

Devorando mis emociones: hacia una relación más saludable con la comida. Un estudio de caso

Reyes González, Irina

2020

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5144>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

PUEBLA

Estudio con Reconocimiento de Validez Oficial por
Decreto Presidencial del 3 de abril de 1981



**"Devorando mis emociones: hacia una relación
más saludable con la comida. Un estudio de caso"**

Directora del Trabajo
Dra. María de Lourdes Carrillo Árcega

Elaboración de un Estudio de Caso
que para obtener el grado de
Maestría en Psicoterapia

Presenta
Irina Reyes González

Índice general

Resumen.....	1
Abstract.....	1
Introducción.....	2
Sistematización de intervenciones en la práctica clínica.....	3
Supervisión.....	3
Alimentación y emociones.....	4
Alimentación y estrés.....	4
Dietantes crónicos.....	5
Estilos de apego.....	6
Trastorno por atracón.....	6
Terapia sistémica y Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	8
Funcionamiento familiar.....	10
Modelo de hipótesis.....	10
Importancia del estudio.....	11
Metas del tratamiento.....	11
Datos de identificación del paciente.....	12
Motivo de consulta.....	12
Técnicas e instrumentos para evaluar al paciente.....	14
Diagnóstico.....	19
Formulación del caso clínico, con base en el enfoque terapéutico.....	25
Elección del tratamiento.....	27
Implementación del tratamiento.....	30

Resultados del tratamiento.....	37
La persona del terapeuta.....	43
Discusión.....	44
Referencias.....	48

Índice de tablas

Tabla 1 Resumen de sesiones.....	34
----------------------------------	----

Índice de figuras

Figura 1 Genograma.....	16
Figura 2 Ecomapa.....	17
Figura 3 Escala Global.....	39
Figura 4 Escala de Enojo.....	41
Figura 5 Inventario de Depresión.....	42
Figura 6 Inventario de Ansiedad.....	43

Resumen.

El presente trabajo expone el caso de una mujer de 27 años de edad atendida en la clínica Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) en la Universidad Iberoamericana Puebla (UIA) por una alumna del último semestre de la Maestría en Psicoterapia. La paciente refiere como motivo de consulta, la incapacidad para mantener conductas de alimentación saludables, síntomas de ansiedad y depresión. El proceso terapéutico constó de quince sesiones, a partir de un enfoque sistémico, bajo una modalidad de supervisión, por un grupo conformado por cinco psicoterapeutas en formación y una experimentada. Se presentan aquí los instrumentos y técnicas utilizadas durante el proceso y así como una clara descripción del material trabajado a lo largo de las sesiones. En los resultados cualitativos se describe que la paciente logró mayor contacto con sus emociones, consciencia de saciedad y hambre, manejo de ansiedad y una relación más cercana con la madre; cuantitativamente disminuyeron los síntomas de enojo, ansiedad y depresión. Así como el cambio en la percepción de la paciente, en relación a las áreas de su vida que en un inicio consideraba perjudicadas.

Palabras clave: Trastorno por Atracón, Trastornos de la conducta alimentaria, Ansiedad. Depresión. Enfoque sistémico. Estudio de caso.

Abstract

This work exhibits the case of a 27-year-old woman attended at the clinic Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) at the Universidad Iberoamericana Puebla (UIA) by a student from the last semester of the Master's in Psychotherapy. The patient referred as a reason of consultation, inability to maintain healthy eating behaviors, symptoms of anxiety and depression. The therapeutic process consisted on fifteen sessions, from a systemic approach, under a supervision modality, by a group made up of five psychotherapists in training and one

experienced therapist. The instruments and techniques used during the process are presented here, as well as a clear description of the material worked on throughout the sessions. The qualitative results include increased contact with her emotions, satiety and hunger awareness, anxiety management, and a closer relationship with the mother; the symptoms of anger, anxiety and depression decreased quantitatively. As well as a change of perception in the areas of her life conceived at first as harmed.

Keywords: Binge Eating Disorder, Eating Disorders, Anxiety. Depression. Systemic approach. Case study.

Introducción.

En el actual estudio se expone el proceso terapéutico de un caso que presenta conductas disruptivas de la alimentación, síntomas de ansiedad y depresión (American Psychiatric Association, 2014), atendido en la clínica de Orientación Psicoterapia y Aprendizaje Significativo (OPTA) de la Universidad Iberoamericana Puebla (UIA), bajo un enfoque psicoterapéutico Sistémico, en el que la terapeuta fue supervisada por un equipo de trabajo y una supervisora titular con experiencia. Se presentan aspectos teóricos, instrumentos de evaluación psicométrica, elección y desarrollo del tratamiento, descripción de las sesiones y resultados de la intervención además de las limitaciones. La importancia del estudio radica en proponer una estrategia de intervención efectiva a través del enfoque sistémico para comprender la relevancia de trabajar las relaciones familiares en terapia individual cuando se presentan conductas de alimentación disruptivas, tomando en cuenta que pueden llegar a convertirse en algún trastorno de la conducta alimentaria, los cuales tienen una alta prevalencia en la población y mortalidad.

Sistematización de intervenciones en la práctica clínica

La sistematización de intervenciones en la práctica clínica consiste en hacer un análisis sobre el proceso terapéutico con la intención de poder identificar los elementos que promueven la mejora del paciente, incluyendo tanto las actuaciones del terapeuta como la retroalimentación del paciente, suponiendo que son estas interacciones las que generan el cambio (Agrelo, 2011, p.11). El hecho de poder establecer relaciones entre intervenciones y conductas específicas facilita el alcance de logros y objetivos en la psicoterapia, al poder transmitir la experiencia clínica. En base a la sistematización, la intervención psicológica se hace más visible y replicable ya que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia que se va construyendo en un tiempo acotado. El psicólogo clínico utiliza variadas herramientas únicamente con el fin de conocer, profundizar y facilitar la toma de contacto del consultante con su mundo interno (Muñiz, 2018, p.118). La sistematización de intervenciones terapéuticas, especificadas según el momento particular del proceso de psicoterapia, constituye un aspecto fundamental para la eficacia de la psicoterapia (Agrelo, 2011, p.52).

Supervisión.

El presente estudio de caso se dio bajo un sistema de supervisión de la práctica clínica. La supervisión es un proceso en el que una persona calificada por su experiencia en la investigación y la didáctica revisa una sesión de terapia que está teniendo o tuvo lugar entre un terapeuta y su paciente. En este caso la supervisión fue en modalidad en vivo, esta se da en una Cámara de Gesell; la cual es un espacio dividido por un espejo que sólo refleja a quienes están en la sesión terapéutica y permite que el supervisor y el equipo terapéutico observen del otro lado lo que ocurre en la sesión. La sesión se está dando en el mismo instante por lo que es posible que el terapeuta reciba instrucciones del supervisor mediante un teléfono interno directo (Salama, 2008,

p.174). La supervisión es un elemento muy importante ya que permite analizar las técnicas que podría estar o no promoviendo el cambio, el supervisor y el equipo terapéutico proponen nuevas formas de mirar el problema. Es necesario destacar que de acuerdo a Burgos (1998), uno de los principios de la supervisión se centra en la relación entre supervisor y supervisado, relación que no depende solo de la habilidad o destreza en el manejo de las técnicas por parte del supervisor sino de la calidad de la relación humana que se construye entre ellos y que se refleja en el trabajo terapéutico con el paciente (p.130).

Alimentación y emociones

La alimentación es un proceso básico del ser humano a través del cual elige y obtiene comestibles con la intención de satisfacer el instinto de hambre; la nutrición es el procesamiento y digestión de las provisiones elegidas para el quehacer cotidiano, de la elección inicial dependerá el rendimiento. Para que una persona pueda nutrirse adecuadamente requiere que la selección del alimento sea apropiada para sus necesidades. Sin embargo, en ocasiones la alimentación puede implicar más que un proceso básico y necesario para la supervivencia humana y transformarse en una forma para sobrellevar estados emocionales desagradables. Gibson (2007 en Silva 2014, p.9) considera que los estados emocionales y de ánimo pueden influir en gran medida a la conducta alimentaria pero también la propia alimentación afecta y modifica los estados emocionales y de ánimo. Al fenómeno de comer en exceso en respuesta a las emociones desagradables se le conoce como "alimentación emocional" ("emotional eating") (Escandón, Perú, Grau, Soriano y Feixas, 2017, p. 53).

Alimentación y estrés

El estrés es un estado mental de cansancio provocado por la exigencia de un rendimiento superior al normal. Muchas investigaciones han intentado esclarecer la relación no solo entre la

alimentación y las emociones sino también entre la alimentación y el estrés. El Modelo de Efecto General (MEG) es un modelo explicativo que argumenta que todo organismo enfrentado a estímulos estresores aumentará su ingesta alimentaria o la disminuirá. Aunque el efecto fisiológico del estrés se ha asociado a una respuesta incompatible con la alimentación, lo cierto es que la evidencia apunta a que el estrés crónico desencadena una cascada de reacciones fisiológicas que darían lugar a una respuesta seleccionada evolutivamente para enfrentar dicho estímulo o contexto amenazante: la sobrealimentación (Silva, 2007, p. 44). Esto quiere decir que es muy probable que el individuo ante el estrés crónico utilice la alimentación como una forma de canalizar sus efectos. El citado autor asevera que los estudios de laboratorio han develado que cuando la experiencia de ansiedad se relaciona con la autoimagen, los niveles de sobrealimentación aumentan ostensiblemente. Y al utilizar una medida de autoestima se encontró que existe una interesante interacción entre la restricción y la ansiedad, que es moderada por la autoestima.

Dietantes crónicos

Los dietantes crónicos son personas preocupadas, de manera exagerada, por no comer más de lo que sus cuerpos necesitan, lo que los lleva a recurrir a programas de restricción alimentaria, a pesarse con regularidad y limitar su alimentación por miedo a subir de peso. Pero cuando empiezan a experimentar ansiedad o emociones negativas rompen la dieta y tienden a sobrealimentarse. Se ha encontrado que los dietantes crónicos tienen un estilo afectivo vulnerable así como una susceptibilidad a situaciones de estrés y una permanente necesidad de regular los afectos negativos, por lo que utilizan la alimentación para hacerlo (Silva, 2007 citado en Montalvini, Lucero y Baldi, 2014, p. 9). Así mismo, los dietantes crónicos se sobrealimentan cuando perciben una amenaza de su autoimagen, especialmente cuando experimentan niveles

disminuidos de autoestima. Esto los lleva a manejarse en un constante extremo entre ayuno y sobrealimentación.

Estilos de apego

La teoría del apego, cuya formulación fue iniciada por John Bowlby (1969, 1979, 1980), aporta la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos hacia los cuales recurrir en momentos de sufrimiento o estrés (Guzmán y Contreras, 2012, p. 69). Los estilos de apego influyen en el patrón alimentario en especial el estilo de apego temeroso evitativo. Los sujetos con un predominio de este tipo de apego, frente a situaciones en las que se vivencian experiencias significativas de rechazo, tienden a no reconocer, a minimizar o esconder las emociones negativas y el estrés a través de una regulación afectiva externa como la restricción – sobrealimentación. De esta manera, la combinación de la ansiedad y la amenaza de la identidad es el ingrediente fundamental que genera la sobreingesta (Silva, 2007 citado en Montalvini, Lucero y Baldi, 2014, p. 9).

Trastorno por atracón

Las conductas disruptivas de la alimentación son aquellas que no permiten satisfacer la ingesta nutrimental necesaria para el desarrollo. Las conductas inadecuadas incluyen el rechazo a la comida, la ingesta selectiva y la dependencia a fuentes no apropiadas de alimentación (Hernández, Fernand y Vollmer, 2016, p. 145). Estas conductas se dan comúnmente en la etapa infantil y pueden ser transitorias pero cuando se mantienen a través del tiempo pueden provocar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como son: anorexia, bulimia, el trastorno por atracón, entre otros. Se estima que en México la prevalencia del trastorno por atracón es de 1.6%. Donde el 60% corresponde a las mujeres y un 40% a los hombres, pertenecientes a cualquier nivel socioeconómico y de todas las edades, aunque es más común en adultos, lo que lo convierte

en un problema de salud pública y social (Gómez, 2017, p. 1). El Trastorno por Atracón (TPA) es más prevalente entre los individuos que buscan tratamiento para perder peso que en la población en general (APA, 2014, p. 351) y se caracteriza por un episodio en el cual se come en un periodo determinado una cantidad de alimento que es mayor de la que la mayoría de los individuos comerían en un periodo similar en circunstancias afines acompañado por una sensación de ausencia de control sobre la ingestión de alimentos durante el episodio (APA, 2014, p. 350).

Los episodios de atracones se relacionan con tres (o más) de los siguientes:

1. Comer mucho más rápido de lo normal.
2. Comer hasta sentirse incómodo lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimento cuando no se tiene hambre.
4. Comer a solas por sentirse apenado a causa de la cantidad que se come.
5. Sentirse molesto con uno mismo, deprimido o muy culpable después.

De acuerdo a Black y Andreasen (2015, p. 320), la persona experimenta notable malestar a causa de los atracones, estos ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana por tres semanas y no se relaciona con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa. En estos pacientes la psicoterapia puede ofrecer resultados significativos, producir cambios y lograr una mejoría a corto y largo plazo, pues son problemas que debido al sentimiento de culpa y vergüenza que llevan aparejados, han logrado mantenerse en la clandestinidad durante años (Cuadro y Baile, 2015, p.103).

Se ha encontrado que existen factores que influyen en gran medida en la aparición del Trastorno por Atracón (TPA) como la insatisfacción de la imagen corporal, la disfunción familiar y los síntomas depresivos. Según estos hallazgos, se podría pensar que una familia con poca

cohesión o comunicación y mucha rigidez es generadora de situaciones de estrés que, junto con la incapacidad para controlar las sensaciones de hambre o saciedad, llevarían a episodios de atracón (Morales, Gómes, Jiménez, Jiménez, León, Majano, Rivas, Rodríguez y Soto, 2015, p. 180-181).

Terapia sistémica y Trastornos de la Conducta Alimentaria

La familia es la organización social más importante y es la que más influye en el desarrollo de una persona. El aprendizaje de la función alimentaria y la integración de la imagen corporal proviene de la familia. Es importante resaltar que, en el condicionamiento de la función alimentaria, cuando la madre responde a las señales que indican una necesidad nutricional en el niño ofreciéndole el alimento apropiado, el niño desarrolla el anagrama de hambre y aprende así a reconocerlo y a distinguirlo de otras necesidades y tensiones. En cambio, si las respuestas de la madre resultan mal adaptadas el niño caerá en una confusión, y será incapaz de hacer la discriminación entre hambre y saciedad. Estas dificultades entre la madre y el niño, no se reducen a este vínculo sino que son parte de una determinada configuración familiar (Losada, 2018, p.37).

Las relaciones familiares promueven la autonomización de sus miembros, pero cuando no se da y se presentan alteraciones de la comunicación, es más probable que haya una aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en personas susceptibles. Espina (2009, p. 1) afirma que las alteraciones de la personalidad previas, la deficiente autoimagen, la baja autoestima y una base depresiva incrementan las conductas alimentarias disfuncionales. Las características particulares de estos pacientes son: el alto nivel de auto exigencia, la constante búsqueda de la perfección en todo lo que hacen o son, la gran tendencia a seguir los mandatos familiares, el extremo miedo a engordar y la distorsión en la percepción de la imagen corporal

(Losada y Whittingslow, 2013, p. 394). Aunado a esto, se encontraron ciertas conductas específicas que actúan como desencadenantes del desarrollo del trastorno, estas son: el hacer dieta, la realización de actividades que necesitan el control de peso como son el ballet y la gimnasia como profesión así como también la actuación y el modelaje (p.396).

Minuchin y Selvini-Palazzoli representan dos escuelas diferentes dentro de la corriente sistémica y pasaron mucho tiempo investigando a familias con un miembro con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), fue así como descubrieron que una de las características primordiales de estas familias es que tienden a la evitación del conflicto así como también a la fusión o sobreimplicación de los miembros entre sí, generando una violación constante de los límites entre la generaciones (Losada y Whittingslow, 2013, p.401). La terapia sistémica busca identificar pautas repetitivas con la finalidad de ayudar a los pacientes a iniciar cambios para sustituir esas pautas disfuncionales por otras que permitan nuevas experiencias y formas de relación y que conduzcan a una mayor satisfacción vital. El terapeuta reconoce y respeta la lealtad de la persona hacia sus propias narrativas, las cuestiona amablemente, añadiendo nuevos aspectos que las modifiquen o amplíen lo suficiente como para que favorezcan los nuevos planteamientos vitales del paciente (Moreno, 2011, p.36). El enfoque sistémico incluye a las familias dentro de la terapia individual buscando vincular el síntoma con el entorno, ya que el no tener en cuenta esta relación puede cronificar la enfermedad. La familia no puede ser comprendida sin incluir su historia, sus mandatos, sus patrones de adaptación generacionales que constituyen a mitos, creencias y expectativas; que influyen en la forma de percepción de una crisis, y en la búsqueda de soluciones, todo esto afecta al paciente identificado y de ahí surge la necesidad de evaluar todos y cada uno de estos aspectos (Losada, 2018, p.46).

Funcionamiento familiar

Fernández, Masjuan, Costaball y Cracco (2015, p. 160) sostienen que si bien parece no haber un patrón específico de funcionamiento familiar asociado a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), las familias de pacientes con Trastorno por Atracón (TPA) tienden a ser más disfuncionales mostrando menor cohesión, mayor rigidez, falta de flexibilidad y dificultades en la comunicación, como se mencionaba anteriormente. Por su parte, Losada y Whittingslow (2013) aseveran que otros factores familiares que ejercen una gran influencia en la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son: las dificultades en la comunicación especialmente con la madre, los trastornos en la conducta alimentaria en la madre, los antecedentes de obesidad en la familia y la dificultad en la alimentación previo al desarrollo del trastorno así como la crianza sobreprotectora (p. 397).

Modelo de hipótesis.

La supervisión sistémica se puede realizar en base al modelo de hipótesis de Vicencio (2004, p.4), el cual consiste no solo en tener objetivos para cada sesión sino también ir estructurando la información proporcionada por el paciente por niveles. Las primeras sesiones tendrán un alcance menor a diferencia de las sesiones más avanzadas, es por eso que las hipótesis podrían ayudar a ir midiendo la alianza terapéutica a lo largo del proceso. La construcción de estas hipótesis no es para que se encasille al paciente en una u otra categoría sino para que entre más información se obtenga la explicación del problema se haga más amplia y se comprenda el aspecto multifactorial así como la congruencia del síntoma. Las hipótesis son las siguientes y se dividen en cuatro niveles:

- Nivel 1: demanda del paciente, configuración del sistema familiar, pautas vinculares y el problema.
- Nivel 2: lugar que da el paciente al terapeuta, alianza terapéutica y objetivos de la terapia.
- Nivel 3: significados que aparecen en la terapia, sistema de creencias, historias relacionales familiares.
- Nivel 4: influencia del sistema social sobre el individuo y discursos culturales. (Burgos, 1998, p. 121).

La formulación de hipótesis resulta imprescindible, ya que en una primera instancia sirven para orientar al tratamiento y en momentos más avanzados también son sumamente útiles porque brindan interpretaciones alternativas del conflicto y ayudan así a la evolución del tratamiento, tanto del paciente como de su familia (Losada y Whittingslow, 2013, p. 417).

Importancia del estudio

El Trastorno por Atracón (TPA), parece agravar el pronóstico de un cuadro de obesidad simple en su primer desarrollo. En este sentido, una persona que sufre de Trastorno por Atracón (TPA) y obesidad acarrea al mismo tiempo el desarrollo de una obesidad más temprana. Esto mismo llevará a puntuaciones más altas en escalas de insatisfacción corporal, unida a una mayor preocupación por el peso y la figura corporal, sentimientos de pérdida de control así como, el inicio más temprano en la realización de dietas, entre otros (Cuadro y Baile, 2015, p.106). Es importante tomar esto en cuenta dada la alta prevalencia de obesidad en México.

Metas del tratamiento

Objetivo general:

Sistematizar la práctica clínica de un proceso terapéutico con enfoque sistémico supervisado.

Objetivo general terapéutico:

Alcanzar una mejor relación con la comida así como independencia emocional en la paciente.

Objetivos específicos terapéuticos:

Disminuir sintomatología de ansiedad y depresión

Identificar herramientas personales para el manejo de ansiedad

Mejorar las relaciones familiares de la paciente

Fomentar la expresión emocional

Implementar hábitos alimentarios saludables

Proponer aceptación de la imagen corporal

Reforzar autoestima y confianza

Objetivos terapéuticos del enfoque sistémico:

Reorganizar la jerarquía familiar

Resignificar la relación madre e hija

Reestructurar la visión de las figuras masculinas

Datos de identificación del paciente.

La paciente a la cual se referirá a lo largo del presente escrito como "M" es una mujer de 27 años de edad, originaria de la ciudad de Puebla, soltera, médico cirujano y actualmente estudiante de la maestría en nutrición clínica. M es una mujer de estatura media (1.60 m aproximadamente), embañecida cuya complexión es de acuerdo a su altura, tez blanca, cabello chino y rubio, ojos y nariz grandes, labios delgados y rostro redondo. La paciente se presenta con buen aliño e higiene. A lo largo de la primera sesión denota con sus expresiones faciales su enorme preocupación por no sentirse capaz de controlar sus emociones ni su ingesta de alimentos y llora en varias ocasiones. M trabaja en una clínica como médico los fines de semana y entre

semana se dedica a estudiar la maestría, proviene de un extracto socioeconómico medio y nace en un sistema familiar conformado por su padre y madre, ambos de 53 años de edad, y un hermano menor de 21 años de edad.

Motivo de consulta.

M se presenta al OPTA por voluntad propia en condiciones de sobriedad, uso de sus facultades y plena consciencia. El motivo por el que acude a consulta es porque hace dos años empezó a ir con una nutrióloga, en un inicio seguía la dieta al pie de la letra y se paraba temprano a preparar su comida, de hecho inmediatamente notó cambios y las personas comenzaron a hacer comentarios acerca de su nuevo aspecto al lucir más delgada pero conforme fue pasando el tiempo fue perdiendo el interés hasta que dejó de seguir la dieta y empezó a comer descontroladamente. Actualmente sigue comiendo de esa manera y observa que lo hace cuando se siente triste o cuando está aburrida y no cuando tiene hambre. El desencadenante fue que hace dos meses se realizó unos estudios de sangre donde salieron altos sus niveles de colesterol así que es otra de las razones por las que le preocupa el no poder equilibrar su alimentación pues cree que está afectando su estado de salud.

La paciente refiere que le gustaría poder tener mayor control con respecto a la comida, pues comenta sentirse frustrada y desesperada. Con respecto a los intentos previos de solución hace un año buscó orientación psicológica y dice que la psicóloga que la atendió también le preguntaba acerca sus relaciones familiares y trabajó en función de esas interacciones, pero no concluye el proceso y continua con conductas disruptivas de la alimentación. Añade que en ese momento estaba peleada con su papá por lo que considera que su consumo desenfrenado de alimentos puede estar relacionado con situaciones personales no resueltas que quisiera trabajar.

Técnicas e instrumentos para evaluar al paciente.

En esta investigación, se han aplicado los enfoques cualitativo y cuantitativo. Como técnicas cualitativas se han aplicado la observación, la entrevista clínica, el Protocolo OPTA de la UIA, el genograma y el ecomapa. En cuanto al enfoque cuantitativo, han sido aplicados los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Enojo Rasgo y Escala global.

La entrevista clínica se llevó a cabo durante las primeras sesiones de forma no estructurada para así poder atender las necesidades de la paciente en cada sesión. La información recabada con esta técnica fue la siguiente:

Como antecedentes personales, M es una mujer saludable no reporta enfermedades médicas significativas a lo largo de la vida, ni actuales. Sin embargo, cuenta con antecedentes familiares de hipertensión y obesidad. Se considera a sí misma como una buena amiga, sincera y solidaria, por otra parte, le desagrada su cuerpo y piensa que tiene muy baja autoestima. En la esfera familiar, M vive con su mamá y su hermano desde hace aproximadamente un año, antes de ese momento vivía en la casa de su papá en un cuarto individual que compartía con su expareja. Sus padres están divorciados desde el 2014 a causa de la infidelidad por parte del papá; el divorcio fue complejo pues desde entonces su papá ha tenido una actitud hostil y agresiva hacia su mamá, aun cuando ella no reacciona. M refiere que este hecho no tuvo gran impacto en su vida dado que cuando sucede ella ya no vivía con ellos, pero es consciente de las consecuencias que ha tenido en su vida la mala relación que tienen. La paciente tiene una relación conflictiva con su madre y hermano menor, quienes le hacen comentarios hirientes sobre su aspecto físico, por lo que ella se siente atacada y toma una postura a la defensiva reaccionando agresivamente. Por su

parte, comenta que con su padre la relación es cercana pero que él no es muy afectuoso lo cual a veces la hace sentirse desdichada. En la esfera social, M no ha tenido dificultades a lo largo de la vida para establecer relaciones saludables y duraderas con otras personas. De hecho, considera que es la red de apoyo más fuerte que tiene pues son sus amigos quienes la comprenden y acompañan en momentos difíciles. M refiere que siempre ha hecho buenos amigos y que su grupo de amistades es bastante diverso lo que hace que sea más enriquecedor.

En la esfera académica, M refiere que sus papás siempre la mandaron a escuelas públicas para ahorrar a pesar de que ella considera que siempre han tenido estabilidad económica. Se considera una estudiante promedio y refiere que la etapa más difícil fue la adolescencia por todos los cambios que experimentaba y también porque se sentía muy insegura con su cuerpo. Estudió la carrera universitaria en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, al principio no estaba segura de estudiar medicina pero ella veía que a toda su familia le emocionaba mucho por lo que decide continuar. En general, comparte que la carrera no se le hizo complicada, si bien no se consideraba una estudiante destacable tampoco creía que le fuera mal, aunque aún duda si fue o no una buena decisión. Es por eso que al elegir estudiar la Maestría se asegura de que sea algo que verdaderamente le interesa y la inspira; en esta etapa recibe el apoyo económico del padre y la estudia en una escuela privada.

En la esfera laboral, M comparte que inicia trabajando de bartender en un bar mientras estudiaba la Universidad a los 20 años, empezar a ganar dinero la hizo sentirse independiente y le permitió irse a vivir fuera de casa con su novia de entonces. Considera que llevaba buena relación con sus superiores y compañeros, de hecho ha logrado conservar muchas amistades de esa etapa. Durante el tratamiento M tenía un trabajo como médico en una clínica y daba clases de Pole Dance sin embargo, a la mitad del proceso queda desempleada, al primer trabajo renuncia

porque no estaba recibiendo el sueldo que se había acordado en un inicio y en el segundo la despiden por falta de alumnos. En la última sesión comenta que es posible que sea contratada en un nuevo lugar como médico y se observa optimista y alegre.

El genograma es un instrumento fácil de hacer y que de un solo vistazo proporciona muchos datos importantes de la paciente y su contexto. Así mismo permite contextualizar el problema por el que los usuarios acuden a consulta y darle un significado que conecte con la historia familiar y las pautas de relación más significativas (Moreno, 2011, p.36). En la figura 1 se muestra el genograma de M.

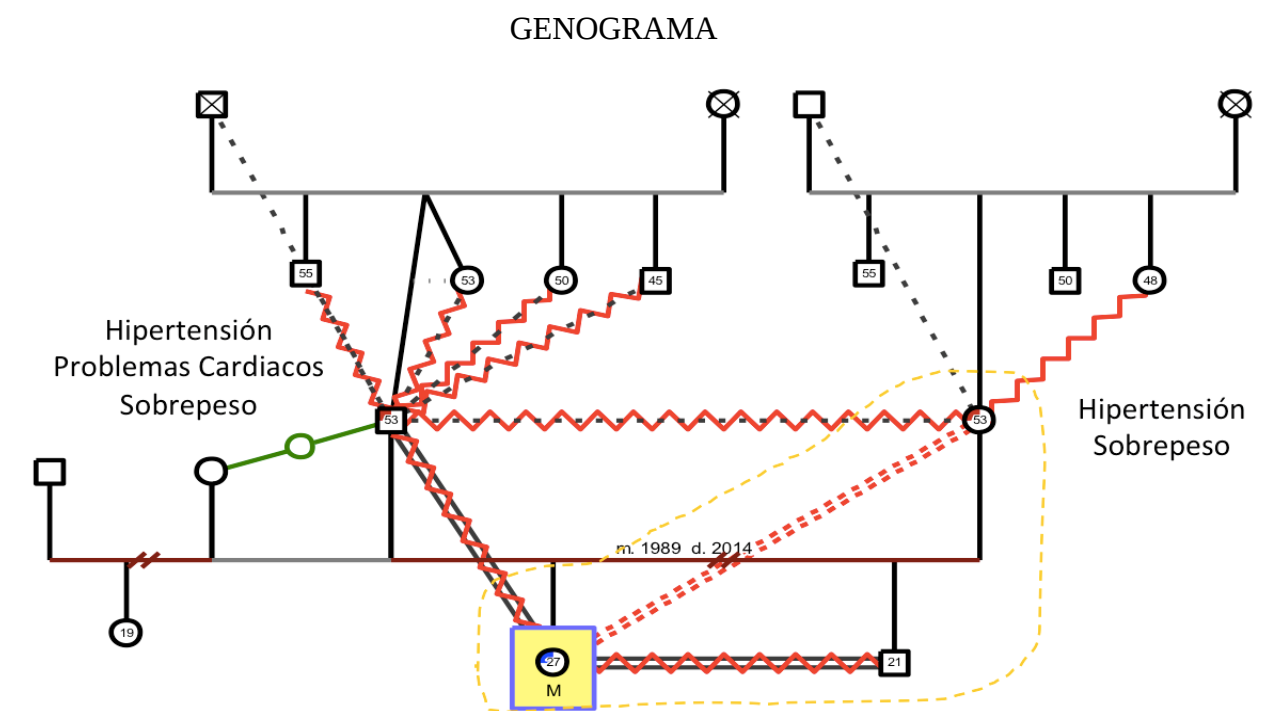


Figura 1, Genograma de M a diciembre 2019. Elaboración propia con el programa GENOPRO.

ECOMAPA

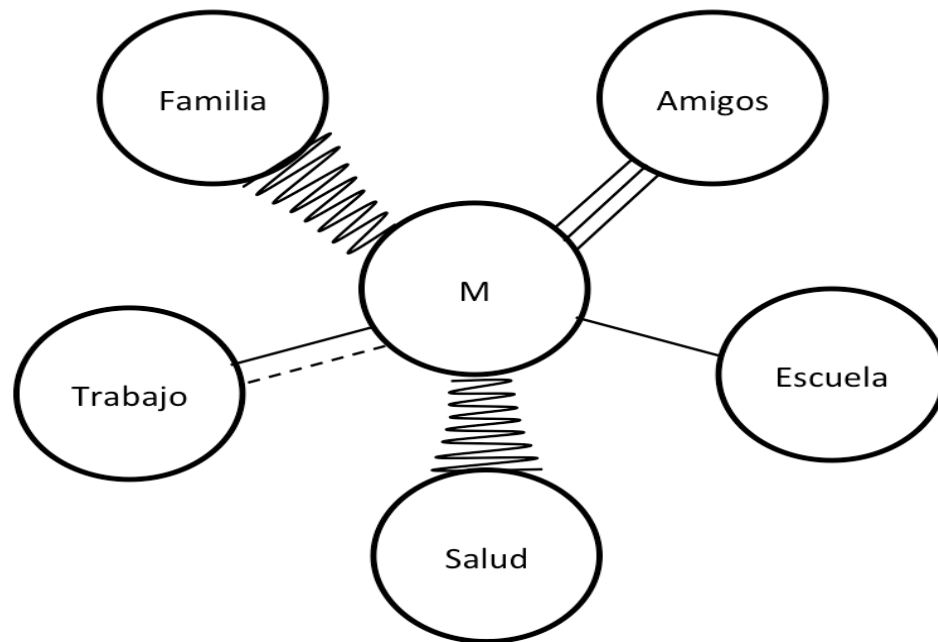


Figura 2, Ecomapa de M que ejemplifica la relación conflictiva con la familia y con su salud física y mental, la relación estrecha con su círculo social, la relación óptima con la escuela y la relación ambivalente con el trabajo debido a que no está segura de querer mantenerse por mucho tiempo en la Clínica donde actualmente labora. Elaboración propia.

La aplicación de instrumentos psicométricos se realizó en las sesiones 1, 5, 10 y 15 como una forma para medir los cambios durante el proceso terapéutico. También se realizó una evaluación a 6 meses de haber concluido el tratamiento para observar esos cambios se habían mantenido sin la terapia. A continuación se describen los instrumentos utilizados: La Escala Global (Alcázar, Deffenbacher y Byrne, 2011), mide el funcionamiento de la persona en diferentes áreas de la vida: laboral, escolar, relacional (familia, amistades y pareja) y salud (física, mental y sexual). Es un autoinforme de 7 ítems de tipo Likert que se puntúan del 1 al 6, siendo 1: “nada”, 2: “casi nada”, 3: “poco”, 4: “regular”, 5: “mucho” y 6: “muchísimo”. Un ejemplo de reactivo es: “Mi funcionamiento en el trabajo/escuela/labores del hogar está siendo perjudicado”.

La Escala de Enojo Rasgo (Moscoso, 2000; Moscoso y Spielberger, 1999), mide la predisposición de una persona a experimentar enojo a través del tiempo y situaciones. Es un autoinforme de 10 ítems de tipo Likert que se puntúan del 1 al 4 en la que el 1 significa: “casi nunca”, 2: “algunas veces”, 3: “frecuentemente” y 4: “casi siempre”. Un ejemplo de reactivo es: “Me enojo cuando hago algo bien y no es apreciado”. Es una prueba validada en México por Alcázar, et.al. (2011), obteniendo una confiabilidad con una alfa de Cronbach de .83. El puntaje de 10 a 16 puntos se clasifica como: Enojo Bajo; de 17 a 22 puntos: Enojo Promedio y de 23 a 40 puntos: Enojo Alto.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1988), está diseñado para proporcionar una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad. Los aspectos que evalúa esta prueba están relacionados con: estado de ánimo, sensación de fracaso, satisfacción, sentimientos de culpa, odio, auto-acusaciones, pensamientos sobre auto lesión, llanto, irritabilidad, retraimiento, indecisión, percepción de la imagen corporal, inhibición, dificultades para dormir, fatiga, cambios en apetito y peso, somatización y pérdida de libido. Es un autoinforme de 21 ítems de tipo Likert y se marcan las respuestas con una “X” del 0 al 3 la respuesta que más represente la experiencia del paciente en los últimos 15 días, mayor puntaje equivale a mayor sintomatología. Un ejemplo de reactivo es: 0: “Yo no me siento triste, 1: Me siento triste, 2: Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo y 3: Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo”. El inventario fue estandarizado para su uso en población mexicana (Jurado, et.al. 1998, p. 26) y el análisis de consistencia interna arrojó un valor de .87. Se considera una depresión Mínima cuando se obtienen de 0 a 9 puntos, Leve de 10 a 16 puntos, Moderada de 17 a 29 y Severa cuando hay un puntaje que va de 30 a 63 puntos.

Finalmente, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988, p. 893) esta diseñado para medir los síntomas de la ansiedad relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. Algunos de los elementos que considera este inventario son: miedo a que pase lo peor, dificultad para relajarse, nerviosismo, dificultad para respirar y sudoración, entre otros. La prueba cuenta con 21 ítems de tipo Likert y se marcan las respuestas con una “X” del 0 al 3, la respuesta que más represente la experiencia del paciente en los últimos 15 días, mayor puntaje equivale a mayor sintomatología. Un ejemplo de reactivo es: “¿Cuánto te ha molestado cada síntoma la última semana, inclusive hoy?: Sensación de ahogo: 0: Poco o nada, 1: Más o menos, 2: Moderadamente, 3: Severamente.” Este inventario fue adaptado para población mexicana y tiene una confiabilidad de .83 (Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001, p. 211). Se considera que la ansiedad es Mínima cuando se obtienen de 0 a 15 puntos, de 16 a 30 puntos es Leve, de 31 a 45 puntos es Moderada y Severa cuando hay un puntaje que va de 46 a 63 puntos.

Diagnóstico.

El caso de M fue llevado bajo un enfoque sistémico, el cual se conoce por ser un modelo con lenguaje terapéutico despatologizante, esto no quiere decir que omita la parte clínica sino más bien que desde el primer contacto con el paciente se le da la oportunidad de que sea él quien ponga en sus palabras lo que le sucede. Para la paciente M la incapacidad de mantener una dieta y la frecuencia de antojos era el único problema por atender, pareciera como si deseara mejorar su control de impulsos. Más adelante en el proceso terapéutico se descubre que si hubo un periodo que por frecuencia y gravedad cumple con los criterios para el Trastorno por Atracón (TPA) aunque cuando acude al tratamiento se encuentra en remisión parcial. Cuando se habla de Trastornos de la Conducta Alimentaria es de importancia tomar en cuenta la relación con la

figura materna, ya que es la que satisface la necesidad primaria de alimento, es aquella que nutre y cuida. Es así como el abordaje sistémico a través de la intervención en lo que ocurre a nivel familiar conecta con la patología que puede estar presente.

Ahora bien, el modelo McMaster es un modelo que describe los aspectos que se presentan en todas las familias en cada una de las dimensiones (Epstein, Baldwin y Bishop, 1983). Estas dimensiones son: solución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conducta. En base a estas dimensiones se puede tener una idea más clara de lo que sucede a nivel familiar y cómo interactúa el paciente en este.

- Solución de problemas: la destreza de la familia de M para lograr la resolución de sus problemas depende en gran medida del tipo, los inconvenientes instrumentales eran resueltos por la madre después del divorcio y por el padre antes del mismo. Sin embargo, en relación a las complicaciones afectivos parece que no había comunicación del problema y por ende no había una resolución, se quedan pendientes y algunos de ellos generan más conflictos.
- Comunicación: la comunicación en la familia de M era confusa y directa pero también confusa e indirecta. La madre tiende a mandar dobles mensajes que M no comprende pero también hace comentarios directos sobre su aspecto físico que la lastiman y hacen sentirse insegura. Tanto el hermano como el padre también mantienen una comunicación confusa y directa.
- Roles: posterior al divorcio de los padres los patrones de conducta se modificaron. Por ejemplo, la manutención económica ahora dependía de ambos progenitores aunque el padre aporta mayor cantidad. El mantenimiento y manejo del sistema familiar es llevado por el padre quien toma decisiones, pone límites y ejerce mayor control. Sin embargo,

han quedado descuidados los roles que tienen que ver con la afectividad y apoyo, así como el desarrollo personal.

- Involucramiento afectivo: el padre de M presenta involucramiento afectivo narcisista, esto quiere decir que muestra interés en ella siempre y cuando obtenga algún tipo de beneficio. La madre de M presenta involucramiento desprovisto de afecto donde el interés se vincula específicamente con el aspecto intelectual y no se relaciona o atiende a los sentimientos o emociones.
- Respuestas afectivas: la familia de M tiene una habilidad disminuida para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad (que el afecto sea consistente con el estímulo o situación) como en cantidad. Esto la hace sentirse no escuchada y poco apoyada por el sistema.
- Control de conducta: aunque es mayoritariamente un control de conducta caótico dado que los miembros de la familia no saben qué normas aplicar en ningún momento y rara vez consideran la negociación. Es posible que hace tiempo el control de conducta fuera más estricto y se haya modificado por las edades de los hijos y tras el divorcio.

El ciclo vital de la familia de M es familia con hijos en proceso de emancipación y tienen un estilo transaccional de desligamiento, esto quiere decir que hay poca dramatización, lejanía interpersonal y poco control.

A continuación se presentan las 12 dimensiones para basar un diagnóstico sistémico de Selvini, (2006, p. 3):

1. Dimensión estructural: en el sistema familiar de M el subsistema conyugal se disolvió a raíz del divorcio, el holón parental se comunica muy poco entre sí pero no al grado de generar confusión en los hijos. El subsistema fraterno es cercano pero hostil, ya que M

percibe que la relación con su hermano no es del todo buena y que siente que él no disfruta de su presencia. Los límites son claros pero en determinadas etapas han llegado a ser rígidos en especial en etapa infantil. En cuanto a las jerarquías M normalmente mantiene su rol de hija excepto cuando intenta cuidar y adoctrinar al padre en cuestiones de salud. La alianza más evidente es la que existe entre la madre de M y su hermano, pues después del divorcio y hasta la fecha han vivido juntos a diferencia de M que vivió con una pareja por un tiempo y después con su papá antes de vivir con ellos de nuevo. Las coaliciones se dan entre la madre y el hermano hacia M y el padre con el hermano hacia M. Así mismo, la paciente se encuentra en medio de una triangulación entre sus padres al intentar equilibrar la relación que se encuentra constantemente en conflicto, mandando mensajes entre ellos.

2. Dimensión del juego de poder o estratégica: la dinámica familiar indica que la usuaria es quien tiene menos poder dentro del sistema, generando que ella sea la que presenta el síntoma.
3. La dimensión del control y de la guía: en la etapa de crianza los padres de M conseguían que su hermano y ella respetaran las reglas sin llegar al extremo de exceso de parentalidad ni débil parentalidad sin embargo, el hipercontrol se ve reflejado en las críticas que hacen los miembros sobre las acciones de M, su estilo de alimentación así como, su apariencia física de la cual todos opinan. Al final, el hipercontrol se ejerce en esta familia a través de la crítica.
4. La dimensión de la preocupación: es común que se dé la minimización con distancia e indiferencia o con hostilidad dependiendo del adulto, el padre tiende más hacia la

indiferencia y la madre más hacia la hostilidad que esto también se vincula con el hipercriticismo.

5. La dimensión del conflicto y la cooperación: el conflicto entre los padres es muy evidente y se ha visto que los padres se relacionan de manera caótica con otros miembros de sus propias familias de origen, por lo que hay muy poca cooperación que se ve reflejada en todos los subsistemas.
6. La dimensión de la empatía y la calidez: la familia de M generalmente se maneja con hostilidad entre los miembros, hay poca empatía y calidez; por ende poca aceptación de la paciente identificada.
7. La dimensión de la comunicación y la metacomunicación: el sistema familiar de M habla muy poco a casi nada sobre lo que acontece dentro del mismo, no sólo a nivel emocional sino también a nivel pensamiento por lo que es muy común que haya secretos familiares. El elemento que funciona como comunicación va dirigido hacia la crítica (se permite hablar mal de todos) aun cuando hay lealtades que pudieran estar de por medio.
8. Dimensión de la apertura/impermeabilidad hacia el exterior: individualmente M muestra apertura y el sistema no parece ser tan rígido como para impedir la entrada a nuevos miembros. Sin embargo, madre y padre provienen de familias de origen que no aceptaban al conyugue en un inicio de la relación lo que habla de una impermeabilidad. Con respecto a otras esferas, la madre tiene más contacto con su familia de origen, se muestra más sociable y le da la importancia que merece al trabajo, mientras que el padre de M tiene una mala relación con su familia de origen, no pertenece a ningún círculo social y se mantiene involucrado cien por ciento en el trabajo teniendo contacto sólo con clientes.

9. La dimensión de la responsabilización: se presenta la adultización por parte de los hijos cuando se posicionan como autoridad, por encima de los padres pero también emplean la infantilización al no hacerse responsables por la toma de decisiones personales. Hay que resaltar que el proceso de divorcio de los padres y su manejo es un buen ejemplo para ver la responsabilización en la familia. Por su parte, el padre demuestra una tendencia a actuar de forma infantil poniendo a los hijos en contra de la madre y exigiéndole especialmente a M que no mantenga ningún tipo de contacto con ella.
10. La dimensión ética de la justicia: no solamente se presenta un desequilibrio en las relaciones interpersonales sino, que en ocasiones es percibido por M como un ataque, esto lo explica cuando la madre le da preferencia al hermano por ser varón y no a ella por ser la mayor. Además, existe autosacrificio de M con la intención de complacer a los demás miembros aun cuando tiene que pasar por encima de sus necesidades. La usuaria busca la justicia aun cuando se encuentra en desventaja.
11. La dimensión del miedo: en este caso la paciente no vive en un estado de miedo constante respecto a uno u otros miembros de la familia.
12. La dimensión de las creencias irracionales compartidas o mitos: existen varias creencias irracionales compartidas o mitos en el sistema familiar y los que se han analizado son aquellos que tienen que ver con la alimentación, como por ejemplo: “Te tienes que comer todo lo que te sirvan aunque ya te sientas satisfecha”. Muchas de estas creencias han dado la pauta para las conductas disruptivas de la alimentación.

Estas doce dimensiones de la hipotetización sistémica están entrelazadas y sobrepuestas entre ellas, pero cada una produce intervenciones que apuntan a temas claves en sus relaciones (p.15).

Formulación del caso clínico, con base en el enfoque terapéutico.

M se define como una mujer joven inteligente y cariñosa que en muchas ocasiones tiende a ser impulsiva y crítica consigo misma. Además, tiene baja autoestima y se siente insegura con respecto a su aspecto físico. La salud es muy importante para M pues es el área a la que se dedica profesionalmente. No controlar la ingesta de alimentos implica no tener control sobre sí misma ni sobre el futuro, que se refleja en su gran preocupación por su desarrollo profesional y estabilidad económica. M presenta una buena capacidad de insight, tiene consciencia de enfermedad y buena disposición para el trabajo terapéutico, lo que propició en gran medida los avances. A nivel familiar M fue criada en una familia donde la comida tiene un papel fundamental, en su infancia la hora de la comida era el momento en el que la familia podía unirse y compartir, conforme fue pasando el tiempo la familia empezó a priorizar el trabajo u otros aspectos (escuela) hasta que cada miembro empezó a comer solo, a distintos horarios, por su propia cuenta. Durante su infancia la usuaria comparte que a veces no se comía el lunch que le mandaba su mamá y lo escondía detrás de una cómoda en su cuarto, tiempo después su mamá lo encontraba y la regañaba. Metafóricamente es como si M estuviera rechazando el cuidado o la nutrición proporcionada por la mamá. Actualmente es la mamá quien rechaza los alimentos que cocina M poniendo pretextos para no consumirlos; dado que ahora M está muy interesada en su alimentación es ella quien prepara la comida. El papá de M vive solo y normalmente come en el mismo escritorio donde realiza trabajo importante en relación a su negocio. La mamá de M come en su lugar de trabajo (Universidad) y si llega a comer en casa, cocina y espera solo al hermano menor. M por su parte come en casa lo que se prepara o en la Universidad dependiendo de sus actividades, generalmente busca alternativas saludables pero observa que por las tardes o en momentos de estrés se le antojan alimentos dulces con alto índice calórico. Ahora que las

comidas familiares se han escaseado, cuando suceden y M llega a ser vista por su mamá o su hermano comiendo, generalmente recibe algún comentario desagradable relacionado con su falta de cuidado ("Y eso que según tú estás a dieta..."), aun cuando hace un enorme esfuerzo por consumir alimentos saludables. M proviene de una familia donde el interés por la salud es casi nulo, su papá tiene graves problemas de salud no tratados a falta de constancia en un régimen alimentario saludable, su mamá tiene sobrepeso y su hermano come grandes cantidades de comida con la excusa de que está en crecimiento y es varón, esta justificación proviene del mismo sistema. En esta misma línea, se puede observar que entonces M es la única de este sistema que está preocupada por la salud y que intenta modificar hábitos; para la familia puede implicar deslealtad. El proceso de diferenciación en M es claro, pero pareciera que una parte de ella se autosabotea y mantiene las mismas conductas disruptivas con respecto a la alimentación provenientes del sistema. Ahora bien, a nivel profesional M es médico y actualmente estudia nutrición con la esperanza de que esta sea el área en la que se pueda desempeñar a futuro, sin embargo le preocupa la incongruencia de su papel como profesional de la salud ante su incapacidad para seguir ella misma las alternativas de alimentación que propone. La exigencia social del papel del nutriólogo es clara y el no cumplir ese estándar genera en M mayor insatisfacción. Su vida actual gira en torno a la comida lo que hace que la preocupación sea algo que toca cada área de su vida. Si bien, el objetivo de la terapia con M es descubrir ¿qué se está comiendo?. La hipótesis inicial es las emociones negativas no expresadas, pero también la crítica constante de la madre, la falta de afecto del padre y la humillación del hermano menor. La comida es entonces un recurso de autorregulación mal empleado que la hace voltear a ver aspectos que no son tan relevantes como el valor nutricional de lo que la alimenta en contraste con la dinámica familia disfuncional en la que está envuelta y que la afecta en todos los sentidos.

Al revisar la narrativa de M es mucho más fácil comprender cómo sus relaciones más significativas han influido en su posterior forma de percibir y actuar en el mundo, y a la vez, será importante que ella reconozca la influencia que tiene ahora sobre esos patrones de relación que ya no son tan funcionales (Moreno, 2011, p. 26). Es así como el síntoma tiene una congruencia en este sistema familiar al desenfocar todo lo que es importante para M como la relación con sus figuras primarias. El síntoma aquí es solo la parte visible de todo lo que sucede en las relaciones familiares, las jerarquías y los juegos de poder, el significado de la comida y la forma en la que todos en cierta medida contribuyen al mantenimiento del mismo. Entre más esfuerzos hace M por controlar su ingesta más se descontrola y entre más es observada y juzgada por los demás más disruptiva se vuelve la conducta. Con el enfoque sistémico y sus bondades se trata de construir con la paciente una nueva visión de sí misma más noble, comprensiva y positiva, que subraye sus capacidades y sus movimientos hacia el cambio (Moreno, 2011, p. 26).

Elección del tratamiento.

Teniendo los siguientes objetivos terapéuticos en mente: reorganizar la jerarquía familiar, resignificar la relación madre e hija y reestructurar la visión de las figuras masculinas. Se utilizaron para trabajar, técnicas del enfoque sistémico. Es conveniente resaltar que como dice Ortiz, (2008, p. 253) las técnicas en psicoterapia no son recetas que se aplican sin más; requieren sensibilidad para reconocer el mejor momento de aplicarlas, creatividad para realizarlas y mucha libertad para jugar con ellas.

Las preguntas circulares son aquellas en las que se averigua lo que dicen, sienten o piensan otros miembros sobre lo que relata el paciente. Esto se hace con la intención de lograr la personificación del tercero, para evocar a las personas significativa de la vida de relación del paciente además sirven para proponer dinámicas puntuales no reconocidas por la familia. Se

eligió esta técnica con bases empíricas y teóricas, de acuerdo a Boscolo y Bertrando, (2008, p. 141) estas preguntas contribuyen a favorecer una multiplicidad de puntos de vista. Así como, desafiar el egocentrismo del cliente, a quien se pone en la situación de tener que reflexionar o formular hipótesis sobre los pensamientos y emociones de otras personas.

La excepción es una técnica que consiste en identificar los momentos en los que el síntoma o la conducta problema no está presente, con la intención de marcar y ampliar lo que sí está funcionando. La técnica se eligió sin bases empíricas, sólo con bases teóricas, dado que el cliente al reconocer lo que ya ha estado haciendo y puede definirse como exitoso. En caso de que lo que esté haciendo no tenga éxito del todo, es probable que esté encaminado en la dirección general a un abordaje más eficaz del problema, para construir sobre ello (Cade y Hudson, 1995, p.115).

El reencuadramiento trata de recuperar la información brindada por el paciente y convencerlo de que esta construcción de la realidad se puede ampliar o modificar (Minuchin y Fishman, 2004, p.88). La técnica se eligió porque los tratamientos empíricos dicen que es una de las técnicas más efectivas ya que todas las terapias se basan en el cuestionamiento de constructos. Para modificar la visión de la realidad es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción (Minuchin y Fishman, 2004, pp.84). Losada y Whittingslow, (2013) comparten que esta técnica resulta imprescindible en el tratamiento de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria ya que en general, estos pacientes se encuentran rígidos en sus formas de pensar y sentir. Es posible utilizar la técnica en el momento del diagnóstico, así como en el de tratamiento en sí mismo (p.406).

La intervención paradójica es la prescripción del síntoma para ver si se mantiene el problema. La técnica se eligió con bases empíricas y teóricas tomando en cuenta que la familia es un sistema autorregulador, el síntoma es un mecanismo de autorregulación y el concepto de

resistencia sistémica al cambio. De acuerdo a Minuchn y Fishman, (2004, p. 242) como el síntoma se utiliza para regular una parte disfuncional del sistema, si el síntoma es eliminado, esa parte del sistema quedará sin regulación.

Remarcar fortalezas es una técnica de connotación positiva de los recursos del paciente. Esta se eligió porque los tratamientos empíricos demuestran su efectividad. Minuchin y Fishman (2004, p. 265) han descubierto que el sondeo de los lados fuertes es esencial para combatir disfunciones de la familia. A su vez, el trabajo de Virginia Satir, con su insistencia en el crecimiento, se orienta hacia la búsqueda de alternativas normales para aumentar la autoestima de los pacientes.

Los rituales terapéuticos son la ejecución de actos o acciones que tienen un fin específico al interior del proceso de intervención. La técnica se eligió sin bases empíricas, sólo con bases teóricas ya que es bien sabido que los rituales cumplen varias funciones, por un lado, facilitan el cambio, ya que permiten una transición de una etapa a otra y por otro, promueven el desarrollo personal, ayudando a cada individuo a asumir más fácilmente las tareas de la siguiente etapa evolutiva. Además, permiten una conexión entre el pasado y el futuro, ya que inscriben a la persona en una línea, familiar y vital que da sentido a lo que está viviendo actualmente y la proyecta hacia el futuro (Ortíz, 2008, p.270). El uso de directrices en tratamientos con pacientes y familias con Trastornos de la Conducta Alimentaria es muy común y resulta ser una estrategia de gran utilidad. El terapeuta se vale del uso de directrices para poder dirigir las comunicaciones familiares y generar ciertas modificaciones a nivel conductual o comportamental (Losada y Whittingslow, 2013, p. 407).

Implementación del tratamiento.

Se llevaron a cabo un total de 15 sesiones, una vez por semana. El proceso terapéutico comenzó el 12 de septiembre del 2019 y culminó el 09 de enero del 2020. Durante todo el proceso no hubo sesiones canceladas o en las que no hubiera llegado la paciente. Así mismo, existió un receso de cuatro semanas entre las sesiones 14 y 15 debido a las vacaciones de invierno. La responsable de la supervisión de este caso bajo el modelo sistémico fue la Maestra Teresa Badia Julian Ruiz. Seguidamente se presentan las 15 sesiones junto con los objetivos y temas abordados, así como las hipótesis trabajadas de acuerdo al modelo del Dr. Javier Vicencio (2004, p.4) previamente expuesto.

Sesión 1: Se aplican las pruebas psicométricas, se hace lectura y firma del contrato terapéutico. Se realiza el encuadre y se aborda el motivo de consulta. M comparte que desea controlar su ingesta de alimentos excesiva y mantener una dieta. El objetivo de esta sesión fue analizar la estructura familiar y pautas vinculares. (Hipótesis 1 y 2).

Sesión 2: Se realiza el encuadre de la supervisión en vivo. Los temas explorados fueron: infancia y relación con la comida. Así como, relación con la madre a través del tiempo. Refiere “no ser suficiente”. La madre lanza críticas constantes sobre ella pero, la usuaria también se critica a sí misma. Se hace el cierre con el apoyo de la supervisora y el equipo terapéutico. (Hipótesis 1 y 2).

Sesión 3: Al final de la sesión pasada la paciente se había ido con la idea de que tenía que buscar la forma de hablar con la mamá; en esta sesión se reestructura que no tiene que hacerlo si no quiere (con el objetivo de quitarle la ansiedad provocada por pensar que tiene que hacerlo). Se explora relaciones de pareja e involucramiento afectivo de los padres. La paciente refiere “no ser

merecedora de amor”. Se visualiza un patrón en las relaciones donde tiende a dar sin recibir. (Hipótesis 3).

Sesión 4: Se explora el proceso de divorcio de los padres desde las razones hasta las situaciones que se presentaron posterior a la separación. Se analiza el tipo de relación que tuvieron los padres y la que tienen actualmente. Así mismo, se analiza el significado del dinero en la familia ya que ha sido un tema que se deja entrever en todas las sesiones anteriores. Se identifican los dobles mensajes por parte de los padres que M tiende a replicar en su vida diaria. (Hipótesis 3).

Sesión 5: Se trabaja la poca asertividad de M en sus relaciones interpersonales dado que le genera considerable malestar. Se propone el establecimiento de límites en pequeña escala para migrar a gran escala. La paciente refiere tener miedo a no ser querida por el otro, lo cual la lleva a establecer un patrón en el que termina intentando compensar y se fusiona con el otro. Se cree que hay miedo al rechazo. Tarea: comenzar a decir no y confiar en sus decisiones. Importante diferenciación. (Hipótesis 3).

Sesión 6: Se analiza el modelo trigeracional donde se encuentran patrones que han marcado las interacciones familiares, un ejemplo son los extremos amar u odiar a un miembro de la familia, y el odio los lleva a criticar constantemente. Así mismo, se encuentra que las familias se mueven entre el resentimiento y el enojo. La paciente refiere que no le gustaría propiciar estos patrones en sus relaciones. (Hipótesis 1 y 3).

Sesión 7: Se habla de las exigencias que tiene M consigo misma, no solo con respecto al control de la comida sino también a la imagen idealizada de profesional de la salud que se dedica a la nutrición. Se descubren formas de autosabotaje que podría ser por lealtad al sistema familiar

o también la razón del problema al hacer más de lo mismo sin resultados favorables. (Hipótesis 3)

Sesión 8: Se indaga en la esfera social y se descubre que es la red de apoyo más fuerte. Las amistades son quienes mantienen a M resiliente ante las adversidades. Así mismo, se habla de las críticas que hacen los padres sobre su aspecto físico y de cómo la afectan emocionalmente. (Hipótesis 3 y 4).

Sesión 9: Se habla de la percepción del tiempo, debido a que M cree que para su edad ya "debería" estar logrando ciertas cosas y el no hacerlo influye en su valía personal. M ha hablado en algunas ocasiones sobre una relación abierta que tuvo con un hombre con quien termino hace poco y que no consideraba que fuera tan importante hasta este momento por ende se trabaja duelo de pareja no resuelto. (Hipótesis 3 y 4).

Sesión 10: M revela sobre un periodo de atracones graves durante un año en el que se encontraba sola y bajo mucho estrés. Así mismo, se hace psicoeducación sobre la relación alimentación-emociones. M identifica los momentos específicos en los que se sobrealimenta y qué emociones se encuentran presentes. Comparte otras formas de manejar la ansiedad como salir a andar en bici o escuchar música. Al final habla de la autoimagen y su insatisfacción corporal. (Hipótesis 3).

Sesión 11: En esta sesión la paciente habla de cómo cambia la percepción de su imagen cuando se toma una foto y tiempo después la vuelve a ver. Comparte que tiende a hacer uso de filtros para editar sus fotos y verse más esbelta. Se propone analizar todas sus cualidades positivas y de las que está orgullosa y que son estas cualidades las que la acercan a los demás más allá del físico. Se da cuenta que la forma en la que se acerca a los demás es para agradar por no sentirse valiosa. Miedo a mostrarse auténtica. (Hipótesis 3).

Sesión 12: Se habla de la relación con el padre, M tiene un fuerte deseo porque la relación sea más cercana, pero se siente enojada y frustrada cada que intenta contactar a nivel emocional con su padre, quien no se mueve en esa línea y que además tiene una postura machista hacia la mujer, exigiéndole que haga cosas que de acuerdo a sus creencias le corresponden a una mujer. Las mujeres de los sistemas familiares tienen carreras técnicas o se dedican al hogar, por consiguiente, es ir en contra del sistema el ser mujer profesionalista independiente. Se cuestiona en M el deseo de ser madre o de casarse, ambos aspectos que no cuadran en este momento con sus planes de vida y que son ampliamente valorados en un sistema familiar primordialmente machista. "Ella es para el padre todo lo que una mujer no debe ser". (Hipótesis 4).

Sesión 13: Una vez más se habla de límites, ya que el no ponerlos la lleva a la evitación del conflicto, que en realidad es postergar la acción. Se proponen otras técnicas de asertividad y comunicación directa, así como habilidades de afrontamiento. (Hipótesis 3).

Sesión 14: Última sesión del año 2019, dado que para este momento M empieza a considerar el salir con alguien se trabajan las expectativas realistas de una pareja, así como la reciprocidad, el dar y recibir como parte sustancial. Se cierra proceso de este año con un ejercicio de apoyo y cuidado a la niña interior que no fue cuidada por los padres ante distintas circunstancias pero que ahora ella tiene la responsabilidad de cuidar. M comparte sus propósitos vacacionales sobre la comida, pero ella misma se propone flexibilizarse y adaptarse más allá de esforzar por mantener una dieta en plena época navideña. (Hipótesis 3).

Sesión 15: En esta sesión se hace una recapitulación de los objetivos establecidos en las primeras sesiones. La relación con la madre mejora y es cercana pero la relación con el padre empeora por una discusión sostenida hace pocos días. La paciente refiere que con la situación con su papá y con la persona con la que está saliendo la hacen darse cuenta que le gusta tener un

papel de salvadora en las relaciones y el no salvar a alguien significa fracaso. Recomendaciones a trabajar en el futuro: el conflicto con la figura masculina. Se hace prevención de recaídas y cierre. (Hipótesis 2 y 3).

Tabla 1 <i>Resumen de sesiones</i>		
Número de sesión	Fecha	Tema abordado
1	12/09/2019	Motivo de consulta. Estructura familiar y pautas vinculares
2	21/09/2019	Infancia y relación con la comida. Relación con la madre. Supervisión en vivo.
3	26/09/2019	Relaciones de pareja e involucramiento afectivo de los padres.
4	03/10/2019	Significado del dinero. Proceso de divorcio de los padres y dobles mensajes.
5	10/10/2019	Límites y asertividad.
6	17/10/2019	Modelo trigeracional. Evaluación de patrones.
7	24/10/2019	Autoexigencia y control. Autosabotaje.
8	31/10/2019	Redes de apoyo: amistades. Críticas hacia su aspecto físico.
9	07/11/2019	Percepción del tiempo y duelo de pareja.
10	14/11/2019	Periodo de atracones grave y relación alimentación- emociones.
11	21/11/2019	Imagen y Autoestima
12	28/11/2019	Relación con el padre. ¿Qué representa la mujer en el sistema familiar?
13	05/12/2019	Evitación de conflicto. Límites y Asertividad
14	12/12/2019	Expectativas y Realidad. Futura pareja. Cuidado de sí

		misma.
15	09/01/2020	Figura masculina: papel de salvadora. Cierre y prevención de recaídas.

A continuación se describe una sesión en la que se emplearon dos de las técnicas que resultaron ser más efectivas en el caso de M, las preguntas circulares y el reencuadramiento.

El objetivo de la segunda sesión era indagar la infancia y relación con la madre con respecto a la alimentación. La técnica empleada fue preguntas circulares, que son aquellas en las que se averigua lo que dicen, sienten o piensan otros miembros sobre lo que relata el paciente. El siguiente es un pequeño fragmento de la sesión:

T: Dado que ahora vives con tu mamá... ¿qué les dice de la forma en la que comen tu hermano y tú?

P: Mmmm... depende, si me como algo que es como no de dieta por así decirlo si es como de: “Ay no que estás a dieta”, como que me lanza sus comentarios así y a mi hermano pues no le dice nada...

T: ¿Y que decía tu papá cuando tu mamá hacía este tipo de comentarios cuando vivían todos juntos?

P: Pues es que no los hacía enfrente de él o sea era como estando solas nosotras...

En esta misma segunda sesión al final se hizo un reencuadramiento, en donde se recoge toda la información brindada por el paciente y se propone una construcción de la realidad distinta.

T: A lo largo de esta sesión, me has hablado de tu infancia, de la forma en la que tu mamá los alimentaba, cómo se reunían a comer y cómo ahora cada quien lo hace por su lado. Me comentas que los miembros en tu familia descuidan su salud, tal vez de cierta forma están esperando que tú hagas lo mismo... y cuando no lo haces vienen los reclamos. También me has compartido

algunos momentos en los que tu mamá te ha criticado sobre tu físico, pero lo que más me interesa es la forma en la que tú te criticas a ti misma...

P: ... no lo había pensado de esa manera

T: Tal vez sería importante que volteáramos a explorar esta parte en futuras sesiones...

P: Me parece que si... pues si siento que soy muy crítica conmigo y eso hace que no pueda aceptarme...

El resultado obtenido de las preguntas circulares fue conocer las opiniones de los demás miembros del sistema familiar con respecto a la comida y los comentarios asociados a ella, parece que M es particularmente señalada cuando no sigue una dieta mientras que a su hermano la atención sobre él incita a que consuma más y más alimento por ser hombre y joven. El resultado obtenido del reencuadramiento fue proponerle a M sutilmente la deslealtad que implica el cuidar de su salud en un sistema que se enfoca poco en ello y regresar la atención a las críticas que ella se hace en contraste con las que le hacen los demás.

Ahora bien, con el objetivo de promover la confianza y reconciliar autoimagen en la sesión 10, se empleó la técnica de ritual terapéutico, en la cual se le pidió a la paciente que hiciera una limpieza de su closet. La idea es que saque todo lo que está en su closet para que vea la cantidad de ropa con la que cuenta y que vaya tomando pieza por pieza y seleccione los artículos de ropa que le gustan pero que también le quedan. Desechando o regalando aquellos que ya no le gusta y/o no le quedan inspirada en el método KonMari (Kondo, 2016). A la siguiente sesión la paciente reporta que, aunque se sintió abrumada en un inicio al ver toda la ropa que tenía, después de limpiar el closet ahora es más fácil escoger que ponerse para el día a día y también se siente más cómoda con su físico actual aun cuando no es el físico perfecto. Como se había asentado anteriormente esta técnica permite una conexión entre el pasado y el futuro, ya que

inscriben a la persona en una línea, familiar y vital que da sentido a lo que está viviendo actualmente y la proyecta hacia el futuro Ortiz (2008, p. 270). El closet de M estaba repleto de ropa de su adolescencia que ya no le quedaba, encontrarse cada mañana con la idea de qué se iba a poner cuando un gran porcentaje de su ropa correspondía a otra etapa, la llevaba a la frustración y después la hacía mirar su cuerpo con decepción. M había olvidado que esa ropa ya no corresponde a su etapa evolutiva actual de mujer adulta joven profesionalista y que necesitaba empezar a focalizar su atención en aquello que fuera acorde con su yo actual. Después de este momento vestirse para el día a día era más rápido, también mirarse al espejo se volvió más fácil pues cada día se encontraba a la mujer de 27 años de edad que era y no a la adolescente de 16 que ya no era y que intentaba meter en esa ropa.

Resultados del tratamiento.

Al finalizar el proceso terapéutico con enfoque sistémico con M se pudieron apreciar algunos cambios significativos que pueden ser clasificados en: cualitativos y cuantitativos. Los resultados cualitativos se describen a continuación como los signos observables en la paciente, si bien la higiene y el aliño siempre fueron buenos su vestimenta al inicio normalmente consistía en ropa deportiva, nulo maquillaje y el cabello recogido en una coleta, conforme pasa el tiempo M empieza a usar ropa casual de colores brillantes, de acuerdo a su tipo de cuerpo, se maquilla usando rimel y labiales de colores vivos; trae el pelo suelto haciéndola lucir más radiante y atractiva. Su postura empezó a ser más abierta pero firme y el llanto disminuyó considerablemente. Con respecto a las conductas disruptivas, la paciente empezó a dejar de sobrealimentarse de comida chatarra, no se encuentra bajo ningún régimen estricto de dieta, no ha tenido atracones, hace ejercicio, sale a pasear en bicicleta, retoma el contacto con amistades, se comunica de forma clara y directa, se acerca a sus padres y a su hermano independientemente

de la respuesta de ellos, prueba cosas nuevas como dar clases de Pole Dance, se enfoca y concluye su proyecto de titulación para la Maestría, se anima a subir fotografías de sí misma sin filtro a redes sociales, hace un cambio de imagen al desechar toda la ropa que no le quedaba y genera conversaciones abiertas con amigos sobre la terapia ya que al inicio comparte que eso era un tema tabú. M se muestra con mayor apertura, sensibilidad, flexibilidad, optimismo y autocuidado, se vuelve más responsable y consciente de sus pensamientos negativos, analiza, reflexiona y comprende la influencia de sus padres en su vida y los patrones que han existido intergeneracionalmente. La paciente refiere: "Ya no siento la necesidad de controlar lo que como como lo hacía antes, más bien ahora estoy intentando seguir mi instinto. Cuando empiezo a sentir que ya estoy satisfecha dejo de comer, ya no necesito acabarme todo lo que me sirven. Además noté que salir a andar en bici me relaja, lo que me hace sentir mucho menos ansiosa a lo largo del día".

Los resultados cuantitativos son los siguientes, empezando por la escala global que mide el funcionamiento de la persona en diferentes áreas de la vida: laboral, escolar, relacional (familia, amistades y pareja) y salud (física, mental y sexual). Se evaluó en las sesiones 1, 5, 10, 15 y como seguimiento, a 6 meses de concluir el tratamiento. En la primera sesión se obtuvo un promedio de 5 indicando que M percibía que su vida estaba siendo perjudicada en casi todas las áreas de su vida, especialmente en la esfera familiar y con respecto a su salud física. Así mismo, consideraba que su funcionamiento a nivel laboral, sus actividades en ratos libres y su vida en general también estaban perjudicadas. La única área que puntuó con poca preocupación fue la social. Con el paso del tratamiento empieza a verse un decremento en las áreas perjudicadas, en la quinta sesión el promedio es de 2.6 y en la décima de 1.3, lo que indica que M percibe que ahora su vida está siendo poco perjudicada, aunque mostrando aun preocupación en el área

familiar y en su salud física. Sin embargo, para la decimoquinta y última sesión, después del periodo vacacional de invierno, se observa un incremento en el promedio dando como resultado 3.1 lo que indica que ahora tres de seis áreas vuelven a estar perjudicadas de acuerdo a M, el trabajo, las actividades en sus ratos libres y su salud física. Mientras que la escala de social ahora tiene nada de preocupación (Figura 3). Este incremento se observa de igual forma en la siguiente escala (Figura 4). En la evaluación de seguimiento, a 6 meses de haber concluido el tratamiento, el promedio es de 1.6, siendo el área familiar la única percibida como perjudicada, esto indica que la percepción de M ha cambiado mucho dado al considerar que ahora la mayoría de áreas de su vida no están perjudicadas.

ESCALA GLOBAL

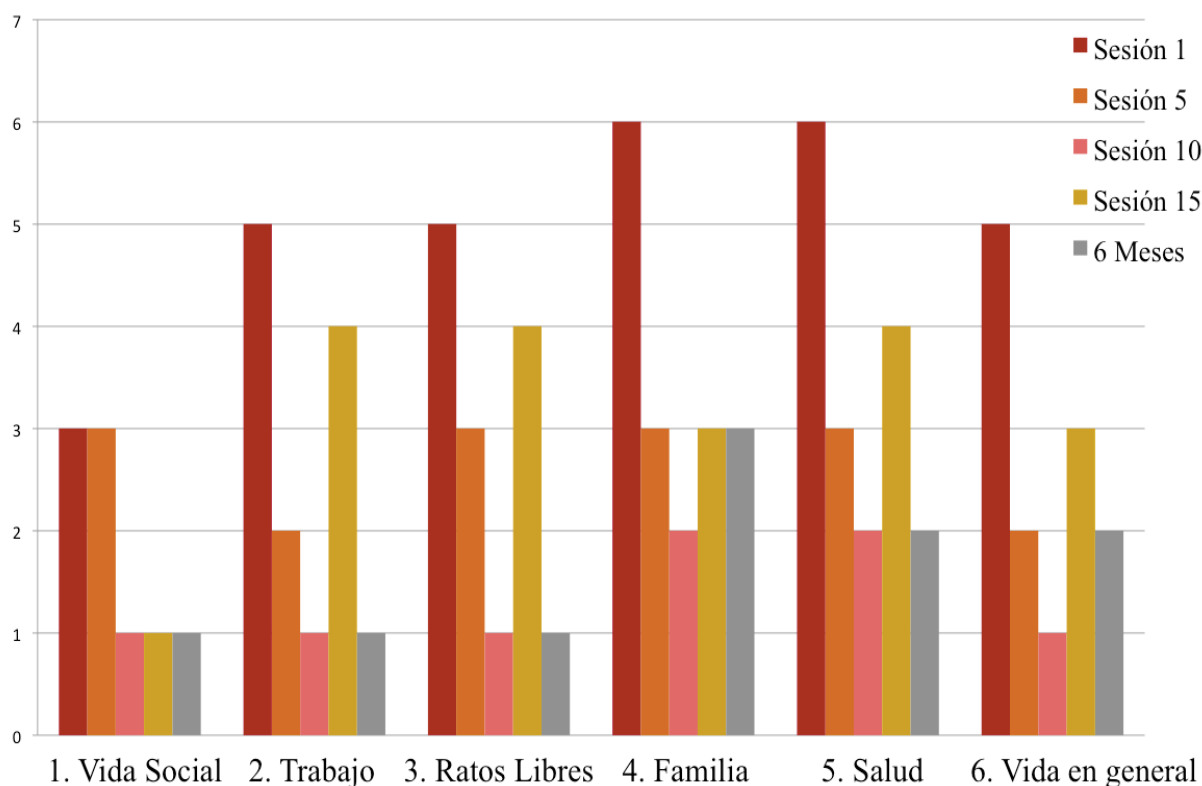


Figura 3, Escala Global. Elaboración propia.

La Escala de Enojo mide la predisposición de una persona a experimentar enojo a través del tiempo y en diferentes situaciones. Se evaluó en las sesiones 1, 5, 10, 15 y como seguimiento, a 6 meses de concluir el tratamiento. En la primer sesión M obtuvo un puntaje de 40 (el puntaje más alto), lo que indica que M estaba en mayor riesgo de molestarse fácilmente ante cualquier provocación, era propensa a guardar rencores o reaccionar con enojo. Tomaba las cosas con intenciones de daño y pensaba en la venganza o en “ajustar cuentas”. En ocasiones el enojo podía durar mucho tiempo; a veces horas o días y como consecuencia, se alteraban los planes de la vida cotidiana. Para la sesión 5 y 10, los puntajes fueron 21 y 20 respectivamente lo que representa una puntuación promedio, esto quiere decir que las reacciones de enojo de M ya eran similares a las de la mayoría de la gente. No obstante, para la sesión 15 el puntaje de M subió a 23 situándose nuevamente en el puntaje alto como al inicio del tratamiento. En esa última sesión M se encontraba particularmente enojada por una discusión que había tenido con su padre en días anteriores, es posible que eso haya alterado la sintomatología y el progreso que se había mantenido en las otras 2 evaluaciones. Para la evaluación de seguimiento, a 6 meses de haber concluido el tratamiento, la puntuación fue de 24, es decir que el incremento de la última sesión no fue situacional sino que es algo que permanece en el tiempo, por lo que exhibe la necesidad de haber trabajado de forma más puntual el manejo de enojo durante el proceso psicoterapéutico (Figura 4). Hay que decir que si una persona constantemente pierde el control de su enojo las consecuencias pueden resultar en daños a otras personas o a sí mismo, o en daños por agresión.

ESCALA DE ENOJO

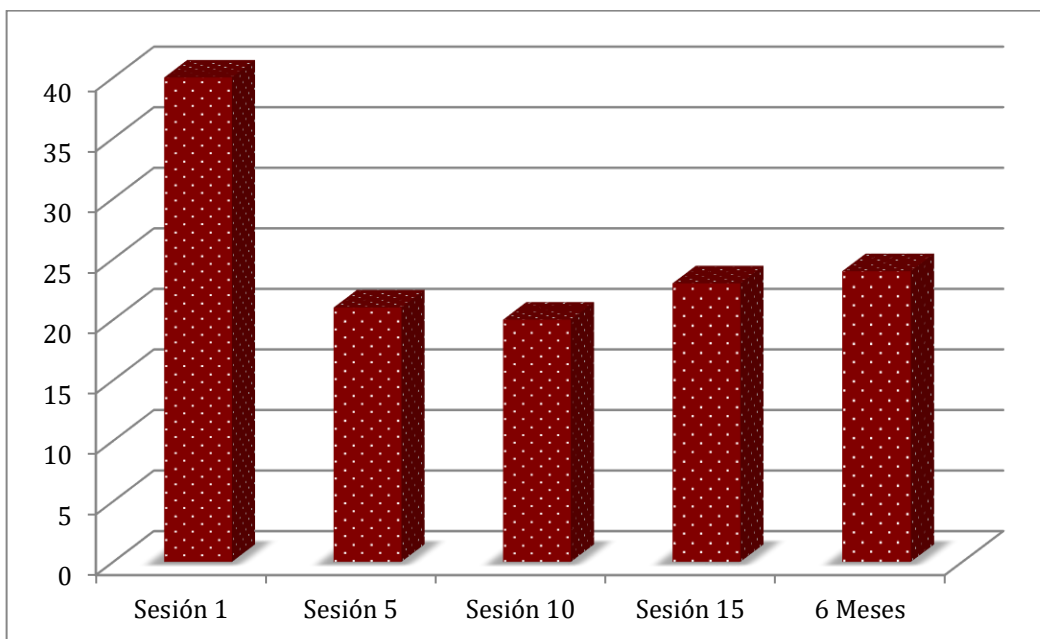


Figura 4, Escala Enajo Rasgo. Elaboración propia.

El Inventario de Depresión de Beck sirve para medir la presencia y gravedad de síntomas de depresión en adultos y adolescentes. Se evaluó en la sesiones 1, 5, 10, 15 y como seguimiento, a 6 meses de concluir el tratamiento. En la primer sesión se obtuvo el puntaje de 20, lo que representa un nivel de depresión moderado, esto quiere decir que hay varios síntomas a tomar en cuenta, como tristeza, tendencia al castigo, autodescontento y preocupaciones somáticas. Para la sesión 5 el puntaje es de 5, logrando resultados favorables, ya que se muestra un declive importante en la sintomatología depresiva expresando un nivel mínimo de depresión. Sin embargo, para la sesión 10 y 15, el puntaje sube a 6 y 8, respectivamente. Ambos resultados se encuentran en el rango de depresión mínima, nivel que se ha mantenido desde la quinta sesión, al finalizar el tratamiento se esperaba que la puntuación no siguiera incrementando para evitar regresar a un nivel moderado. Para la evaluación de seguimiento, a 6 meses de haber concluido el tratamiento, la puntuación cruda fue de 4, el resultado más bajo obtenido. Este es un cambio

muy positivo que indica que las herramientas desarrolladas para el manejo emocional se siguieron aplicando después de haber concluido el acompañamiento psicológico (Figura 5).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BDI)

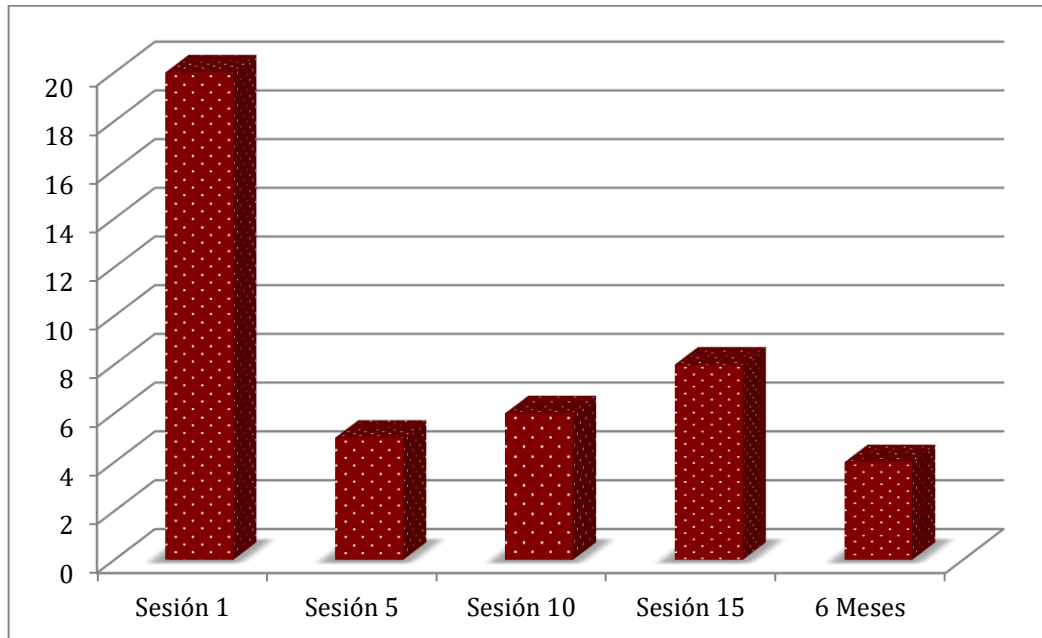


Figura 5, Inventario de Depresión. Elaboración propia.

En cuanto al Inventario de Ansiedad de Beck que mide presencia y gravedad de síntomas de ansiedad en adultos y adolescentes. Se evaluó en las sesiones 1, 5, 10, 15 y como seguimiento, a 6 meses de concluir el tratamiento. En la primer sesión se obtuvo el puntaje de 29, lo que significa un nivel de ansiedad moderado, esto implica que había algunos síntomas físicos, ansiedad subjetiva y pánico. En la sesión 5 el puntaje desciende a 13, lo que representaba un nivel de ansiedad leve. Para la sesión 10 y 15 el puntaje vuelve a disminuir a 7, manteniéndose en ambas evaluaciones. Si bien la ansiedad sigue siendo leve, es necesario recalcar que fue la única escala que después del periodo vacacional no presentó cambios, lo que puede simbolizar que hubo un manejo adecuado de la ansiedad por parte de M. Para la evaluación de seguimiento,

a 6 meses de haber concluido el tratamiento, la puntuación cruda fue de 2, nuevamente el puntaje más bajo, que habla de cambios que lograron sostenerse con el paso del tiempo (Figura 6).

INVENTARIO DE ANSIEDAD (BAI)

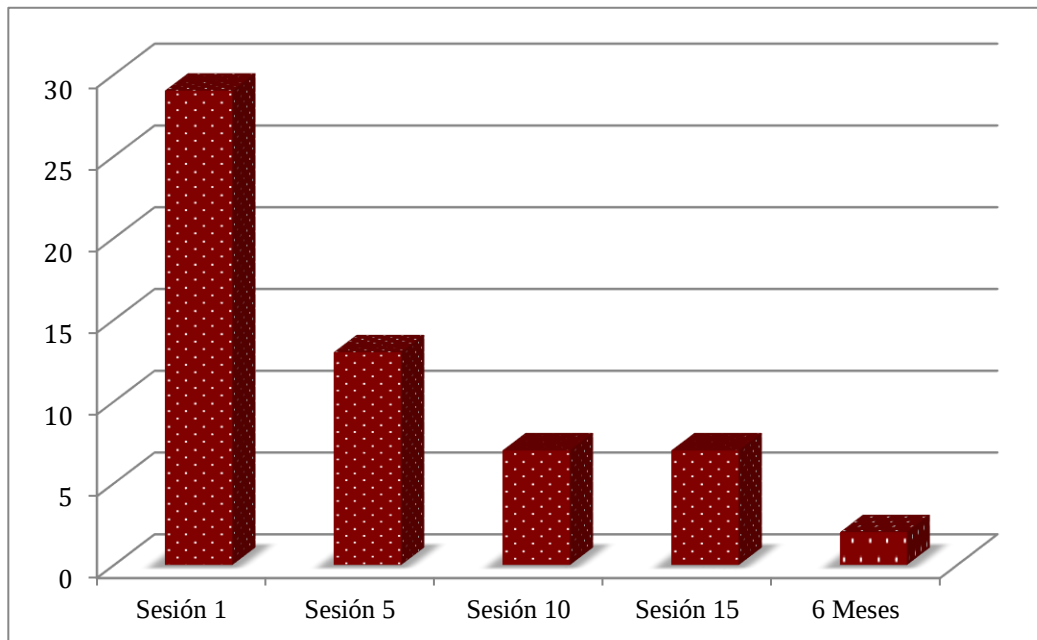


Figura 6, Inventario de Ansiedad de Beck. Elaboración propia.

La persona del terapeuta.

Las características de la persona del terapeuta que llevó a cabo el caso son las siguientes: identificación positiva con la paciente, tono de voz adecuado, empatía, escucha activa, atención plena, aceptación incondicional, buena alianza terapéutica, neutralidad, puntualidad y compromiso. De acuerdo a Losada y Whittingslow, (2013) la empatía es fundamental en todas las psicoterapias, pero en las que tratan pacientes con Trastornos en la Conducta Alimentaria es más importante aún ya que son patologías de alto riesgo (p. 407). Es de suma importancia saber responder emocional e intelectualmente al paciente, estableciendo un lazo de seguridad y afecto que facilita la labor de autodescubrimiento en este último (Salama, 2008, p.172). La terapeuta en todo momento sintió el apoyo de la supervisora y del equipo terapéutico quienes no solo le

hicieron las observaciones pertinentes sobre puntos ciegos, sino que también propusieron otros modos más efectivos de actuar. Considero que la calidad de la relación humana construida con la supervisora y el equipo terapéutico se ve reflejado en el trabajo con la paciente. Ahora bien, los aspectos a mejorar en el terapeuta son tener un rol más activo y directivo durante las sesiones, poseer mayor liderazgo, emplear el mismo lenguaje de la paciente, mejorar la postura a una más firme, pero al mismo tiempo flexible, profundizar más en los temas antes de intervenir así como promover mayor apertura en la paciente.

Discusión.

En este estudio de caso el objetivo general fue alcanzar una mejor relación con la comida así como independencia emocional en la paciente. Como se pudo observar en los resultados cuantitativos, al final del tratamiento la paciente mostró disminución en la sintomatología de ansiedad y depresión que se mantuvo a lo largo del tiempo, pues en la evaluación 6 meses después obtiene las puntuaciones más bajas. Ahora bien, se propuso identificar herramientas personales para el manejo de la ansiedad dentro de las que se encontraron: el ejercicio, andar en bicicleta como una opción saludable y escuchar música como opción recreativa. Las relaciones familiares de M mejoraron considerablemente; en las últimas sesiones M refería que la relación con su mamá era más cercana y que ya no se sentía a la defensiva como al principio, podían hacer actividades juntas y hablar sobre diversos temas sin que terminaran en conflicto. La paciente aprendió a ponerle límites a su hermano cuando él comenzaba a exigirle más de lo que ella podía dar y a lo largo del proceso buscó y probó nuevas formas de acercarse a su padre desde la aceptación y no desde la exigencia. La expresión emocional se volvió clave en M, pues se permitía reaccionar ante las situaciones de forma natural antes de evitar sentimientos, eso no sólo le permitió conectarse más con su cuerpo sino liberar todas las emociones que se habían

acumulado a lo largo del tiempo, esto apoya al siguiente objetivo que fue implementar hábitos alimentarios saludables, M ya no necesita de la comida para regular sus estados afectivos, al expresar sus emociones a tiempo también puede tener una relación saludable con la comida. No se exige a sí misma para mantener una dieta estricta, selecciona alimentos que cree que pueden darle el aporte nutrimental que necesita para su día a día. Si bien la aceptación de la imagen corporal no se alcanzó por completo se hicieron varios avances, después del ritual terapéutico para el que M tuvo que revisar su closet y sacar ropa que ya no era de su talla ni para su edad y dejar las piezas con las que sentía incomoda, este sencillo movimiento provocó grandes cambios pues verse al espejo con ropa adecuada para su talla y edad la hacía sentirse mejor. Casi al finalizar el proceso M comparte que deja de utilizar filtros digitales para modificar fotografías que sube a redes sociales, lo que la hace sentirse con mayor confianza y refuerza su autoestima.

Sobre los objetivos terapéuticos específicos del enfoque sistémico se logró reorganizar la jerarquía familiar, una vez que M mantiene su lugar como hija, devolviéndole a sus padres la autoridad que merecen independientemente de que estuviera de acuerdo o no con lo que ellos proponían; deja de sentir el peso de ser una hija parental que tiene que estar al pendiente de la salud de sus padres, cuando la salud depende de cada uno de ellos. Uno de los cambios más significativos fue la resignificación de la relación madre e hija, pues al observar los patrones repetitivos, las críticas constantes que se hacía a sí misma y el voltear a ver la historia de su madre, le permitió mirarla con mayor comprensión y aceptación lo que inmediatamente hizo la relación más cercana, honesta y unida. No obstante, uno de los temas pendientes es la reestructuración de la visión de las figuras masculinas, si bien la relación con el padre alcanzó progresos significativos, es un tema en el que aún se tiene que trabajar ya que en la última sesión se da cuenta que a veces toma el rol de salvadora intentando rescatar o cambiar al padre, el no

lograrlo la frustra y la lleva a ser indiferente u hostil, actitud que observa ha llegado a replicar en relaciones de pareja.

Tal como lo sugiere la literatura, los estados emocionales y de ánimo pueden influir en gran medida en la conducta alimentaria pero también la propia alimentación afecta y modifica los estados emocionales y de ánimo (Gibson, 2006 en Silva 2014, p. 9); situación que se ve reflejada claramente en M, quien recurre al fenómeno de comer en exceso en respuesta a las emociones desagradables (Escandón et al, 2017, p. 53). Se puede observar que M tiene un estilo afectivo vulnerable similar al de los dietantes crónicos (Silva, 2007 en Montalvini, Lucero y Baldi, 2014, p. 9) y se sobrealimentaba cuando percibía una amenaza hacia su autoimagen encontrándose en el constante extremo entre ayuno y sobrealimentación. Además, muestra un estilo de apego temeroso evitativo, que influye en sus relaciones familiares, sociales y de pareja. Hay que destacar que M cumple con los criterios para un Trastorno por Atracón (TPA) en remisión parcial y tiene algunos de los factores relacionados al mismo, como la insatisfacción de la imagen corporal, la disfunción familiar y los síntomas depresivos (Morales et al., 2015, p. 180), sin olvidar las dificultades en la comunicación especialmente con la madre, los antecedentes de obesidad en ambos padres y la dificultad en la alimentación previo al desarrollo del trastorno (Losada y Whittingslow, 2013, p. 397). Se podría decir entonces que, el sistema familiar de M tiene poca cohesión o comunicación y mucha rigidez lo que ha influido en el desarrollo de conductas disruptivas de la alimentación. Otro aspecto interesante observado en el sistema familiar de M fue la evitación de conflicto, característica identificada por Minuchin y Selvini como característica clave que provoca la violación de límites entre generaciones. A nivel personal M presentaba un alto nivel de autoexigencia, se movía hacia una constante búsqueda de perfección en todo lo que hacía, así como una tendencia a seguir los mandatos familiares y el

extremo miedo a engordar, características mencionadas por las autoras Losada y Whittingslow, (2013) en personas que desarrollan Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para este caso el enfoque sistémico fue clave ya que permitió identificar pautas repetitivas con la finalidad de iniciar cambios para sustituir pautas disfuncionales (Moreno, 2011, p. 36). Los alcances positivos de la intervención se atribuyen a los resultados cualitativos que incluyen un mayor contacto con sus emociones, consciencia de saciedad y hambre, manejo de ansiedad y una relación más cercana con la madre. Otro punto a favor fue el proceso de supervisión, que permitió una actualización constante del terapeuta para evitar la cristalización de creencias que provocaría repetir errores constantemente y actuar como consejera y no como psicoterapeuta (Salama, 2008, p.174).

El objetivo general del presente trabajo fue alcanzar una mejor relación con la comida, así como independencia emocional en la paciente. Como se puede ver en los resultados cualitativos, cuantitativos y en la revisión de la literatura, el haber trabajado con las emociones y en la autorregulación hizo que M tuviera una relación más consciente y sana con la comida, esto la llevó a replantear la relación con su madre y consigo misma. Sin embargo, la independencia emocional sigue siendo un objetivo pendiente y es muy probable que haya sido considerado como una meta para un proceso terapéutico de más sesiones por la profundidad que requiere. Se comprueba también la hipótesis inicial de que M más que comida estaba comiendo sus emociones negativas no expresadas, la crítica constante de la madre, la falta de afecto del padre y la humillación del hermano menor.

Como consideraciones finales, a veces las personas que se sobrealimentan vienen de padres que también lo hacen, en el caso de M ambos padres tienen obesidad lo que indica que es muy posible que también se sobrealimenten y que estén teniendo conductas de alimentación

disruptivas, no saludables y que eso mismo los ha llevado a tener complicaciones médicas como hipertensión. Las conductas disruptivas de alimentación en M la tenían en una línea de extremos entre el control y el descontrol que la llevaban a una ganancia de peso y sobre todo a una preocupación que le afectaba física y psicológicamente. Una vez que M se ve fortalecida emocionalmente ya no es necesario mantener las conductas disruptivas de la alimentación, el peso deja de ser el foco del problema y ahora puede escuchar las críticas de los otros sin tomárselas en serio, apoyándose de su confianza y autoestima.

A modo de propuesta, sería importante para tratamientos futuros con características similares que el terapeuta tomará en cuenta el uso de analogías y fábulas como técnicas, ya que resultan de gran utilidad y son recursos muy usuales en terapias o tratamientos con pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Aclarando que cada tratamiento se adapta a las necesidades del paciente y es responsabilidad del terapeuta buscar formas creativas y acordes para lograr la expresión de emociones o ideas que no se puede hacer a través de la verbalización (Losada y Whittingslow, 2013, p. 408). Aunado a esto, es relevante que para casos como el anteriormente descrito se haga hincapié en el rol activo y directivo del terapeuta, ya que se trata de patologías de alto riesgo en las cuáles es sumamente necesario generar un cambio de modo rápido y eliminar el síntoma (p. 412).

Referencias

- Agrelo, A. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción del cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y Procesos Cognitivos UCES*, 15(1), pp. 15-54.
- Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., y Byrne, Z. S. (2011). Assessing the factor structure of

- the anger expression inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, pp. 307-318.
- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta. edición. México: Editorial Médica Panamericana, pp. 350-351.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N. & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6), pp. 893-897.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A. y Steer, R. (2011). *BAI. Inventario de Ansiedad de Beck*. Madrid: Pearson Educación.
- Black, D.W. y Andreasen, N.C. (2015). Texto introductorio de psiquiatría. Primera edición en español. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008) Terapia sistémica individual. 2ª edición. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 121-185.
- Burgos, R. (1998). La supervisión en la terapia familiar sistémica: un modelo evolutivo en La supervisión en la psicoterapia. Modelos y Experiencias. México: Universidad Iberoamericana Golfo Centro.
- Cade, B. y Hudson O'Hanlon, W. (1995). Guía breve de terapia breve. Paidós Ibérica, pp. 13-194.
- Cuadro, E. y Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), pp. 97-102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425743626004>

- Escandón, N., Però, M., Grau, A., Soriano, J. y Feixas, G. (2017). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorders in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, pp. 52-59. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=32e90732-78fe-425a-a3fb-24d323c4655b%40sessionmgr102>
- Epstein, N., Baldwin, L. y Bishop, D. (1983). The McMaster Model of Family Functioning: a view of the normal family, en Walsh, F. Normal family processes. New York: Guilford Press.
- Espina, A. (2009). Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios. *Personalidad, madurez humana y contexto social*. Disponible en: <https://cursos.institutoiase.com/Cursos/Modulos/Docs/M460-45693.pdf>
- Gómez, C. (Julio, 2017). Trastorno por atracón afecta a 1.6% de mexicanos. Sociedad y Justicia. La Jornada. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2017/07/07/sociedad/031n3soc>
- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su relación con la satisfacción marital. *Psyke*, (21)1, pp. 69-82.
- Hernández, M. (2017). *Apego y psicopatología: La ansiedad y su origen*. España: Desclée de Brouwer, pp. 1-384.
- Hernández, V., Fernand, J. y Vollmer, T. (2016). Problemas pediátricos de la alimentación: un campo de aplicación del análisis de la conducta. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. (7), pp. 144-156.

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los Residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21(3), pp. 26-31.
- Kondo, M. (2016). La magia del orden. 1ª edición. México: Aguilar.
- Losada, A. y Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borromeo*, 4, pp. 393-424.
- Losada, A. (2018). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología (UNLP)*, 16, pp. 30-49.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). Técnicas de Terapia Familiar. 1ª edición. Buenos Aires: Paidós, pp. 15-286.
- Montalvini, P., Lucero, M. y Baldi, G. (2014). Estilos de apego y su relación con el patrón alimenticio de restricción - sobrealimentación en sujetos dietantes crónicos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(1-2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1793/179333051003>
- Montalvini, P. Lucero, M. y Baldi, G. (2016). *Dietantes crónicos y sus estilos de apego: La regulación emocional y su relación con la restricción-sobrealimentación*. España: Académica Española, pp. 1-92.
- Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M. y Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), pp. 177-182. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-trastorno-por-atracon-prevalencia-factores-S0034745015000335>

- Moreno, A. (2011). "Quiero recuperar el control". Un Caso de Terapia Individual desde el Enfoque Sistémico. España: *Clínica Contemporánea*, 2(1), 25-37.
- Moscoso, M. y Spielberger, C. (1999). Evaluación de la experiencia, expresión y control de la cólera en Latinoamérica [Evaluation of the experience, expression, and control of anger in Latin America]. *Psicología Contemporánea*, 6, pp. 4-13.
- Ortíz, D. (2008). *Terapia Familiar Sistémica*. 1ª edición. Quito, Ecuador: Abya-Yala, pp. 253-270.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 18(2), pp. 211-218.
- Salama, H. (2008). *Psicoterapia Gestalt. Procesos y Metodología*. México: Editorial Amat.
- Selvini, M. (2008). Doce dimensiones para guiar un diagnóstico sistémico. Disponible en: http://esgef.es/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/Selvini_2008.pdf
- Silva, J., Livacic-Rojas, P. y Slachevsky, A. (2007). Diferencias individuales en dietantes crónicos: Influencia de los sistemas motivacionales en la alimentación. *Revista médica de Chile*, 134(6), pp. 735-742. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000600009>
- Vicencio, J. (2004). Érase una vez una hipótesis... una revisión del concepto para su aplicación en la investigación clínica y psicosocial. *Revista de Familias y Terapias*, 12(9). Disponible en: <https://www.scribd.com/document/347843038/Erased-Una-Vez-Una-Hipotesis-Javier-Vicencio>