentent le plus dans ces familles c'est le déni. En conclusion, on peut voir que l'un des principaux problèmes est la communication familiale, en particulier dans l'expression des affections, ce qui

entraîne l'interaction entre les membres et cela contribue au développement et au maintien des TCA.

MOTS-CLÉS: Affection, alimentation, comportement alimentaire, modèle psychodynamique systémique, nutrition, trouble.

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE FAMILIA

La familia proporciona afecto, apoyo y contribuye al bienestar psicológico y emocional de sus integrantes mediante el desarrollo de la autoestima, la confianza y de un sentimiento de pertenencia; promueve el desarrollo de estrategias de afrontamiento, establece normas y posee una función organizadora y reguladora de la personalidad [1]. Asimismo, la familia es el principal agente de socialización y modelamiento de los Hábitos Alimentarios (HA), los que reflejan las creencias, actitudes y prácticas familiares respecto a la alimentación [2, 3]. Al respecto Godoy et al. [4] observaron que el tipo de alimentos que consumen las familias depende del nivel socioeconómico, siendo que en un nivel socioeconómico alto presentan prácticas alimentarias restrictivas, por ejemplo, utilizan más los productos light y regulan la comida chatarra; además refieren que disfrutan la comida, pero con límites claros y cuidan más la estética y la salud.

CARACTERÍSTICAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

En las familias funcionales, el padre y la madre muestran una actitud responsable, es decir, tienen en cuenta las necesidades de su familia, a la vez que las propias, atendiendo al interés del grupo familiar; y presentan vínculos seguros con sus hijos. Además, se encuentra un liderazgo compartido entre los padres o el predominio del liderazgo materno [5]. En cuanto a la comunicación, las familias con un buen funcionamiento, se caracterizan por mostrar mensajes claros y congruentes de empatía, apoyo, resolución de problemas y confianza. Asimismo, existe una definición de roles, autonomía de los integrantes, cohesión y solidaridad, también el establecimiento de los límites deben estar definidos para permitir el contacto con otros subsistemas [6 -8].

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se reconocen como una enfermedad de origen multifactorial, entre los que se encuentran factores individuales, familiares y sociales [9]. Desde esta perspectiva se distingue la influencia que ejerce la familia sobre los síntomas del TCA y dentro de este ámbito diversos factores se combinan directa o indirectamente con otras variables, de los cuales, el funcionamiento familiar es el factor más estudiado [10-12].

Al respecto, en un estudio con Familias con un miembro con TCA (FTCA) se investigaron tres variables del funcionamiento familiar: cohesión, flexibilidad, y comunicación, en comparación con Familias Control (FC). Los resultados mostraron que, en comparación con FC, las madres y hermanos de FTCA percibían menor cohesión, los hermanos de FTCA percibían mayor flexibilidad, y en cuanto a la comunicación, tanto los pacientes con TCA como sus hermanos refirieron mayores problemas de comunicación con sus padres. Esta dificultad en la comunicación podría influir en la adaptación familiar y en el desarrollo de la patología alimentaria [13]. Asimismo, Cruzat et al. [14] reportaron que las subescalas Obsesión por la Delgadez y Bulimia del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2 por sus siglas en inglés), se asocian con el manejo inadecuado de conflictos, proponiendo que la evitación de conflictos trae como consecuencia un aumento en la intensidad y mantenimiento de la sintomatología.

ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar es la mínima organización que permite cumplir con su función protectora y socializadora y está formada por: a) subsistemas interrelacionados jerárquicamente –individual, conyugal, parental y fraterno relacionados de acuerdo a la distribución de poder–, b) fronteras o límites que regulan cómo se participa –conjunto de demandas funcionales que organizan la forma de interacción entre los miembros–, c) jerarquías –distribución del poder donde destaca el miembro que mantiene el control–, d) alianzas –unión de dos o más miembros para obtener un beneficio sin dañar a otro– y, e) coaliciones –unión de dos o más miembros para dañar a otro–. Cuando esta organización deja de ser funcional porque se producen alteraciones en cualquiera de sus componentes, se impide la adaptación y el

crecimiento de los individuos y se manifiesta por medio de una patología tanto de uno como de varios miembros de la familia que a su vez lo sostienen [5, 15].

Al respecto se ha encontrado que en familias con un paciente con Anorexia Nerviosa (AN) presentan una tendencia a la rigidez [16], dificultades en la comunicación y solución de problemas, tendiendo a la sobreprotección. Mientras que las familias con un paciente con Bulimia Nerviosa (BN) se presumen como menos cohesivas, adaptables, con menor comunicación, expresividad y apoyo tanto emocional como social y con un nivel elevado de conflicto [17-19], así como presentar estructuras tanto rígidas como caóticas.

En cuanto a la relación entre los miembros de la familia, tanto padres como madres de pacientes con TCA, muestran actitudes complacientes en las que delegan sus propios deseos y necesidades para satisfacer las de los demás o por el contrario tienden a ser egoístas, en donde imponen sus deseos sin tener en cuenta las necesidades de los otros. Asimismo, establecen vínculos inseguros, ambivalentes y con poco afecto hacia sus hijos. Con respecto al establecimiento de límites, se observa un estilo rígido en donde las exigencias para los miembros son altas, y hay poco afecto entre ellos [8, 20,22].

ESTILOS DE CRIANZA

Los estilos de crianza representan un papel relevante en el desarrollo y pronóstico de los TCA [23]. Al respecto, Herraiz-Serrano et al. [24] encontraron que en la percepción de crianza medida con la prueba Mis Memorias de Crianza (EMBU, por sus siglas en inglés), las pacientes con BN y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANES) clasificados en el DSM-IV, TR [21], perciben mayor rechazo, sobreprotección y menor afecto comparado con las pacientes de AN y controles; y los tres grupos de TCA perciben mayor favoritismo hacia otros miembros de la familia que los controles. Asimismo, los autores reportan una relación entre las puntuaciones del Test de Actitudes Alimentarias (EAT por sus siglas en inglés) y los factores rechazo de la madre y favoritismo del padre –hacia otros miembros de la familia– de la prueba EMBU, y este último a su vez se asoció con el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE por sus siglas en inglés). Por el contrario, el favoritismo materno, hacia otros miembros, en la prueba EMBU se relacionó con mayor rechazo de su figura corporal en el Cuestionario de la Silueta Corporal (BSQ, por sus siglas

en inglés), lo que también se relaciona negativamente al afecto y sobreprotección paterna.

Por otro lado, mediante un modelo estructural [20] se encontró que el rechazo materno aumenta la probabilidad del desarrollo de HA inadecuados. En cambio, la calidez emocional paterna desempeña un papel importante como mitigador del rechazo materno percibido, es decir, tiene un efecto indirecto sobre los HA, y este efecto está mediado por variables personales y emocionales de los pacientes como autoestima y depresión [25]. Por el contrario, los progenitores varones que tienden a evitar la comunicación con sus esposas, sobrevalorar su trabajo y tiempo libre, y a mantener una distancia emocional y física con respecto a sus hijos, favorecen el desarrollo de los TCA [26].

Además, los comentarios negativos que realizan los padres, y en especial las madres sobre el peso corporal de los hijos se asocian con la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en jóvenes adultos, y esta relación se encuentra mediada por la insatisfacción corporal. [27]. Por último, se ha encontrado que la dieta de la madre, su preocupación por el peso y la insatisfacción corporal son predictores de un mayor control en la comida y la insatisfacción corporal en los hijos con TCA [28].

MECANISMOS DE DEFENSA Y LOS TCA

De acuerdo con la teoría psicodinámica, los mecanismos de defensa son procesos mentales inconscientes que se generan a partir de peligros internos o externos como, conflictos emocionales, prohibiciones internalizadas o restricciones de la realidad externa [29, 30]. Los mecanismos de defensa protegen de la experiencia excesiva de ansiedad, resguardan la autoestima del individuo e indican el nivel de madurez psicológica [31]. La madurez de un mecanismo de defensa puede definirse por la complejidad cognitiva implicada, es así que se distinguen entre mecanismos maduros o de alto nivel de funcionamiento, y primitivos o de bajo nivel de funcionamiento. Los primeros se relacionan con un funcionamiento adaptativo, como el humor, el altruismo, la sublimación, la intelectualización y la racionalización. Mientras que los segundos, como la negación, el desplazamiento y la proyección, se asocian con conductas no adaptativas y mayor deterioro del funcionamiento

psicosocial, además, se presentan en personas con desórdenes de personalidad o trastornos mentales [32].

Se ha encontrado que pacientes con TCA exhiben más defensas primitivas y menos madurez comparado con personas control. Asimismo, pacientes con TCA resistentes al tratamiento muestran una clara negación a la enfermedad y se cree que las defensas se forman entre el nacimiento y la adolescencia por parte de las relaciones que mantienen padres e hijos. Además, se ha encontrado que los mecanismos de defensa primitivos tienden a relacionarse con padres que muestran baja empatía y sobreprotección [33]. Para finalizar, se ha reportado que familias de pacientes con TCA presentan negación a la existencia del trastorno o la gravedad del mismo, dificultando la intervención y el proceso terapéutico [34].

MÉTODO

Mediante una metodología cualitativa con un diseño descriptivo, se buscó explorar cuáles eran las características de las familias cuyos miembros padecen algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, haciendo énfasis en los siguientes aspectos: patrones de comunicación, identificación y expresión emocional, mecanismos de defensa que presentan y tipo de vinculación. Además, fue un estudio ex post facto, para comprobar la hipótesis descriptiva.

PARTICIPANTES

El tipo de muestra de este estudio fue por conveniencia, conformada por 76 casos clínicos junto con sus familias, de una base de 118 quienes cumplían con los criterios de diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria acordes al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V [21] y que acudieron a tratamiento interdisciplinario a una clínica privada ubicada al poniente de la Ciudad de México, con un nivel socioeconómico alto.

En cuanto al tiempo de evolución 1.3% presentaba el trastorno durante varios años, 22.4% más de dos años, 1.3% año y medio, 64.5 % más de un año, 6.6% menos de un año y 3.9% varios meses. Además, la edad de los participantes fluctuó entre 12 y 31 años con una media de edad de 17.14 y una DE de 4.26.

PROCEDIMIENTO

De una base de datos se seleccionaron aquellos participantes que además de presentar algún trastorno de la conducta alimentaria, sostuvieron una entrevista familiar con el terapeuta responsable, basada en el Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar [35] y se realizó un análisis de contenido para obtener las características principales de la dinámica familiar.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La mayoría de la población fue del sexo femenino (n = 68) y del sexo masculino (n = 8); con mayor frecuencia estudiantes (n = 70) y profesionistas (n = 6). En cuanto a su escolaridad, cuatro cursaron la primaria, 22 secundaria, 25 preparatoria y 26 licenciatura. Con respecto a su estado civil, 72 eran solteros, tres casados y uno divorciado.

En cuanto a su religión, 30 eran católicos, un judío y 45 no lo mencionaron. Con respecto su Índice de Masa Corporal (IMC) los participantes presentaron delgadez severa 19.7%, delgadez moderada 11.8%, delgadez leve 26.3%, normopeso 30.3%, sobrepeso 7.9%, obesidad 1 1.3%, al igual que obesidad 2 y obesidad 3.

En cuanto al estado civil de los padres, el 64.8% se encuentran casados, el 17.1% divorciado, el 9.2% divorciado pero vuelto a casar, el 2.6% se desconoce su estado civil, y el 1.3% se encuentra en una nueva relación, al igual que el porcentaje de papás que son solteros.

ANÁLISIS CUALITATIVO

A través de la entrevista familiar basada en el modelo psicodinámico-sistémico, se obtuvieron las características principales de la dinámica familiar que se presentan en las familias con un miembro con trastorno de la conducta alimentaria. Por lo que a continuación se describen los patrones de comunicación, la forma en que identifican y expresan sus emociones, los mecanismos de defensa y el tipo de vínculo que presentaron.

Con respecto a la estructura familiar: en general estas familias tenían expectativas muy altas en sus hijos tendiendo al perfeccionismo, por lo que ejercían mucho

control en diferentes ámbitos, también solían colocarles etiquetas dependiendo del lugar que cada hijo ocupara (e.g. él es el inteligente). Asimismo debido a estos estándares altos, por lo regular comunicaban los éxitos y no los fracasos por lo que no había un espacio para la libre expresión, y cuando llegaban a expresar su malestar, los padres lo interpretaban como una falla, dando como resultado una distancia emocional entre los miembros de la familia. En ocasiones los abuelos se involucraron en las decisiones familiares. En cuanto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se percibió en los padres mucha preocupación por la imagen y apariencia física. Las madres, por lo regular eran sobreprotectoras o en su defecto ausentes física y emocionalmente, y algunas llegaron a presentar síntomas de depresión. Los padres son periféricos y por lo mismo distantes con sus hijos, aunque buenos proveedores. Otros por su parte pueden llegar a ser violentos. Otra característica que se observa es que en ocasiones la pareja (padre-madre) se encuentra en conflicto, por lo que entre ellos hay una separación física y emocional, lo que dificulta el funcionamiento familiar.

Con respecto a la expresión de las ideas pensamientos y puntos de vista: Los hijos difícilmente comunicaban sus ideas, por temor a la crítica y a ser juzgados por sus padres, creándose un distanciamiento entre ellos. En ocasiones es la madre quien interpretaba al padre lo que los hijos deseaban expresar, presentando una triangulación en la comunicación, en lugar de que sea directa. En cuanto a los pares, es el sistema filial el que en ocasiones busca la solución a los problemas, es decir se apoyan entre hermanos. Por su parte, los padres toleraban la expresión de rebeldía de los hijos pero si había control por parte de ellos, también les permitían expresar sus intereses vocacionales y recreativos, sin embargo no siempre se les permitía llevarlos a cabo.

En cuanto a la expresión de los afectos: dentro de la sesión en la mayoría de los casos (96.1%) el entrevistador no observó expresiones de cariño, aunque los padres si permitían la expresión de emociones negativas tanto dentro como fuera del hogar. En lo que se refiere a los *mecanismos de defensa*, el que más se presentó en estas familias, fue la negación, en donde es mejor no ver y no aceptar lo que no se puede manejar y/o lo que se sale de control. Fue evidente que eran familias en donde las altas expectativas, las conductas esperadas y las fantasías de que los hijos cumplan lo que los padres desean, hacían que se fortaleciera el mecanismo de negación, es

decir, eran sistemas en donde era mejor no reconocer, que aceptar que la realidad no era como esperaban. Lo cual era algo que iba en contra del perfeccionismo anhelado. Además, se observó que la negación se daba en los padres, al no querer ver la situación y reconocerla como tal, o en todo el sistema, en donde no se veía lo que estaba sucediendo, tanto en relación con el trastorno, como con otras situaciones que podían generar estrés, ansiedad o algún tipo de malestar. Se observaba que eran familias con cierto nivel intelectual y cultural, por lo que también, acompañado de la negación, había mecanismos de intelectualización y racionalización, que no se midieron directamente en el estudio, pero que reflejan un tipo de funcionamiento en el que obstaculiza el crecimiento tanto de los miembros del sistema, como del sistema como un todo. Y en el caso del TCA, dificulta la evolución en el proceso de tratamiento. Asimismo, se presentaron, pero con menor frecuencia mecanismos como la identificación proyectiva y la idealización primitiva y de las 76 familias solo tres no presentaron algún mecanismo de defensa bajo nivel.

Respecto al control conductual, solo 31.6% de las familias presentaron roles rígidos por lo que se denota flexibilidad en la toma de decisiones dentro del hogar. Los límites en el aspecto afectivos se encuentran bien establecidos, y cuando alguien tiene una preocupación, se comparte y se involucran, pudiendo ser empáticos entre ellos y respetándose las necesidades de cada quien.

DISCUSIÓN

ESTRUCTURA FAMILIAR

De manera general, en este estudio se encontró que los padres de pacientes con TCA, muestran altas expectativas, tienden al perfeccionismo y ejercen mucho control en sus hijos, lo cual coincide con características de este tipo de familias donde la rigidez se expresa a través de dichas actitudes y conductas [8]. Además, este tipo de familias presentan menor cohesión, problemas de comunicación y dificultades en la resolución de conflictos [6, 13, 17-19], similar a lo encontrado en este estudio donde las familias presentaron problemas en la comunicación y una distancia emocional entre sus miembros.

En cuanto a la imagen y apariencia física, tanto los padres como las madres le dan mucha importancia a estos aspectos, lo cual puede influir o predecir el desarrollo de un TCA, ya que se ha encontrado que la preocupación por la apariencia física,

aunado a los comentarios negativos que realizan los padres, son predictores de un mayor control alimenticio y la insatisfacción corporal de los hijos [9, 27, 28]. Con respecto a las características de las madres de los pacientes con TCA se encontró que presentan conductas de sobreprotección y síntomas de depresión, estos resultados coinciden con las características de familias con un miembro con TCA que presentan rasgos de aglutinamiento [8]. En cuanto a los progenitores varones, se encontró que presentan un rol periférico, lo cual coincide con lo reportado por otros autores [6, 26] quienes postulan que los padres que tienden a mostrarse periféricos respecto al sistema familiar favorecen el desarrollo de los TCA en los hijos [26]. Además, en este tipo de familias, la relación entre los padres tiende a ser distante o de enfrentamiento [5], lo cual es similar a lo reportado en este estudio.

EXPRESIÓN DE IDEAS

De manera general, los pacientes con TCA presentan dificultades para expresar sus ideas por temor a la crítica, lo cual puede estar relacionado con sentimientos de inseguridad y la percepción de falta de comprensión por parte de los padres. Mateos-Agut et al. [5] reportan que en este tipo de familias los padres tienden a establecer vínculos inseguros, ambivalentes y con poco afecto hacia sus hijos. También, son familias que tienden a presentar un funcionamiento desligado donde se estimula la autonomía, pero no se promueven sentimientos de seguridad [6]. Además, se encontró que, en las familias evaluadas, la comunicación no es directa ya que se presenta triangulación en la comunicación, similar a lo reportado en otros estudios donde se ha observado que en este tipo de familias existen coaliciones o relaciones triangulares entre los miembros, donde generalmente los hijos se encuentran en medio de las discusiones de los padres [8].

Con respecto a la expresión de rebeldía, intereses vocacionales y recreativos, se encontró que suelen permitirse, pero con cierto control y restricciones, lo cual podría estar relacionado con el estilo rígido, manifestado mediante el control y el perfeccionismo expresado por parte de los padres [8].

EXPRESIÓN DE AFECTOS

En cuanto a la expresión de afectos, no se observaron muestras de cariño en la mayoría de los casos. Esto, posiblemente, se encuentra relacionado con la

percepción de los pacientes con respecto a la crianza, ya que en un estudio, los pacientes con TCA percibieron como prácticas inadecuadas de crianza la dificultad en la expresión de afecto, la falta de comprensión y apoyo, y las actitudes autoritarias y sobreprotectoras, en donde hay preocupación por los miembros, pero no calidez emocional, generando en los pacientes dificultades en la toma de decisiones y en la búsqueda de su identidad [9].

MECANISMOS DE DEFENSA

En este estudio se encontró que las familias muestran mayormente mecanismos de defensa primitivos como la negación, estos resultados coinciden con los mecanismos de defensa que se han reportado en pacientes con TCA y sus familias [34, 35]. Es importante señalar, que, aunque son familias con un nivel intelectual y cultural en la mayoría de los casos alto o medio alto, sin embargo, el funcionamiento psicológico no es del mismo nivel, lo que condiciona mecanismos que parecería no coinciden, en este caso, la negación, que se observó tanto en los padres, como en la o el paciente, así como también en el sistema como un todo.

La negación tenía la finalidad de no querer ver lo que no se apegaba a las altas expectativas o los deseos o fantasías anheladas tanto de los padres, como del sistema familiar que generalmente buscaba perfección. También, se visualizó la negación como una forma de no querer ver la dimensión del problema, es decir, no reconocer que se trataba de algo importante que requería de una atención especial e inmediata. El negar también se puede asociar a no reconocer, no aceptar y no validar al mismo paciente y sus necesidades. No ver que la está pasando mal y que necesita de algún tipo de apoyo, ayuda o consideración, genera un sentimiento de invalidación. Lo que podemos decir, resulta en una sensación en el paciente de "no cuento lo que me pasa o lo que necesito" porque no es importante para los otros.

El tema de los mecanismos de defensa podría en futuros estudios profundizarse más, integrándolo a los vínculos que los hijos tienen con sus padres y con el significado que esto puede tener en el crecimiento y desarrollo de los miembros del sistema familiar.

CONTROL CONDUCTUAL

Con respecto al control conductual, a diferencia de lo reportado en familias con un miembro con TCA, las familias analizadas exhiben algunas características de un buen funcionamiento familiar, como tomar en cuenta las necesidades de la familia, ser empáticos o mostrar apoyo [5, 6]. Además, muestran límites bien establecidos, lo cual permite a los miembros el contacto con otros subsistemas [8]. Asimismo, en la literatura se ha reportado que este tipo de familias presentan menor flexibilidad, es decir, la capacidad de cambio en el liderazgo, los roles y las reglas del sistema [6], sin embargo, en este estudio las familias presentan en su mayoría rasgos que denotan flexibilidad en las decisiones del hogar.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los datos presentados se puede concluir que las familias con un miembro con TCA evaluadas en este estudio presentan, principalmente, un problema en la comunicación familiar, sobre todo en la expresión de afectos, en especial emociones negativas y de ideas, lo cual dificulta la interacción entre los miembros y contribuye al desarrollo y mantenimiento del TCA. Mecanismos de defensa como la negación, perpetúan el TCA al no aceptarlo o no reconocer su gravedad en la vida del o la paciente. Finalmente, reconocer que la rigidez de estas familias, así como su búsqueda y anhelo por el perfeccionismo y por cumplir con expectativas propias y ajenas que encajen con ideales que nada tienen que ver con el crecimiento y buen desarrollo de los miembros, son temas que requieren más investigación y que se podrían desarrollar, considerando los cambios que hay en el mundo tan cambiante en el que vivimos, en este impacto de la era digital y en lo que no sólo los y las jóvenes están enfrentando, sino que cada uno desde su espacio y posición en la familia. El estudio de las familias con un miembro con TCA y lo que sucede en ellas, es un tema que se presta a diversas aproximaciones, todas ellas encaminadas a entender cómo funcionan y cómo pueden o no ayudar a sus miembros a desarrollarse a crecer, y no sólo eso, sino que también a que el sistema crezca, como un todo.

AGRADECIMIENTOS

Por su valiosa contribución al presente trabajo, nuestros más sinceros agradecimientos a las licenciadas Nayely Flores Fuentes y Regina Derbez.

BIBLIOGRAFÍA

[1] MARMO, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en Psicología*, 22(2), 165-178.

[2] LEVIN, K. A., & Kirby, J. (2012). Irregular breakfast consumption in adolescence and the family environment: Underlying causes by family structure. *Appetite*, 59(1), 63-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.106/j.appet.2012.03.016>

[3] RHODES, K., Chan, F., Prichard, I., Coveney, J., Ward, P., & Wilson, C. (2016). Intergenerational transmission of dietary behaviours: A qualitative study of Anglo-Australian, Chinese-Australian and Italian-Australian three-generation families. *Appetite*, 103, 309-317. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.036>

[4] GODOY Berthet, C., Denegri Coria M., & Schnettler Morales, B. (2018). Significados asociados a la noción de cuerpo y las prácticas alimentarias: Un estudio cualitativo con madres chilenas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(2), 145-159. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.482>

[5] MATEOS-AGUT, M., García-Alonso, I., De la Gándara-Martín, J. J., Vegas-Miguel, M. I., Sebastián-Vega, C., Sanz-Cid, B., Martínez-Villares, A., & Martín-Martínez, E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 267-280.

[6] FERNÁNDEZ Ruiz, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 153-162.

[7] CASTILLA Cabello, H., Caycho Rodríguez, T., Ventura León, J., Palomino-Barboza, M., & De la Cruz Valles, M. (2015). Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de Percepción del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en adolescentes

peruanos. *Salud & Sociedad*, 6(2), 140-153. DOI:10.22199/SO7187475.2015.0002.00003.

[8] LÓPEZ-COUTIÑO, B., & Nuño-Gutiérrez, B. L. (2009). Entre el aglutinamiento y la rigidez; estructura familiar de dos generaciones de jóvenes con anorexia y bulimia. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(1), S47-S54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4577/457745518009>.

[9] RIVERA, L., Andrade, P., Rivera, M., Unikel, C. (2018) Percepción de padres e hijas acerca de los aspectos familiares asociados con el inicio de un trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(1), 71- 81. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.484>

[10] BEHAR R., Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista Chilena de Pediatría* 85 (6), 731-739. DOI: 10.4067/S0370-41062014000600012

[11] MÉNDEZ, J.P., Vázquez-Velázquez, V., García-García, E. (2008) Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 579-592.

[12] RUÍZ Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C., & Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57. DOI: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2013.1>

[13] MAGLIO, A., & Molina, M. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2012.1>

[14] CRUZAT, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes de secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhe*, 17(1), 81-90.

[15] MINUCHIN, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

[16] COOK-DARZENS, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13, 223-226. DOI: 10.1002/erv.628

[17] QUILES, Y., Terol, M., & Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730207>.

[18] SHISLAK, C. M., Mckeon, R. T., & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *Journal and Clinical Psychology*, 46(2), 185-189.

[19] VIDOVIĆ, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. DOI:10.1002/erv.615.

[20] HUMPHREY, L. L., & Stern, S. (1988). Object relation and the family system in bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 337-350.

[21] AMERICAN Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

[22] GONZÁLEZ-MACIAS, L., Romero, M., Rascón, M. L., & Caballero, A. (2013). Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. *Salud Mental*, 36(1), 33-39.

[23] BEATO Fernández, L., Ramírez Espadas, C., O'Ferrall González, C., & Rodríguez Cano, T. (2016). Influencia de la percepción de la crianza sobre la actitud hacia el cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 56-63.

DOI: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2016.1.358>

[24] HERRAIZ-SERRANO, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Latorre-Postigo, J. M., Rojo-Moreno, L., & Vaz-Leal, F. J. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 91-98.

[25] BORDA Mas, M., Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Sánchez Martín, M., del Río Sánchez, C., & Beato Fernández, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 12-21. DOI: 10.24205/03276716.2018.1086.

[26] LOSADA, A. V., & Charro, A. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Perspectivas metodológicas*, 21(1), 89-112.

[27] DÍAZ de León Vázquez, C., & Unikel Santocini, C. (2019). Comentarios negativos paternos acerca de peso/forma corporal y su asociación con las conductas alimentarias de riesgo: Una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 10(1), 134-147. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.572>

[28] VÁZQUEZ Velázquez, V. & Reidl Martínez L. M. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*, 23(1), 15-24.

[29] CRAMER, P. (2013). Estudios empíricos sobre mecanismos de defensa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17(1), 97-117. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630261004>.

[30] VIDOVIĆ, V., Henigsberg, N. & Juresa, V. (2003). Anxiety and defense styles in eating disorders. *Collegium Antropologicum*, 27(1), 125-134. UDC 616.89-008.441.42:159.964

[31] STEIGER, H., Van der Feen, J., Goldstein, C. & Leichner, P. (1989). Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 131-140.

[32] LÓPEZ Ramírez, M. E. & Chávez León, E. (2012). Relación de los mecanismos de defensa y los trastornos de la personalidad. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11(3), 73-81.

[33] ABBATE-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: A critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13(294), 1-18.

[34] JÁUREGUI, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 158-198.

[35] SALINAS, J. L., Pérez, M. P., Viniegra, L., Barriguete, J. A., Casillas, J., & Valencia, A. (1992). Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. *La Revista de Investigación Clínica*, 44, 169-186.