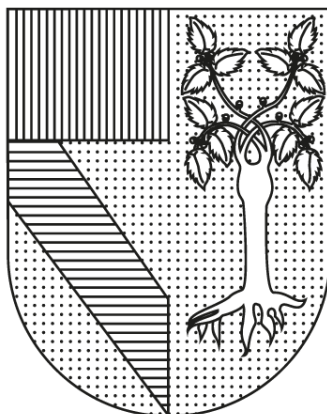


UNIVERSIDAD PANAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**“DISCURSOS FAMILIARES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA
IMAGEN CORPORAL Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN
ADOLESCENTES CON CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
(CAR)”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PRESENTAN:

Daniela Fernanda Correa León

Valeria Mora Santibáñez

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y
DE LA SALUD**

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. GERARDO VAZQUEZ ESTRADA

México, Ciudad De México

2023

Agradecimientos

En primer lugar nos gustaría agradecer a nuestros padres y familias que estuvieron en todo momento brindándonos su apoyo incondicional e impulsándonos para poder llevar a cabo este trabajo y que gracias a su cariño se logró la meta final. A nuestros amigos por darnos palabras de aliento cuando más lo necesitábamos y por acompañarnos durante todo el proceso, sin ustedes esto no habría sido posible.

Por otro lado, quisiéramos expresar nuestros agradecimientos a la escuela de Psicología de la Universidad Panamericana, que nos han exigido tanto, y al mismo tiempo nos ha permitido obtener nuestro título. También queremos darles las gracias a todos nuestros docentes por transmitirnos el conocimiento necesario para poder convertirnos en grandes profesionales de la salud, en especial a la Dra. Angélica Nathalia Vargas Salinas por su asesoramiento, así como su contribución para el desarrollo de este trabajo.

Así, es importante mencionar que un trabajo de investigación se logra gracias al trabajo en equipo, por lo que también queremos extender un reconocimiento a nuestro tutor el Mtro. Gerardo Vazquez Estrada por todo el esfuerzo que hizo, junto con nosotras, para finalizar la tesis, por las reuniones, la guía, las sugerencias, la paciencia y el tiempo dedicado a este trabajo, nuestros más profundos agradecimientos.

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Marco teórico y antecedentes	6
Terapias Postmodernas	6
Trastornos de la Conducta Alimentaria	9
Conductas Alimentarias de Riesgo	11
Familia	13
Familia y TCA	14
Adolescencia y factores de riesgo	18
Problemática en México	20
Planteamiento del problema	23
Objetivos	24
General	24
Específicos	24
Hipótesis/Supuestos	25
Definición de Categorías	25
Método	28
Diseño de estudio	28
Participantes	28
Procedimiento	29
Instrumentos	30
Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo	30
Entrevista Semiestructurada	31
Análisis de los datos	32
Resultados	35
Discursos familiares (DF)	35
Discursos sociales sobre la alimentación (HA)	36
Internalización del ideal de delgadez (ID)	37
Imagen Corporal (IC)	38
Hábitos alimenticios (HA)	38
Funcionamiento Familiar (FF)	38
Discusión	42
Conclusiones	50
Referencias	52
Anexos	59
Anexo 1: Transcripción de entrevistas	59
Anexo 2: Códigos agrupados en ATLAS.ti	68
Anexo 3: Guía de entrevista semiestructurada	74

Discursos Familiares en la construcción de la imagen corporal y los hábitos alimenticios en adolescentes con conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por su complejidad de tratamiento debido a su nivel de severidad, afectando principalmente a los adolescentes y jóvenes adultos, llevando a la comunidad científica a indagar cuáles son las mejores intervenciones; sin embargo, existe un desconocimiento de los factores que mantienen los síntomas, además que desde los enfoques que se realizan estas intervenciones son de terapias surgidas en la modernidad. Por tal motivo, la finalidad del estudio es indagar las construcciones de la imagen corporal y hábitos alimenticios en adolescentes, así como poder detectar síntomas de los TCA a través de la entrevista donde se explora el fenómeno alrededor de los discursos dentro de la familia.

La entrevista semiestructurada se construyó utilizando las categorías de discursos familiares, funcionamiento familiar, hábitos alimentarios, imagen corporal, discursos sociales sobre la alimentación e internalización del ideal de delgadez para aplicarla a adolescentes que residen en la CDMX para indagar en las construcciones de la imagen corporal y hábitos alimentarios que poseen; posteriormente se elaboró un análisis del discurso con la información recopilada en las entrevistas, utilizando el programa ATLAS.ti 9 (software para análisis cualitativos).

Así, destacaron los siguientes hallazgos entre los participantes: en discursos familiares predominó el tema de salud; en discursos sociales sobre la alimentación, expresiones acerca de mensajes sanitarios, estéticos, sentirse juzgada y redes sociales; sobre la internalización del ideal de delgadez, se destacan contenidos sobre la sociedad,

comentarios del físico, enfermedades cardiovasculares y el miedo a desarrollarlas; sobre imagen corporal destacan reglas de alimentación; sobre los hábitos alimentarios se refleja dentro de los discursos desinformación acerca de la nutrición así como ambigüedad, miedo a contraer enfermedades y comer en exceso. Finalmente, hablando del funcionamiento familiar, los discursos varían entre la no expresión emocional o la incomodidad sobre los temas de alimentación, así como la preocupación sobre ello y conflictos en la familia.

La relación más contundente que explica la incidencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) son los hábitos alimenticios; esto están influenciados por el funcionamiento familiar y en este se vieron involucradas las categorías de la internalización del ideal de delgadez e imagen corporal sustentado por los discursos familiares asociados a los discursos sociales; al mismo tiempo destaca la necesidad de agregar dos categorías: enfermedades en la familia (mayormente cardiovasculares) y las redes sociales. De esta forma se pudo concluir que la salud es un tópico que permea en todas las categorías que causan o que están relacionadas con las CAR, siendo de vital relevancia hacer campañas en las que se brinde un conocimiento más claro y preciso sobre la salud, evitando información confusa o errónea, dirigidas específicamente al manejo de hábitos alimenticios, especialmente para aquellos clínicos que se dedican al trabajo con adolescentes, que les permita orientar mejor a las familias, de esta manera se logrará una atención primaria y evitar el desarrollo de TCA antes de que se cronifique.

Palabras clave: conductas alimentarias de riesgo, trastorno de la conducta alimentaria, discursos familiares, hábitos alimentarios, imagen corporal, adolescentes

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se consideran severos debido a su complejidad y a que se requiere una intervención multidisciplinaria, representando así una de las enfermedades crónicas más severas a nivel mundial con mayor incidencia en adolescentes; las personas que los padecen no llegan a tener una remisión total, pues pueden seguir presentando síntomas incluso después de haber recibido el tratamiento indicado, además de ser intervenciones que pueden durar años.

En las últimas décadas se ha observado una relación entre el funcionamiento familiar y la etapa de la adolescencia como factor para desarrollar Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), tales como los TCA. La terapia narrativa, basada en el construccionismo social, puede ampliar el entendimiento de estos padecimientos, complementar los tratamientos que hoy en día tienen la mayor evidencia para mejorar la eficacia de las mismas y destacar la importancia de la influencia de los contextos familiares en los discursos de los consultantes.

El presente trabajo plantea investigar los discursos familiares acerca de la imagen corporal y los hábitos alimenticios, con la finalidad de conocer las construcciones de ambos fenómenos en adolescentes, y cómo pueden llegar estas a influir en ellos; por medio de una prueba de tamizaje se evaluará el riesgo de CAR que presenten y posteriormente se llevarán a cabo entrevistas semi-estructuradas para generar un *análisis del discurso* y poder identificar, evaluar y distinguir aquellos mensajes que podrían estar contribuyendo al desarrollo de algún TCA o mantener e incrementar sus CAR; así, el contenido está dividido en los siguientes apartados: introducción, marco teórico y antecedentes, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, método, resultados, discusión de resultados y conclusión.

Marco teórico y antecedentes

Terapias Postmodernas

A lo largo de la historia de la Psicología han surgido diferentes formas de comprender al ser humano y uno de los tantos paradigmas que intenta explicarlo es la Modernidad. Ésta postula que el ser humano accede al mundo por medio de las representaciones que se han ido formando de él (Anderson, H., 2006,1997, en Tarragona, 2006), siendo esta teoría el eje central de las intervenciones psicológicas que se fueron desarrollando, tomando como base autores como Emmanuel Kant (Estrada y Casilimas, 2018); este paradigma es caracterizado por el pensamiento científico como herramienta fundamental para hacer las interpretaciones de la naturaleza y dar explicación a los fenómenos del mundo este mismo, así el ser humano se vuelve la medida de todas las cosas, mientras que la razón y la ciencia se vuelven el método para descubrir la realidad e ir progresando (Zeraoui, 2000, p.20; Mendoza, 2023).

Así, con un pensamiento denominado “moderno” (del progreso), por un lado la Psicología apostó por la experimentación, observación empírica y rigurosidad estableciendo así el primer laboratorio psicológico en Leipzig, Alemania en 1879 por Wilhelm Wundt y, por otro lado, la psicoterapia comenzó a figurar como disciplina que implementa métodos psicológicos para ayudar a resolver conflictos humanos y eliminar el sufrimiento como un proceso estandarizado, metódico, sistemático, científico y objetivo; explicado por el método científico, dándole una importancia central a la mente individual, en donde se asume que por este medio se puede conocer el entorno y las percepciones que se tienen del ambiente, siendo la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) un ejemplo de estas aproximaciones (Molinari, 2003; Estrada y Casilimas, 2018; Cifuentes-Muñoz, 2023).

Tras la modernidad y a los aportes del construccionismo social, se empezó a cuestionar la naturaleza del conocimiento, desde una crítica al empleo de la epistemología

positivista para el estudio y comprensión de las experiencias humanas, en donde las psicoterapias parten de la base de que el terapeuta es considerado como el clínico que posee un conocimiento sobre la naturaleza del humano o sobre las dificultades del consultante, marcando una diferencia jerárquica entre ambos (Tarragona, 2006; Cifuentes-Muñoz, 2023); esta forma de ver a la psicoterapia utiliza un lenguaje de déficit (Tarragona, 2006), en donde el discurso de los pacientes era considerado patológico o inadecuado, mientras que el del clínico tiende al de la adaptación y la salud (Molinari, 2003), considerándola el medio para arreglar a las personas que se conceptualizaban como defectuosas, junto con los efectos negativos que el diagnóstico psicopatológico puede causar en las personas (Tarragona, 2006), como puede ser la fragilización o estigmatización. Por su parte, se cuestiona la forma en que el modernismo da explicación a la realidad y se comienza adoptar un nuevo modo en que se describe, explica y representa la realidad, el cual se asume que este es derivado de las relaciones (Molinari, 2003).

Así, de las ideas de Michael Foucault al comienzo de la Postmodernidad en el siglo XX, los autores del enfoque narrativo hacen hincapié en la necesidad de analizar los discursos dominantes y el ejercicio del poder en la sociedad, al igual que sobre el impacto que tienen las historias que las personas crean sobre sí mismas y la necesidad de deconstruirlas (Agudelo y Estrada, 2020). De ahí, la propuesta sobre que el conocimiento es derivado de un constructo social por medio del lenguaje, siendo la experiencia el modo por el cual se puede acceder a él, con lo que empiezan a emanar diversos enfoques como la Terapia Centrada en Soluciones, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa, enfoques originados a partir de la Terapia Sistémico Familiar. En esta línea, Anderson (2006) estableció que el lenguaje se volvió eje central y vínculo primordial de la terapia, mediante el cual se da un sentido a la comprensión del mundo, pues le da forma a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias (Tarragona, 2006).

La Terapia Narrativa tiene sus orígenes en los trabajos de Michael White y David Epston, quienes son considerados sus creadores (Carr, 1998); el surgimiento de la práctica narrativa tienen su inicio posterior al desarrollo de la terapia sistémico familiar, con los trabajos de Gregory Bateson y consecutivamente con los aportes de Maturana y Varela, autores que dentro de sus obras señalan que el individuo nunca está solo (debido a su pertenencia a un sistema social), comprendiéndolo como producto de diversos contextos y de relaciones que pueden facilitar o dificultar el proceso terapéutico, además de obtener una comprensión de las dinámicas que existen para facilitar el cambio de las condiciones que empujan y mantienen las problemáticas que refiere el paciente, lo que transforma la conceptualización del sujeto, contribuyendo así al inicio de la terapia sistémico familiar (López de Martín, 2011; Estrada y Casilimas, 2018).

La terapia narrativa adopta un modelo lingüístico incluyendo conceptos del construccionismo social, es decir, plantea que todo tipo de conocimiento puede ser visto como versiones consensuadas de la realidad debido a la interpretación intersubjetiva del sujeto en donde el significado no sería un producto de la mente (como en la modernidad), sino que este conocimiento sería creado y solo posible en un contexto social (López de Martín, 2011).

White (2002) define la Terapia Narrativa como una perspectiva del mundo, más que un enfoque ligada a la teoría social postmoderna (Agudelo y Estrada, 2020) tomando como base los trabajos de Michael Foucault, quien sostiene como pensamiento filosófico que los discursos dominantes son el resultado de quienes poseen más poder y posición (López de Martín, 2011). De esta manera, esta terapia propone un abordaje terapéutico enfocado en las historias que la gente construye sobre su vida y su identidad, planteando que los seres humanos organizamos nuestras experiencias de vida como una serie de eventos que posee

una secuencia temporal junto con un desarrollo, intenciones, significados y desenlaces (López de Martín, 2011).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Cerniglia et al. (2017) presentan una definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) con base en el planteamiento de Klump (2013), indicando que son comunes y graves, caracterizados por hábitos alimentarios anormales y una grave preocupación subjetiva por el peso o la forma del cuerpo. Acorde a diferentes estudios que los mismos autores revisaron, la etapa de la vida clasificada como más vulnerable para desarrollar TCA y cuando generalmente inician, es la pubertad o adolescencia temprana, pues en esta se experimentan cambios corporales, sumado al hecho de que el cerebro y sus funciones comienzan a madurar, contribuyendo a una mayor conciencia de las presiones sociales y la aceptación entre pares. Así, sustentando lo anterior, en el artículo de Erriu, et al., (2020) se establece que los TCA son más comunes en mujeres de entre 13 y 30 años (1:10) y que la prevalencia en la adolescencia de la conducta alimentaria alterada es de entre un 14 y 22%, específicamente la anorexia nerviosa (AN) representa un 0.3%, la BN un 0.9% y el TA 1.6%.

Los TCA se distinguen por una alteración persistente en la ingesta de alimentos y por los comportamientos relacionados con la alimentación, que a su vez conllevan a una disfunción en el consumo y absorción de los alimentos, causando deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Entre ellos existen la pica, trastorno de rumiación, trastorno por evitación/restricción de ingesta de alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nervosa (BN) y Trastorno por Atracón (TA) (APA, 2013).

La pica se define como la ingesta persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias, el cual es inapropiado al grado del desarrollo del individuo; por su parte, el

trastorno de rumiación tiene como característica principal la regurgitación repetida de alimentos (de manera frecuente y repetida varias veces por semana o al día), reflejada en volver a masticar para despistar, escupir el alimento o volverlo a tragar.

Con respecto al trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos, consiste en una privación del consumo de alimentos, ocasionada por un fracaso clínicamente significativo para obtener las necesidades nutritivas o una ingesta energética insuficiente por medio de la ingesta oral de alimentos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), indica que la AN se diagnostica cuando existe una restricción persistente de la ingesta energética, que en consecuencia, conlleva a un peso significativamente bajo acorde a la persona, o en otros términos, inferior al mínimo esperado, relacionándose con un miedo intenso a ganar peso (o comportamiento que impida el aumento de peso), así como una alteración de la imagen corporal y percepción del peso (APA, 2013).

La BN se distingue por episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el incremento del peso, por ejemplo, con el vómito auto provocado, ayunos, consumo de laxantes, ejercicio excesivo, entre otros, derivados por autoevaluaciones que se ven influenciadas indebidamente por el peso corporal o la constitución (APA, 2013).

Y finalmente, el TA se caracteriza primordialmente por episodios recurrentes de atracones, que con diferencia a BN, no presenta conductas compensatorias (APA, 2013).

Es importante mencionar que los TCA se asocian no solo a un deterioro en la salud mental, sino también en la salud física, ya que pueden llegar a afectar de manera severa todos los órganos y sistemas corporales, afectando el crecimiento y desarrollo, provocando complicaciones médicas; pese que a la mayoría de las alteraciones llegan a presentar una

mejoría, cuando el deterioro es muy grave puede generar daños irreversibles en la salud de quienes lo padecen (Gaete y López, 2020).

Igualmente, en un artículo realizado por Jewell, T., et.al. (2016), en el cual se buscó llevar a cabo una revisión crítica sobre la evidencia científica que se tiene sobre la terapia familiar enfocada en los trastornos alimenticios en niñas y adolescentes, se examinaron la Terapia Basada en la Familia en adolescentes y Terapia Multifamiliar para AN, y Terapia Basada en la Familia, junto con Terapia Multifamiliar para BN; se concluyó que los tratamientos más exitoso para niñas y adolescentes son aquellos que poseen la siguientes características en común: participación activa de la familia como recurso clave para promover cambios conductuales en la alimentación, proporcionar un modelo coherente en el tratamiento, que posea un manual de tratamiento (idealmente) que al mismo tiempo sea flexible para adaptarse a las necesidades específicas de cada familia y por último, que sean impartidos por clínicos experimentados en TCA junto con un grupo multidisciplinario de especialistas.

Conductas Alimentarias de Riesgo

Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se definen como aquellas conductas que son propias de un TCA, sin cumplir todos con los criterios diagnósticos. En este sentido, aunque su presencia no asegura desarrollar un TCA, son reconocidas como conductas dañinas para la salud física y psicosocial, pues presentan niveles similares de comorbilidades psiquiátricas en TCA, por ejemplo, trastornos afectivos y de ansiedad (Stice y Shaw, 2010; Solomi et al., 2014, todo en Unikel et al., 2017); entre ellas se encuentran: atracones, sensación de pérdida de control al comer, dietas restrictivas, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, así como ejercicio físico en exceso y conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal (Unikel, et al., 2000, en Saucedo-Molina y Unikel, 2010).

Uno de los predictores para el desarrollo de CAR es la Insatisfacción Corporal (IC), siendo el malestar que los individuos presentan ante su apariencia física, generando conductas nocivas para la salud en el intento por modificar el aspecto corporal, siendo considerada uno de los factores de mayor riesgo (Devlin y Zhu, 2001 en Castro, Franco y Peláez, 2021).

Estos son más frecuentes en adolescentes que en adultos jóvenes, debido a los cambios que ocurren tanto cognitivos, físicos y psicosociales, dado que pueden determinar la manera de actuar en diferentes contextos sociales, además que en la adolescencia la satisfacción corporal puede cobrar una gran relevancia; aunque a nivel individual se han asociado a causas multifactoriales como factores genéticos o familiares, y a que a nivel poblacional se ha vinculado con la presión socio-cultural para lograr los estándares de belleza, todavía no se conoce a ciencia cierta la etiología o mantenimientos de las CAR, aunque se ha demostrado que los hábitos alimenticios se adoptan por las prácticas alimentarias de los padres, algunas de ellas negativas, tales como el control del peso estricto, dietas restrictivas, ayunos prolongados entre otros, por lo que se ha sugerido que las prácticas parentales, las cuales son aquellas creencias, actitudes que los padres realizan con sus hijos, con la finalidad de educar, influir y orientarlos para su desarrollo emocional y social, pueden llegar a tener un efecto negativo (Villalobos, et.al., 2020; Bautista-Díaz, et.al., 2020).

Se ha encontrado una prevalencia de 6.2% de CAR en adolescentes de entre 10 y 21 años de edad en los Estados Unidos de América (se debe contemplar que en este país, la mayoría de edad se alcanza a los 21 años), además que allí se ha identificado dentro de un estudio con una muestra de 1,230 adolescentes, que el 51% de las mujeres y 34% de los hombres que participaron reportaron prácticas de CAR eran adolescentes que comprendían dichas edades (Villalobos, et.al., 2023).

Familia

La familia se define como un grupo primario de personas que cumple con funciones como protección, enseñanza, socialización, cuidado y sentido de pertenencia, así como con el desarrollo diferenciado identitario de cada uno de los individuos (Belmont, 2022).

Se ha sugerido que la familia funge como factor de protección o de riesgo para el desarrollo de los TCA, por ejemplo, según Unikel, et al. (2017) dentro de los factores de riesgo se encuentra el funcionamiento familiar disfuncional (intrusión, hostilidad, negación de necesidades de los miembros, crítica, represión, entre otros). En cambio, una buena comunicación y expresión emocional en la familia, así como una alimentación saludable, sin enfatizar demasiado el peso y el atractivo físico funcionan como factores de protección para no desarrollar CAR.

Autores como Losada y Whittingslow (2013), retoman el hecho de que un contexto familiar positivo reduce la vulnerabilidad con relación al trastorno, pues la misma familia es quien contribuye al aprendizaje de la alimentación e integración de la imagen corporal. Por el contrario se han revisado estudios que demuestran que las familias con TCA generalmente presentan mayor deterioro que aquellas controles, es decir, mayor conflicto y menor adaptabilidad, afectividad, entre otras cosas (Ruíz Martínez, et al., 2013).

Losada y Whittingslow (2013) retoman a Rodríguez (1996) y Minuchin (1992), quienes plantean que el no incluir a la familia en el plan de tratamiento cronifica el TCA y que el síntoma, es decir la problemática vista desde un enfoque sistémico familiar, es resultado de una falla en la estructura familiar, ya sea en sus roles, jerarquías, alianzas, coaliciones entre otras cosas. En esta línea, diversos estudios revisados por Cerniglia, et al.,

(2017) sugieren que estas enfermedades mentales en adolescentes se asocian, entre otras cosas, a un funcionamiento familiar desadaptativo.

En una revisión narrativa tradicional de la literatura realizada por Erriu M, et al., (2020) se encontró que la familia juega un papel principal en los TCA durante la adolescencia, así como en la asunción y el mantenimiento de conductas alimentarias disfuncionales en la adolescencia; por ejemplo, reportaron que en las familias con miembros que padecen algún TCA existen reglas de restricción de conductas, actitudes, pensamientos y sentimientos del individuo.

Igualmente y con base en diferentes estudios, Erriu M, et al., (2020) describieron que niveles bajos de cohesión familiar, adaptabilidad y comunicación, sumados a una excesiva dependencia interpersonal en la familia, así como escasa aceptación de los padres, se consideran factores de riesgo para el desarrollo de los TCA, e incluso se observó que los pacientes tienen niveles altos de insatisfacción familiar.

En este sentido se concluyó que es crucial explorar los casos de TCA en adolescentes al haber encontrado datos contundentes de cómo el funcionamiento familiar, así como la autopercepción del paciente, contribuyen al trastorno (Erriu, et al., 2020); se puede apreciar entonces cómo el nacimiento de las terapias sistémicas ayudó a entender y ampliar el panorama respecto a este grupo de psicopatologías (TCA).

Familia y TCA

Con el fin de comprender sus experiencias emocionales, Leonidas y Santos (2020) investigaron los significados emocionales atribuidos a TCA dentro de las narrativas de mujeres con estas psicopatologías.

Acorde a las entrevistas realizadas, lograron formar 5 subcategorías, las cuales fueron: 1) las circunstancias sociales previas al desarrollo del trastorno, 2) significados

relacionados con la aparición del trastorno, 3) experiencias y dificultades suscitadas por el trastorno, 4) sentimientos experimentados después del inicio del desorden alimenticios y 5) cambios esperados.

En síntesis, se presentaron en las participantes sentimientos de desesperanza, ansiedad y soledad, relacionados a una baja autoestima y aislamiento social, además problemas maritales (como una infidelidad) o un divorcio/separación, los que en consecuencia provocaron tal sufrimiento para la psique que todo se proyectó al cuerpo. Y por último se identificó a la familia como la principal fuente de apoyo, aunque fueran relaciones conflictivas generando un contexto de vulnerabilidad.

Cerniglia et al., (2017) investigaron la relación entre madres e hijas y perfiles psicológicos desadaptativos, con el fin de verificar si esto se asocia con una forma específica de algún TCA (AN, BN y TA); la muestra fue de 181 adolescentes mujeres de entre 14 y 17 años (posteriormente clasificadas en tres grupos según tuvieran AN, BN o TA) y sus padres. Los dos instrumentos empleados fueron la “Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar” (FACES IV por sus siglas en inglés) y la “Lista de Verificación de Síntomas-90 Elementos-Revisada” (SCL-90-R). El FACES IV se dirigió tanto a padres, como a adolescentes; se trata de un cuestionario de autoinforme que evalúa el funcionamiento familiar percibido, compuesto por 42 ítems en formato Likert. Se compone de seis subescalas: dos de ellas evalúan cohesión y flexibilidad dentro del funcionamiento, mientras que las otras cuatro se abocan a evaluar el nivel de rigidez, enredo, desconexión y caos (Cerniglia et al., 2017). Los puntajes altos en las primeras dos subescalas se relacionan con mayores niveles de funcionamiento familiar adaptativo, y puntuaciones altas en las últimas cuatro indican un funcionamiento familiar más problemático (Cerniglia et al., 2017). Se agregaron dos escalas más para evaluar el funcionamiento familiar: la Escala de Comunicación Familiar (FCS) para medir la comunicación en familias con los adolescentes y

la Escala de Satisfacción Familiar (FSS) para el grado de satisfacción con aspectos relacionados con la cohesión y flexibilidad familiar.

La segunda escala, el SCL-90-R, es un inventario de tipo Likert de síntomas de autoinforme para medir los síntomas psicológicos y la angustia psicológica en la última semana, dividido en nueve dimensiones: somatización (SOM), obsesivo compulsiva (OC), sensibilidad interpersonal (IS), depresión (DEP), ansiedad (ANX), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (PHOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSY) (Cerniglia et al., 2017). Sobre la calificación, se da de acuerdo a tres índices globales: Índice de gravedad global (GSI), Índice de angustia de síntomas positivos (PSDI) y el Total de síntomas positivos (PST), significando puntuaciones superiores al ≥ 1 en GSI (corte clínico), un riesgo psicopatológico (Cerniglia et al., 2017).

Los resultados obtenidos por los investigadores fueron que el grupo de pacientes con AN tienden a reportar problemas de límites interpersonales, poca tolerancia a los conflictos y bajos niveles de satisfacción general en su familia (puntajes significativamente más altos de “enredamiento” y “rigidez”; puntuaciones más bajas de “cohesión”, “caos” y calidad de la comunicación). Por su parte, los adolescentes con BN mostraron más “caos”, menos flexibilidad y “cohesión” dentro del funcionamiento familiar, incluso retomaron la idea de Vidovic et al. (2005) quienes sugieren que las familias con pacientes con BN son significativamente más disfuncionales en comparación a los que tienen AN. Finalmente, el grupo con TA puntuó más alto en “cohesión” y “flexibilidad”, y, parecido al grupo de AN, más “enredo” y pobre comunicación.

Por último, respecto al riesgo de psicopatología, el grupo de AN fue el que puntuó más alto excediendo los límites en todas las subescalas (SOM, OC, IS, DEP, ANX, HOS,

PHOB, PAS y PSY); aquellos adolescentes con BN presentan más SOM y PHOB. Así como los pacientes con TA puntuaron más alto en IS y PSY.

Por su parte, Haworth-Hoeppner (2000) realizó un estudio a través de entrevistas centradas en siete áreas: satisfacciones e insatisfacciones corporales, fuentes de identidad corporal, relaciones familiares, peso e identidad en la cultura, experiencias estresantes o traumáticas y percepciones sobre el origen de las diferencias, en dos grupos de mujeres con TCA. Así, dentro de los resultados se establecieron tres escenarios familiares relacionados a los TCA: a) un entorno familiar crítico, b) vinculados a un ambiente de control parental coercitivo, c) una relación entre padres e hijos caracterizada como carente de amor y d) un discurso principal sobre el peso, y al mismo tiempo se hizo notar que existe una diferencia cuando en un entorno familiar se combina con comentarios casuales sobre el peso (como discurso secundario), en comparación a cuando representa el discurso dominante, pues en el primero no predice el desarrollo de un TCA, y el segundo sí lo hace.

Asimismo, se destacó que el contexto es muy importante para las formas en que las familias transmiten mensajes, por ejemplo, si hablar sobre el peso de forma rutinaria se convierte en un principio organizador central dentro de la dinámica familiar (evento que denominó un encuentro dominante), predispone a los miembros a valorar la delgadez y en consecuencia, influye en la imagen que tienen de ellos mismos (Haworth-Hoeppner, 2000).

Existe un término acuñado por Evans y Moines (1995) denominado "contexto de credibilidad", mismo que remarca el valor e importancia de la delgadez para los miembros de la familia, por lo cual su búsqueda se convierte en una meta de superación personal, aún más porque se postula que la familia suele ser el grupo más influyente en el desarrollo de la autoimagen (Haworth-Hoeppner, 2000). Al mismo tiempo, dentro de la familia un discurso principal sobre el peso opera como un mecanismo "definitorio" para la construcción de la

identidad colectiva (Schwalbe y Mason-Schrock, 1996 en Haworth-Hoeppner, 2000) y en consecuencia, se adaptan actitudes e ideales con tal de pertenecer al grupo; un discurso principal sobre el peso puede conducir a consecuencias disfuncionales y aumentar el riesgo de que los miembros femeninos desarrollen una TCA (Haworth-Hoeppner, 2000).

Otra vía asociada con la aparición de un TCA sugiere una forma adicional en la que la familia media en la cultura, la cual consiste en presentar un discurso dominante sobre el peso, pero un contexto de relación amorosa entre padres e hijos, dentro de la que el control coercitivo no es demostrable, es decir, podrían surgir influencias más sutiles y menos visibles, o incluso mensajes indirectos en torno a la conexión de la cultura con la imagen corporal; en esos contextos la conversación sobre el peso llega a ser prominente, enfocándose en la dieta y, en algunos casos, incluye comentarios peyorativos sobre las personas con sobrepeso, tal como se encontró en los discursos de nuestras participantes, por lo que cobra sentido que surja una preocupación prominente por el peso, como se reporta en la literatura empleada en el artículo, de hecho por todo esto propone que los TCA se deben estudiar en términos de la interacción que se da en grupos como la familia (Haworth-Hoeppner, 2000).

Adolescencia y factores de riesgo

Los TCA en conjunto representan la tercera enfermedad incidente de larga evolución y crónica en población de adolescentes siendo AN, BN, y TCA no identificado (TANES) los tres diagnósticos psiquiátricos más comunes en mujeres jóvenes; el género femenino se considera el grupo de mayor riesgo, debido a una mayor participación de actividades de riesgo, ya sean de ocio o profesionalmente, por ejemplo, gimnastas, atletas, modelos, bailarinas, patinadoras, entre otras; esto dado que el entorno deportivo fomenta a la competencia, al sobreentrenamiento y a la restricción alimentaria, por los ideales de imagen corporal que se tiene, los cuales pueden implicar la pérdida de grasa corporal o de peso como

método para verse más delgados (Lázaro, 2020; Restrepo y Castañeda, 2020). Por otro lado, el exceso de actividad física está dentro de las actividades conductuales que realizan las personas que padecen TCA, siendo este un ejercicio problemático o impulsivo (Tabares, 2020). Adicionalmente, las mujeres que asisten a los gimnasios poseen, por lo general, el anhelo de mejorar su imagen corporal, por medio del ejercicio frecuente y la dieta, no obstante la combinación de ambos es un posible factor de aumentar el riesgo de un TCA (Smink, van Hoeken y Hoek, 2012 en Restrepo y Castañeda, 2020)

Una de las problemáticas más frecuentes dentro de estos trastornos es el retraso en la identificación temprana y diagnóstico, lo que parece llevar a una mayor morbilidad y peor pronóstico, pues es la razón de que se aplaze el tratamiento. Incluso, se estima que entre la petición de ayuda y el inicio de los síntomas transcurre alrededor de un año para la AN y cuatro años para la BN. Dentro de los factores que podrían contribuir a un mal pronóstico están un inicio de tratamiento tardío y una mayor gravedad de síntomas al momento del diagnóstico en comparación con aquellas personas que son identificadas y tratadas de manera temprana (Lázaro, 2020).

Sobre los factores de riesgo para desarrollar el trastorno, Unikel et al. (2017) revisaron a diferentes autores que los clasifican en tres: individuales, psicosociales y socioculturales. Entre los factores individuales se señala, la edad, que en este caso los adolescentes como ya se mencionó tienden a ser la población más vulnerable dados los cambios que experimentan en esta etapa (físicos, psicológicos y sociales), ser mujer, la interiorización del ideal estético de la delgadez, insatisfacción corporal, abuso sexual en la infancia, práctica crónica de dietas (específicamente aumenta riesgo de atracón) y los cambios traumáticos en la vida: pérdida de seres queridos, rompimiento de una relación importante, divorcio y/o cambios en la residencia (Unikel et al., 2017).

Con respecto a los factores psicosociales, se encuentra una baja autoestima y/o autoconcepto, características de la personalidad como obsesión, ansiedad social, dependencia excesiva y perfeccionismo, y finalmente el afecto negativo también se considera dentro de estos factores (Unikel et al., 2017).

A lo largo de la adolescencia, la figura corporal transcurre por una serie de cambios que propician una reestructuración constante de su imagen corporal, lo cual podría estar influyendo en el IC, presentando una mayor preocupación sobre la imagen corporal en la adolescencia, teniendo una mayor presencia de IC (Laporta-Herrero et al., 2016 en Castro, Franco y Peláez, 2021)

Por último, dentro de los factores de riesgo socioculturales se describe que dentro de las culturas occidentales se encuentra una mayor incidencia de estos trastornos; la presión social, entornos donde la comida es muy limitada (no está disponible para todos), funcionamiento familiar disfuncional (intrusión, hostilidad, negación de necesidades de los miembros, crítica, represión, entre otros) y por último, actividades que enfatizan el bajo peso y la figura junto con algunas disciplinas deportivas concretas, como el ballet, la gimnasia, la lucha, la natación, la equitación, entre otras, de hecho, se ha investigado de un fenómeno llamado la “triada de la mujer atleta”, refiriéndose a mujeres atletas de alto rendimiento (Unikel et al., 2017).

Problemática en México

En un artículo publicado por Villalobos, et.al. (2023), en el Instituto de Salud Pública en México, se observó un incremento en la prevalencia de CAR en adolescentes entre 10 a 19 años de edad desde el 2006, en donde señalan que en este mismo año la prevalencia era de 0.7% , en donde las mujeres presentaba un 0.9% y los hombres un 0.4%; en el 2012 se reportó un aumento del 1.3%, en el cual hubo un incremento en las mujeres del 1.9% y en los

hombres de 0.8%. Entre el 2018 y el 2019 se registró un crecimiento en la prevalencia en las mujeres del 1.9% y en los hombre disminuyó un 0.7%. Al mismo tiempo, se reportó en diferentes Estados de la República una prevalencia del 5.7% en adolescentes entre 11 y 15 años en el estado de Chihuahua, de 8.6% en hombres y mujeres en Oaxaca, el 11.4% en mujeres en Jalisco y el 17% en hombres y mujeres adolescentes en escuelas públicas en la Ciudad de México. En este mismo artículo se reportó que un 6.6% de los adolescentes en México presentan CAR, lo cual lo adjudican a cambios culturales, especialmente a la presión por el cuerpo delgado, así como a la prevalencia que se tiene en el país con el sobrepeso y la obesidad.

En otra investigación realizada por Villalobos, et.al. (2020) dentro de la población mexicana entre los años 2006-2018, se observó un aumentó en la prevalencia de CAR entre esos años, resultados que los investigadores adjudicaron a un incremento de obesidad y sobrepeso, así como a los diversos mensajes que se dan en el país sobre el control del peso. Aunado a lo anterior, dentro de los artículos revisados en este proyecto, se encontró que en varios de ellos se identificó una correlación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y las CAR; en dichas investigaciones explican que las personas con un IMC más alto tienden a presentar más CAR, que aquellos individuos con un menor IMC.

Más aún, se ha encontrado que el tipo de CAR más frecuente en los adolescentes mexicanos, especialmente en las mujeres de entre 10 y 13 años, son conductas para bajar de peso como dietas, ayunos y atracones (Franco, Díaz y Bautista, 2019).

Sánchez, Flores y Lazcano (2022), mencionan que en estudios transversales sobre la relación entre la CAR y la obesidad, hallaron una mayor prevalencia de CAR en aquellos adolescentes que presentaban sobrepeso u obesidad; asimismo, en investigaciones longitudinales, en las cuales se evaluaron conductas alimentarias saludables junto con la

actividad física, demostraron reducir la probabilidad de aumentar de peso, sin embargo, encontraron que en otros estudios una parte de los adolescentes que practican dietas, recuperan más peso del que perdían después de un tiempo y que hacer dietas sin la supervisión de un médico, realizadas durante la infancia y la adolescencia, puede predecir el aumento del peso, por lo que estos investigadores concluyen que el realizar dietas no controladas por un médico puede generar efectos negativos y contrarios a lo que se desean, ya que la restricción alimentaria desencadena una pérdida de la inhibición y un exceso en la ingesta de alimentos; también mencionan que el nivel de urbanización y/o habla de la lengua indígena, no representan un factor de riesgo para el control del peso y el desarrollo de las CAR, aunque la educación que brindan los padres, especialmente el de la madre, parece tener una asociación.

Adicionalmente, en otro estudio realizado por Castro, Franco y Pelaez (2021) en una población femenina mexicana cuya finalidad fue analizar el efecto moderador de la sintomatología ansiosa en relación con la IC y las CAR en adolescentes, utilizando los instrumentos de test de actitudes alimentarias (EAT-26 por sus siglas en inglés), Cuestionario de Insatisfacción Corporal-8D (BSQ-8D, por sus siglas en inglés) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés), se encontró una asociación más fuerte entre las CAR y la IC en adolescentes con mayores niveles de síntomas de ansiedad ($b = .51$, $p < .001$) en comparación con aquellas adolescentes que presentaron niveles más bajos de la misma ($b = .32$, $p < .001$), es decir, se demostró una correlación positiva: a mayores niveles de sintomatología ansiosa, mayores niveles de insatisfacción de la IC, y en consecuencia más CAR.

Planteamiento del problema

Las CAR son conductas y actitudes relacionadas con el deseo de obtener y mantener una figura corporal delgada, vinculadas con la aparición de los de TCA, representando un problema de salud mental porque pueden ser comórbidas con otras problemáticas como depresión, ideación suicida y consumo de sustancias (Shisslak, Crago y Estes, 1995, en Villalobos, et.al., 2020) al no poder alcanzar el ideal de belleza.

A pesar de que el desarrollo de CAR tiene diversas explicaciones, las investigaciones apuntan que la cuestión sociocultural es la más asociada debido a los estándares de belleza que se generan en el entorno. En esta línea, autores como Ruíz Martínez, et al., (2013) retoman el hecho de que un contexto familiar positivo reduce la vulnerabilidad con relación a los trastornos, y por el contrario, que un mayor deterioro en dicho contexto, como mayor conflicto y menor adaptabilidad o afectividad, son predictivas de estos.

Además los TCA, según Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer (2020), tienen la tasa más alta de mortalidad de todas las enfermedades psiquiátricas (un riesgo 6%-12% de mortalidad en comparación a la población general), además de que la adolescencia es el grupo más expuesta a la psicopatología, pues diferentes investigaciones señalan que tiende a ser la etapa más vulnerable dados los cambios físicos, psicológicos y del papel social propios de la edad (Portela de Santana, et al., 2012). En México la Secretaría de Salud reportó en el 2017 que cada año se registran cerca de 20 mil casos de anorexia y bulimia, siendo la población de entre 15 y 19 años de edad la más afectada.

A pesar de que existan investigaciones realizadas respecto al tema, se ha observado la importancia que tiene la influencia de los padres sobre el involucramiento de sus hijos en diversas conductas de riesgo en su estilo de vida (Champion, et.al., 2022) . Sin embargo, las terapias que actualmente tienen evidencia en el tratamiento de los TCA, se le brinda a la

familia una baja relevancia dentro de las intervenciones, además que aún no se ha llegado a entender del todo cómo se interiorizan los discursos sociales, mismos que podrían ser utilizados por el clínico como guía para indagar y entender de mejor manera cómo se relaciona o no la persona con ello, y por consiguiente explorar si contribuyen a generar o cronificar la sintomatología de los TCA, todo con el objetivo de una atención más completa. Al final, el discurso es la primera línea de contacto con los pacientes, por ello corresponde ampliar el entendimiento de estos fenómenos y así esto pueda mejorar, desde el primer momento de contacto, hasta la eficacia de las intervenciones con mayor evidencia.

Con base en lo revisado dentro de la literatura y los hallazgos encontrados en los mismos se llega al planteamiento de la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los discursos que se dan en la familia en la construcción de la imagen corporal y hábitos alimenticios en adolescentes con CAR?

Objetivos

General

Analizar los discursos familiares con relación a la construcción de imagen corporal y hábitos alimenticios de adolescentes de la CDMX que tienen CAR.

Específicos

- Identificar qué discursos familiares se comparten entre los adolescentes con CAR.
- Explorar cómo contribuyen los mensajes de la familia y su dinámica a las CAR.

- Elaborar una guía de entrevista que sirva de base a otros profesionales, para poder identificar o trabajar las CAR desde una perspectiva de terapia familiar, ya sea individual o grupal.

Hipótesis/Supuestos

- Los discursos familiares acerca de los hábitos alimenticios se han asumido por el adolescente como reglas de alimentación.
- La construcción de la imagen corporal de los adolescentes se ha establecido con base en los discursos familiares.
- Existen discursos específicos de la familia que el adolescente internaliza y por ende retroalimentan a sus CAR.

Definición de Categorías

A continuación se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las categorías que se utilizaron para la elaboración de la entrevista y el análisis del discurso.

Tabla 1

Definición conceptual y operacional de las categorías de la entrevista

Categorías	Definición		Instrumento
	Conceptual	Operacional	
Discurso familiar	Elaboraciones de historias que son formadas por una familia respecto a alguna experiencia, la cual se vuelve en creencia, actitudes y comportamientos relacionados con temas familiares respecto a la salud y enfermedad de los cuales llegan a ser trascendentales (Gutiérrez, Velázquez y Mendoza, 2021; Sánchez y Galera, 2004)	Se identificó mediante el discurso del participante, a través de la entrevista ante la presencia de temas de conversación establecidos por los miembros de la familia.	Entrevista semi-estructurada

Categorías	Definición		Instrumento
	Conceptual	Operacional	
Discursos sociales sobre la alimentación	Tipos de mensajes que se emiten relacionados con la imagen corporal y la alimentación Mensaje sanitario: se señalan pautas de alimentación saludable, en donde se centran en una salud óptima. Mensaje Gastronómico: enfocado en aquellos alimentos puestos de moda por los mensajes publicitarios. Mensaje estético: dirigidos a productos hipocalóricos, dietéticos o adelgazantes que responde a la demanda social por estar delgado para ser aceptados socialmente (Castillo, 2006)	Se identificó mediante el discurso del participante, a través de la entrevista ante la presencia de conversaciones en torno a la alimentación con personas externas a la familia como amigos, conocidos, medios de comunicación, así como redes sociales.	Entrevista semi-estructurada
Hábitos alimenticios	Conjunto de costumbres que están condicionadas por la manera en que las personas o grupos sociales preparan, determinan y consumen los alimentos (Gerbotto y Paturzo, 2020).	Se determinó de acuerdo a el discurso de las participantes, en donde mencionaron, la manera en que consumen sus alimentos, el tipo de comida, la frecuencia y cantidad de ella.	Entrevista semi-estructurada
Imagen corporal	Es la integración de la experiencia subjetiva, percepción y actitud sobre el cuerpo, así como de la apariencia que cada persona posee (Rodríguez, 2013 en García, Herrero y Jáuregui-Lobera, 2019).	Se estableció por medio de la entrevista realizada a las participantes, por el discurso relacionado con su propio cuerpo.	Entrevista semi-estructurada
Funcionamiento Familiar	Dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de las categorías de armonía, cohesión, rol, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad” (Gómez, et al., 2005, p.2).	Se observó a partir del discurso de las entrevistadas, sobre el nivel y la manera en que se presentaba la armonía, cohesión, roles, comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad en los miembros de la familia.	Entrevista semi-estructurada

Categorías	Definición		Instrumento
	Conceptual	Operacional	
Internalización del ideal de delgadez	“El grado en el que un individuo se involucra cognitiva y afectivamente en los ideales de atractivo socialmente definidos, y tiene comportamientos encaminados a aproximarse a este ideal (Thompson y Stice, 2001, en Saffon y Saldarriaga, 2014, p. 77).	Se delimitó por el discurso de las participantes mediante los discursos que presentó en la entrevista sobre el deseo por estar delgada y con ello acciones que vayan encaminadas a la aspiración de ser delgadas con la finalidad de conseguir los ideales de atractivo establecidos por la sociedad.	Entrevista semi-estructurada

Método

Diseño de estudio

La presente es una investigación cualitativa original; se exploraron los discursos de los participantes en entrevistas elaboradas mediante un análisis del discurso.

Participantes

Las participantes del estudio fueron adolescentes del sexo femenino (12 a 19 años de edad) residentes de la CDMX, quienes compartían las siguientes características familiares: a) las tres adolescentes tenían una convivencia constante con sus madres y abuelas maternas; b) dentro de las familias de las participantes habían enfermedades metabólicas y cardiovasculares. Para la inclusión al estudio debían obtener un puntaje mínimo de 7 , el cual indica un riesgo moderado, en el Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) y sus tutores debían estar de acuerdo en su participación, puesto que la negativa era razón suficiente para no incluir a la participante en el estudio. No se encontraron criterios para la terminación o eliminación del estudio, solamente si una de las adolescentes o su tutor ya no deseaba su participación, sería dada de baja del proyecto automáticamente y se eliminarían sus datos.

La muestra fue por conveniencia en la institución Salud Mental Para Todos (SAMET) a través del CBCAR; se aplicaron 10 cuestionarios y se reclutaron 3 participantes como se muestra en la tabla 2, debido a la poca accesibilidad que se tenía a la población y la consistencia con las características que estas participantes compartían acorde a la literatura.

Tabla 2*Participantes reclutados en SAMET*

Entrevistado	Sexo	Edad	Riesgo del CBCAR
Adolescente 1	Femenino	14 años	12: Riesgo alto
Adolescente 2	Femenino	15 años	8: Riesgo moderado
Adolescente 3	Femenino	19 años	11: Riesgo alto

Procedimiento

Para la selección de las participantes se abrió una convocatoria por medio de la institución de SAMET, la cual es una institución que ofrece servicios y atención especializada en salud mental a la comunidad; se elaboró un “flyer” que fue difundido por medio de la institución como convocatoria inicial. Acto seguido a los padres y adolescentes interesados en participar en el estudio se les otorgó un consentimiento firmado, en el cual se estipula la confidencialidad de su participación, se explican las actividades que se realizarán durante las entrevistas y su finalidad, y tras esto se inició el llenado de CBCAR, donde además se les pidieron datos como nombre, edad y número de contacto.

Después, las investigadoras se pusieron en contacto con aquellos adolescentes que cumplieron con los requisitos de inclusión por mensaje para comunicarles que eran candidatas para poder participar en la investigación.

Finalmente, las entrevistas, llevadas a cabo por las investigadoras bajo supervisión del tutor, se realizaron con cada participante por medio de la plataforma “Zoom”, con una duración aproximada de una hora y media, entre la primera y segunda semana de diciembre de 2022 para recabar información de los discursos de la familia acerca de los constructos de hábitos alimentarios e imagen corporal.

Instrumentos

Cuestionario Breve para Conductas Alimentarias de Riesgo

Para el reclutamiento de la muestra se aplicó el CBCAR que tiene como base los criterios del DSM-IV y consta de 11 reactivos dirigidos hacia la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer, conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativas en los 3 meses anteriores a la aplicación del instrumento (Unikel, Bojórquez y Carreño-García, 2004); se sugieren dos puntos de corte para establecer el grado de riesgo, en donde de 7-10 corresponde a un riesgo moderado de CAR, arriba de 10 indica un riesgo alto y por debajo de 7 es la ausencia de riesgo (Unikel, et.al., 2010).

Actualmente, esta validada en población mexicana por Unikel, Bojórquez y Carreño-García en el 2004, teniendo una buena discriminación entre población clínica y comunitaria. Por un lado, para la confiabilidad del cuestionario se utilizó un análisis de consistencia interna en donde se obtuvo una Alfa de Cronbach de 0.83, al igual que análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua el cual arrojó tres factores explicando el 67% de la varianza total de la prueba, siendo: a) atracón-purga compuestos (ítems 2, 3, 4 y 5); b) conductas compensatorias (ítems 8, 9 y 10); c) restricción conformado (ítems 1, 6 y 7) (Unikel, Bojórquez y Carreño-García, 2004; Padrós, et.al., 2022).

Y por otro lado, para la validez se consultó un análisis de correlación CBCAR con la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y una escala de ideación suicida, tanto en población clínica como comunitaria obtenido correlaciones positivas (un valor p significativo de 0.01); la prueba se compone de una escala con cuatro opciones de respuesta: a) nunca o casi nunca; b) algunas veces; c) frecuentemente (dos veces en una semana); d) muy frecuentemente (más de dos veces en una semana). Así, una mayor

puntuación en el cuestionario está asociada con una mayor cantidad de anomalías dentro de las conductas alimentarias (Unikel, Bojórquez y Carreño-García, 2004).

Entrevista Semiestructurada

En la recopilación de información se llevó a cabo una entrevista semiestructurada realizada por las investigadoras y supervisadas por el tutor, utilizando las categorías de la tabla 1; de esta forma se realizó una matriz (tabla 3) para elaborar la entrevista, tomando en cuenta cuatro factores: a) infancia; b) CAR; c) familia; y d) factores de protección/riesgo; se redactaron una serie de preguntas con la intención de reunir información relevante que estuviera vinculada con lo reportado en la literatura y las categorías propuestas, formando así la guía de entrevista semiestructurada conformada por 15 preguntas que se muestra en el anexo 3.

Tabla 3

Matriz de la construcción de la entrevista

Categoría	Infancia	CAR	Familia	Factores de protección Factores de riesgo
Discurso familiar	¿Cuáles eran los temas predominantes en tu familia durante tu niñez? ¿Había alguno relacionado a la comida? ¿Alguno que no se pudiera hablar?	¿Crees que la preocupación por el peso estaba presente en tu familia?	¿Cómo describirías la comunicación en tu familia? ¿Cuáles son los temas de los que más se habla?	¿En tu casa alguien trataba temas relacionados con el peso o la figura? ¿Qué se decía al respecto?
Discursos sociales	De niña, ¿qué considerabas una buena alimentación? ¿Qué comerciales de comida veías de chiquita? ¿Existían en tu entorno sociales pláticas sobre ciertos productos para bajar de peso? ¿Cuáles?	¿Llegaste a practicar alguna dieta o consejo para bajar de peso que vieras en algún medio de comunicación?	En tu familia, ¿qué dicen que es una buena alimentación? ¿Cómo se cuidaban? ¿Qué anuncios publicitarios se consumen en tu casa? (redes sociales, televisión, libros, entre otros) Según lo que se habla en tu familia, ¿cuáles son los criterios para ser aceptado por otras personas?	¿De dónde aprendiste la alimentación que tienes hoy en día? ¿Qué influyó? ¿Qué consumes en redes sociales? ¿Alguna vez estuviste en contacto con campañas de prevención para TCA? ¿Qué has escuchado de los productos para adelgazar?

Hábitos alimenticios	¿Cómo eran tus hábitos alimenticios de niña?	¿Alguna vez en tu familia se practicó algún tipo de restricción alimentaria? ¿Cuál?	¿Cómo son los hábitos alimenticios en tu familia? ¿Hay alguna enfermedad?	En tu casa, ¿cuál sería una alimentación ideal?
Imagen corporal	¿Llegaste a pensar en cómo era tu cuerpo cuando eras niña? ¿Qué tanto? ¿Por qué? De pequeña, ¿tu familia hacía comentarios sobre tu cuerpo? ¿cuáles?	¿Alguna vez has tenido una sensación de gordura? ¿Crees que algún comentario pudo influir en esto?	¿La imagen corporal y/o el peso es un tema de relevancia en tu familia? ¿Qué cosas dicen al respecto? ¿Había preocupación al respecto?	¿Cómo es la relación con tu cuerpo hoy en día? ¿Crees que algo influye en esto?
Funcionamiento familiar	¿Cómo era la relación con tu familia alrededor de la comida de pequeño? ¿La podrías describir?	¿Algún miembro de tu familia practicó alguna vez dietas restrictivas, consumo de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso o para no subir de peso, autoinducirse el vómito o conductas para bajar de peso? ¿Quién(s) y cuál(s)?	¿Cómo describirías qué es la expresión de emociones en tu familia y la confianza?	¿En tu familia se acostumbra a hablar con confianza? ¿o dirías que hay algunos temas de los que no se puede hablar? ¿Tu familia definirías es armoniosa?
Ideal de delgadez	¿De pequeña llegaste a escuchar comentarios sobre estar delgado?	¿Has oído o piensas que el ser delgado tiene beneficios? ¿Cuáles? ¿Qué tanto te has esforzado por estar delgado, aunque te implique mucha energía y tiempo de tu vida? ¿Qué crees que influyó en esto?	¿El ser delgado, tiene algún significado en tu familia? ¿Cuál? ¿Se hacía referencia al peso en tu familia? (de algún miembro o persona que conocieran)	¿Qué piensas de que una persona esté delgada?

Análisis de los datos

Tras llevarse a cabo las entrevistas, junto con su transcripción, se vaciaron en el programa ATLAS.ti como apoyo para posteriormente realizar un análisis del discurso, tipo de análisis que permite entender, explorar y estudiar expresiones verbales, procesos de conocimientos, así como las prácticas discursivas del entorno social de la persona mediante su discurso durante la entrevista (Urrea et al, 2013).

El programa de ATLAS.ti se conoce por ser un “*software*” de análisis de información cualitativa que apoya al manejo de una gran cantidad de datos al mantenerlos organizados y accesibles para su recuperación, logrando una visualización más clara y concreta de los resultados (Kalpokaite, y Radivojevic, 2019; Sola, Molina y Padilla, 2020); el programa funciona como un contenedor inteligente de información, es decir, tiene por función organizar de manera sistemática y visual la información vaciada por los investigadores, tal como transcripciones de entrevistas, notas de campo u observaciones, además de codificar la información de la entrevista en redes de nudos (el programa las tipifica la información codificada como códigos), gráficas, anotaciones, entre otros, en una gran variedad de tipo de archivo, es decir, en forma de de textos, videos, audios, imágenes, fuentes procedentes de internet (como conversaciones o hilos de Twitter).

Se usa principalmente para que el investigador, con ayuda del programa en cuanto a la organización y exposición de los datos, pueda analizar la información y así establecer conexiones, relaciones, vínculos, entre otras cosas; el investigador es quien determina qué datos, como citas textuales (que el programa conceptualiza como código) aluden a qué categoría o subcategoría previamente establecida en el proceso de investigación. Así, el programa tiene la función de, una vez que el investigador ha manipulado, seleccionado y clasificado la información gracias a los algoritmos que el ATLAS.ti lanza, lo que sigue es poder obtener representaciones gráficas de las categorías o mapas conceptuales, llamadas redes (Sola, Molina y Padilla, 2020).

Las investigadoras con ayuda del programa, analizaron las respuestas de las participantes en las entrevistas transcritas, agrupándolas en cada una de las categorías, según su criterio y revisión de la literatura, para finalmente indicar al “*software*” que acomodara la información en un mapa conceptual, el cual se conoce como red de nodos, estableciendo manualmente la relación entre las categorías en cuanto a causalidad, parte de, asociación,

entre otras. En otras palabras, según lo revisado teóricamente dentro de los antecedentes y marco teórico del presente escrito, junto con las facilidades de organización que ofrece ATLAS.ti, se lograron enlazar las redes de códigos y citas de los participantes.

Resultados

A continuación se presenta la información obtenida, dividida según las seis categorías previamente mencionadas (los códigos, se presentan en las tablas 4 a 9 del anexo 2)

Discursos familiares (DF)

Durante las entrevistas se observaron contenidos similares en los discursos familiares de las participantes; el tema principal y más contundente fue el de la salud, dentro del cual las tres adolescentes compartieron que por lo menos un miembro de su familia presentaba alguna enfermedad cardiovascular o metabólica, por lo que gran parte de las narrativas giran entorno a cuidar de la salud familiar, sobre todo, en relación a la alimentación. De ahí, que el discurso de las familias predominara hacia los hábitos alimenticios y en cómo comer saludablemente. Cabe agregar que se encontraron narrativas ambiguas o poco específicas sobre la alimentación, por ejemplo, las participantes mencionaron reglas de alimentación en sus familias sobre hacer *“comidas balanceadas”* (este término lo explicaron como *“no comer mucho, ni poco”* o *“comer un poco de todo”*) lo cuales se pueden apreciar en la tabla 4 de anexo 2.

De forma más específica, dentro de los discursos de la participante 1, destaca los discursos sobre los hábitos de alimentación y el tipo de comida que se evitan o se consumen. Sobre la participante 2, resaltó, que a pesar que no se realizan comentarios sobre su cuerpo, sí existen narrativas sobre la deseabilidad de una figura delgada en su familia, y en cuanto a la participante 3, sobresalió que los discursos se ven altamente influidos por las enfermedades de su familia, reportando así una preocupación por la salud más que por el peso, *“También siento que ha influido las enfermedades en mi familia, tal vez por miedo que me de esa*

enfermedad o así.”; de igual forma señaló que existía la presencia de comentarios relacionados con la cantidad de comida, por ejemplo, *“oye, ya te estás sobrepasando”*.

Discursos sociales sobre la alimentación (HA)

En relación con los discursos sobre la alimentación, en la tabla 5 del anexo 2 se indica que el medio principal por el cual están más expuestas es por las redes sociales, en las cuales se ven influenciadas por creadores de contenido, así como dietas o rutinas de ejercicio orientadas para bajar de peso; por otro lado, ninguna de las participantes mencionó que los medios de comunicación afectara su alimentación. Asimismo, solo la participante 3 mencionó que los miembros de su familia sí se ven influenciados por los medios de comunicación, dado que en su familia sí llegan a consumir los productos anunciados en la televisión *“Como de aliméntate sanamente o máquinas de ejercicio, pero una de mis tías sí la compró, pero porque estaba en un proceso de bajar de peso”*.

En la paciente 1 se observó un afecto negativo en torno a los discursos sociales sobre la alimentación mencionando que está *“peleada en todos los sentidos con el tema, no me gusta el tema de las redes sociales de que todos tiene que ser delgado”*, además de comentar el sentirse juzgada por su familia y amigos; mientras que la paciente 2 comentó que para ella la sociedad es aquella quien le da valor a la complexión de las personas.

Al contrario, la participante 3 fue la única que aludió la presencia de otros discursos sobre la alimentación con mensajes de tipo estético y sanitarios aparte de las redes sociales *“En la escuela mis compañeros se burlan del físico de estas personas, y a mi no me gusta”*, además de reportar CAR como purgas, el consumo de laxantes y el ejercicio físico excesivo debido a ello.

Internalización del ideal de delgadez (ID)

Dentro de esta categoría se encuentran varios componentes psicológicos presentes en las participantes como pensamientos recurrentes sobre su complexión, así como la asociación positiva que se hace con el ideal de delgadez. La paciente 1 señala que la delgadez está asociado con tener una buena salud, *“por que es como cuidar tu alimentación para que tus niveles de glucosa no se alteren igual que para la hipertensión. Igual sería cuidar la alimentación para que los niveles de colesterol no se alteren”*; también refirió la presencia de comentarios positivos sobre su cuerpo, especialmente con aquellos relacionados con una complexión delgada, al igual que un conflicto ante el cambio de su cuerpo por dejar de hacer ejercicio, *“antes hacia ejercicio, mi figura era otra, o sea sí sigo siendo yo, pero mi figura cambió, es extraño”*.

En cuanto a la participante 2, presencié cómo a su mamá la insultaban por su peso, comentando que en parte de ahí vino la idea de que el ser delgada te hace más deseable socialmente; dentro de la internalización de idealización de delgadez (ID), dado que se asume que para ser más deseable se tienen que hacer cambios en el cuerpo, por ende, esto puede llevar a una alteración de la construcción de la imagen corporal, es decir, entre mejor peso tenga menos ataques tendré, a la vez reportó *“yo tengo ese pensamiento y creo que es algo tonto, pero no sé, como que siempre las personas delgadas van a ser preferidas”*; discursos similares refirió la participante 3, que en comparación a la anterior, sus respuestas indicaban CAR dentro de sus creencias, que están relacionadas a una preocupación respecto a desarrollar alguna enfermedad cardiovascular, por ejemplo, *“deberías saltar el desayuno o la comida o así, para estar más delgada, porque así va a haber aceptación y no vas a sufrir enfermedades como las que les dije antes de mi familia”*.

Imagen Corporal (IC)

En lo que respecta a la imagen corporal, en tabla 7 del anexo 2, las participantes no reportaron tener una satisfacción con su cuerpo, indicando inseguridad con ciertas partes del mismo, así como la influencia de los discursos sociales sobre el cuerpo de las participantes. Así, en la fig. 1 podemos observar que tanto los discursos sociales (DS) y discursos familiares (DF) son causas directas en la construcción de la imagen corporal (IC); otra categoría que se advierte con relación en esta es internalización del idealización de delgadez (ID), siendo la IC parte de esta última

Hábitos alimenticios (HA)

El discurso en esta categoría giraba en torno a las enfermedades cardiovasculares presentadas en los familiares, en donde se observa que los hábitos alimenticios giraban alrededor a las enfermedades y a la intención de comer de forma sana como disminuir la ingesta papas, evitar azúcares, cuidar la cantidad de sal que se pone en las alimentos entre otros, así como el aumento de la actividad física y de esta manera tener comidas más balanceadas, véase en la tabla 8 del Anexo 2; también dentro de la fig. 1 se puede apreciar que los hábitos alimenticios están siendo causados por los DS, DF y IC; por otro lado, no se observó que tenga una relación de forma directa con ID, sino que es por medio de la IC que parece haber una relación entre ambas categorías. No obstante, con la categoría de funcionamiento familiar (FF), a diferencia de las demás, esta se mostró como una categoría que forma parte de los hábitos alimenticios (HA).

Funcionamiento Familiar (FF)

Dentro de las dinámicas familiares, la paciente 1 reportó información contradictoria ya que, bien sí puede hablar abiertamente con su familia, existen ciertos temas de los cuales

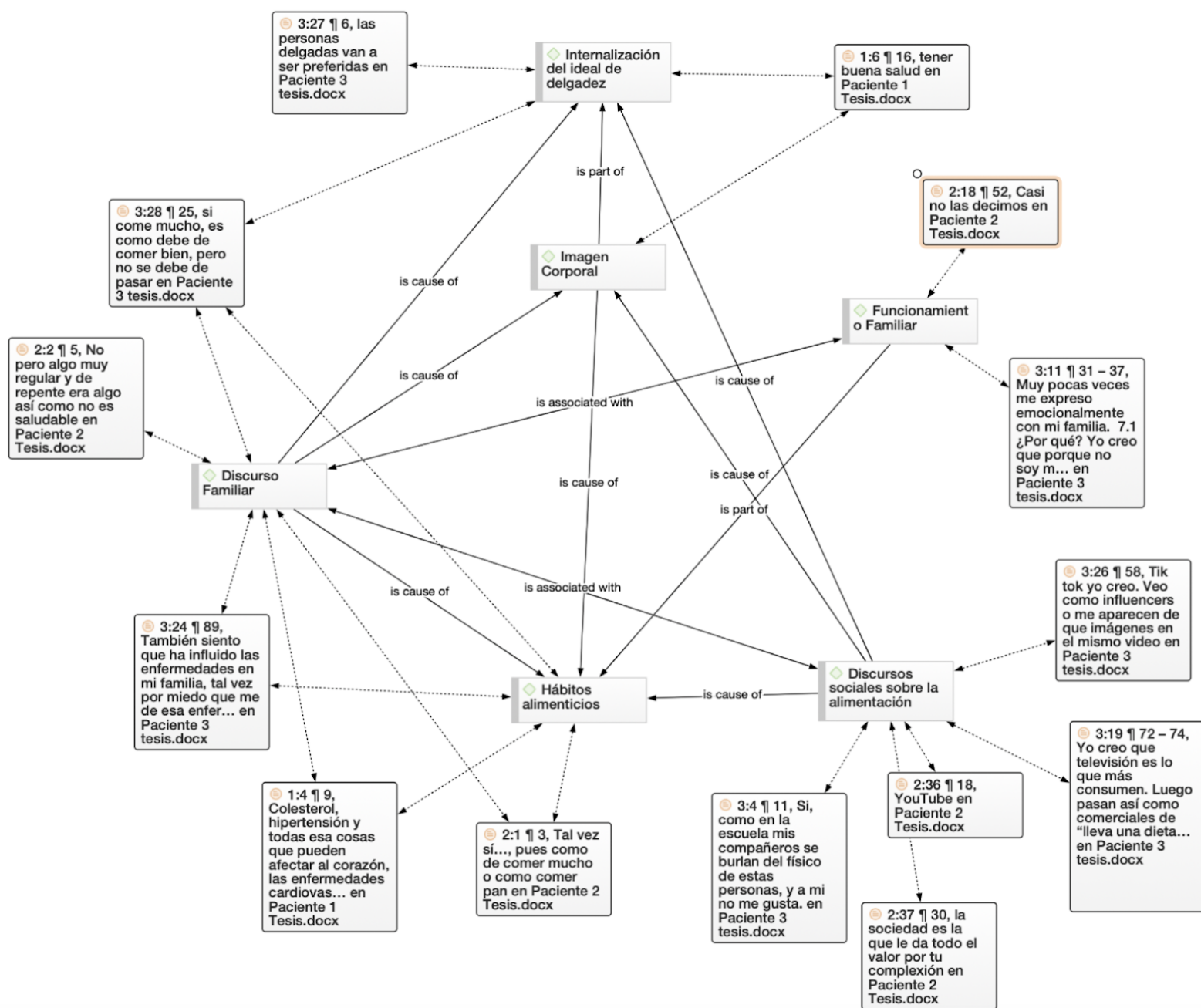
le resulta difícil abordar, afectando la forma en que se relacionan dentro de la familia, junto con percepción de problemas sobre el manejo de las emociones, no obstante, la paciente menciona que sí expresa las emociones a sus familiares, por conocimientos que tiene sobre la salud mental que a su consideración es importante, refiriendo tener más confianza con su familia nuclear.

Por el contrario, la paciente 2 reportó que casi no hay una expresión emocional dentro del contexto familiar, “*casi no las decimos*” y menciona no tenerle confianza a sus padres. Por su parte, la paciente 3 mencionó la preocupación de su madre sobre las CAR, y mencionó la falta de manejo emocional (como en la paciente 1) por parte de los miembros de la familia, especialmente el enojo, señaló que no expresa sus emociones con su familia y la presencia de poca confianza en la familia, véase en la tabla 9 del anexo 2.

A continuación se expone una red de nodos que muestra las relaciones establecidas entre las categorías con base en los códigos ingresados en el programa (citas textuales de las participantes) ATLAS.ti. En la figura 1 se representa las flechas en una sola dirección indicando causalidad e integración entre las categorías, mientras que las bidireccionales están ancladas a los códigos de la categoría e indican asociación entre las mismas, siendo los hábitos alimenticios (HA) la única categoría que no es causal de las demás. El gráfico armado por las investigadoras quiere mostrar que los HA son la consecuencia de los discursos sociales sobre la alimentación (DS), discursos familiares (DF), la imagen corporal (IC), el funcionamiento familiar (FF) y la internalización del ideal de delgadez (ID).

Figura 1

Redes de nudos de las categorías



En la Fig.1, se aprecian los siguientes hallazgos: la internalización del ideal de delgadez (ID) es causado tanto por los discursos sociales (DS), como por los discursos familiares (DF), y al mismo tiempo, la ID forma parte del la imagen corporal (IC) de las adolescentes, lo que

al final termina relacionándose e impactando en sus hábitos alimenticios (HA). De forma más específica, se observa cómo esta última categoría (los HA) están siendo afectados por las otras categorías, aunque no parece tener impacto en alguna otra, dicho de otro modo, los HA son el resultado de cómo viven las adolescentes las otras cinco categorías restantes.

Otro hallazgo importante a señalar es que, como se aprecia en la Tabla 3, todas las participantes compartían discursos en los que sus familias padecían de enfermedades cardiovasculares como diabetes e hipertensión, razón por la que deseaban tener una *“buena alimentación (...) balanceada (...) como el plato del buen comer”* (sic.), incluso comentaban la consulta de nutriólogos y médicos generales, discurso que se repite en 3 categorías, DS, IC y HA (tablas 5, 7 y 8 del anexo 2); dentro de la narrativa del ID y la IC, contiene frases como *“tener buena salud”, “cuidar la alimentación”, “hacer ejercicio”* dichas por las participantes, y contemplando el contexto en el que eligieron compartir dichos términos, los encaminaron hacia la prevención de enfermedades cardiovasculares.

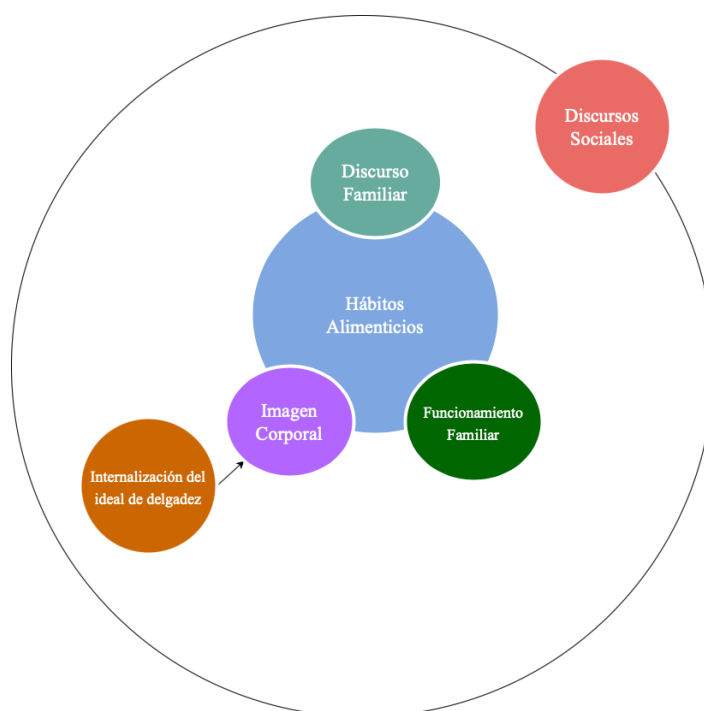
Finalmente, otro factor que influía dentro de los HA de las adolescentes (con base en sus discursos dentro de los DF, Tabla 4 en anexo 2), fue el uso de redes sociales, como *“YouTube”* y *“TikTok”*; las participantes refirieron que esas eran sus fuentes principales de acceso a información relacionada a la alimentación.

Discusión

Como se mostró en el apartado anterior las categorías se asocian y relacionan entre ellas para al final terminar impactando de forma directa e indirecta en los hábitos alimenticios (HA), tal como se muestra en la Fig 2.

Figura 2

Relación explicativa de las CAR.



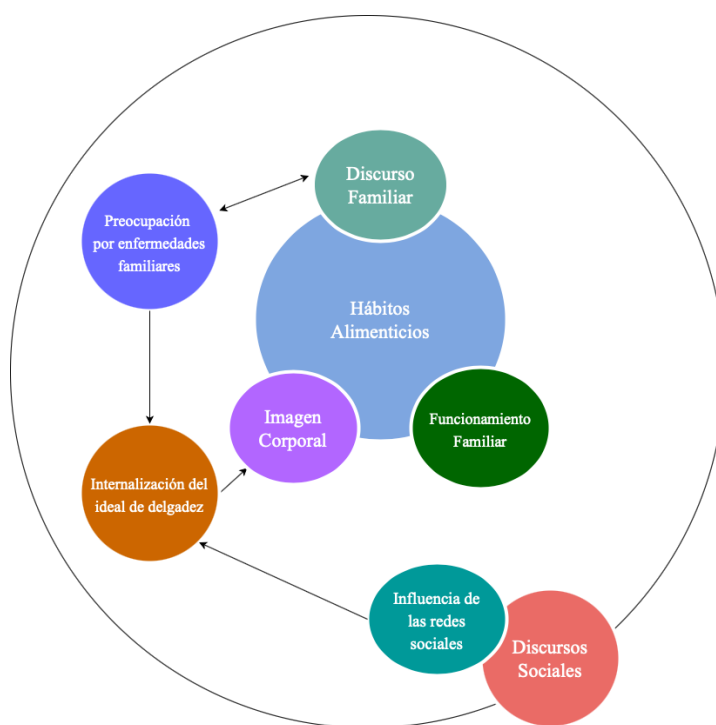
En esta figura se puede observar cómo los discursos familiares (DF), el funcionamiento familiar (FF) y la imagen corporal (IC) tienen una influencia más estrecha en la construcción de los hábitos alimenticios (HA), mientras que la idealización de la delgadez (ID) tiene un impacto más directo en cómo se va formando la IC, siendo los discursos sociales (DS) aquella categoría que está permeando en todas las demás.

Dentro de las entrevistas surgieron dos categorías que serían importantes tomar en cuenta para una futura investigación: a) “influencia de las redes sociales” referentes a aquellas como “Youtube”, “Tik-Tok”, “Facebook”, “Instagram”, pues las adolescentes

reportaron que varias de las CAR que presentaban se habían iniciado y/o retroalimentado por el contenido que consumían en redes sociales, ya sea al estar expuestas a cuerpos sumamente delgados, “perfectos”, a la moda “fit”, o bien, de ahí obtenían maneras de hacer ejercicios (seguían contenido de “Tik-Tok” y/o “Youtube” sobre ejercicios o “tips” para bajar de peso en pocos días). Por otra parte se tiene (b) “preocupación por enfermedades en la familia”, en estos casos las cardiovasculares y metabólicas como hipertensión arterial y diabetes.

Figura 3

Relación con la preocupación de enfermedades familiares e influencia de las redes sociales



Nota: En esta figura se observa la relación que pudieran tener las categorías sugeridas (preocupación de enfermedades familiares e influencia de las redes sociales) con aquellas que se investigaron para este trabajo.

Con respecto a los hallazgos encontrados dentro de la primera categoría sugerida, se observó que estos contradicen lo encontrado en la literatura, en donde se expone que las

propagandas que se realizan a lo largo del país, son posibles causa de los CAR, sin embargo, ninguna de las participantes refirió que alguno de los mensajes sobre el control del peso, establecidos por el gobierno, haya influenciado en sus hábitos alimenticios (HA) o en la imagen corporal (IC), puesto que en donde se ven más expuestas y con mayor importancia eran los mensajes de las redes sociales más que lo que se visualiza en la televisión, como así lo refiere la paciente 1 *“La verdad es que estamos aislados en ese sentido, no es como que nos pasemos todo el tiempo viendo eso”*.

Hablando sobre esta la categoría “b”, preocupación por enfermedades en la familia, a considerar en una investigación posterior, Carey (2009) expone que el discurso médico dentro de la familia puede ser un factor por el cual se desarrollan TCA; este discurso se aboca al diagnóstico de un cuerpo dentro de los esquemas de salud natural, por lo mismo, las narrativas pueden producir parámetros de cómo debe verse el cuerpo de la mujer de forma normativa, que como la autora propone, es la forma en que el cuerpo femenino se ha ido devaluando en la sociedad, pues la visión construccionista expone al mismo desde la idea de feminidad o masculinidad (el cuerpo de la mujer se ve más débil y pequeño); esto podría suponer la razón por la que el ser del género femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de las CAR, como bien se reporta en el marco teórico, y que la AN, BN, y los TANES sean los diagnósticos psiquiátricos más comunes en adolescentes con el género femenino, lo cual apuntaría a que los discursos sociales (DS) con mensajes de tipo sanitarios, emitos por parte del sector medico, estén teneniendo una influencia en los mensajes estéticos y a su vez una dentro de los discursos familiares (DF), fortaleciendo el contexto de credibilidad que poseen las familias, para el desarrollo y construcción de los hábitos alimenticios (HA) y imagen corporal (IC). Así, esto coincide con el artículo de Haworth-Hoeppner (2000), el cual menciona que el contexto juega un papel importante dentro de los DF, por lo que se puede plantear la idea que dentro de las familias en las que se

maneja un discurso dominante en relación a enfermedades relacionadas con el peso, como son la diabetes y la hipertensión en conjunto con un discurso médico en el que se haga hincapié en un discurso relacionado con el diagnóstico en el cuerpo y la influencia de las redes sociales, podría ser una de las razones por las que los DS tienen un impacto en los HA, así como de la IC, y de esta manera el porqué podría ser un mecanismo “definitorio” para generar una construcción sobre la identidad de forma colectiva, como se hace referencia en el artículo de la autora.

Lo anterior, se ha trasladado a la práctica social desde la aceptación o rechazo de ciertos discursos alrededor del cuerpo y al área de la Medicina; el artículo propone que la Medicina llega a ser limitada, ya que solo mide si una persona es peligrosamente delgada o tiene un sobrepeso peligroso, pero en la mayoría de los casos no se detiene a determinar la relación que tiene la persona con la comida y si hay una imagen corporal distorsionada (Rich 2006, en Carey, 2009). Esto acuña a un modelo médico de intervención, que como bien ya se mencionó en el marco teórico, no parece ser suficiente para tratar problemáticas tan complejas como los TCA y CAR, ya que convergen con diferentes áreas de la vida de la persona, además de que emplea un discurso negativo hacia el cuerpo de las personas.

Estos procesos tienen lugar dentro de un contexto cultural, como bien ya se mencionó previamente, y repercuten en mayor o menor medida según la cultura lo exija, la delgadez se vuelve un valor por lo que es importante resaltar que en México estamos expuestos a ciertos estándares de belleza, muchos de ellos por medio de las redes sociales, y se vuelven la principal fuente de consumo de medios por los adolescentes, estando expuestos de manera más constante y repetitiva al ideal de delgadez (ID), el cual es un sinónimo de éxito y deseabilidad en la cultura de occidente, la exposición ante estas redes sociales que están alineadas a los estándares de belleza podrían representar un factor de riesgo, siendo este ID los que constituye la imagen corporal (IC) y por ende la forma que se alimentan los

adolescentes, lo cual remarca la importancia de centrarse más en los contenidos de las redes sociales y en la influencia que estas tienen como ya se mencionó anteriormente; asimismo, estas podrían representar una ventana de oportunidad para hacer difusión de información sobre las CAR, así como brindar métodos que aporten una alimentación más saludable para inducir a mejores hábitos alimenticios (HA).

De la misma manera, Carey (2009), propuso que el control por los mensajes directos e indirectos que se mandaba hacia el cuerpo dentro de las familias, era particularmente hacia la mujer; que en algunas familias se hayan adoptado creencias de cómo debe ser una alimentación y un cuerpo desde el enfoque puramente médico saludable, sugiere al final que puede propiciar a que, en particular, las adolescentes, comiencen la práctica de CAR. Esto se puede vincular con el artículo de Jewell., et.al. (2016), mencionado en el marco teórico, pues lo que señala es que una de las características que poseen las intervenciones con mayor eficacia para los TCA, como la Terapia Basada en la Familia para la anorexia nerviosa para adolescentes, es la integración de la familia a los tratamientos, la literatura dice que en un ambiente familiar positivo se puede reducir el riesgo de padecer CAR y por consecuencia TCA, indicador de que los mensajes que se dan en la familia sobre HA y IC son importantes para la detección de CAR y al mismo tiempo para la intervención, es decir, por medio de trabajar en estas narrativas, incluyendo a la familia se podría hacer una intervención para las CAR.

En esta línea, algunos educadores de la salud han expresado preocupación ante que las adolescentes puedan entenderlo como un mandato para bajar de peso, lo que aumenta aún más las presiones para estar delgadas, lo cual entra dentro del discurso de alimentación saludable, las mujeres jóvenes aprenden sobre la importancia del seguimiento de alimentos y peso, lo que puede llevar a una preocupación de por vida por comer y tamaño corporal, un resultado que puede ir en contra de la adopción de prácticas de estilo de vida saludable

(Graber & Brooks-Gunn, 1996; Searles, Terry y Amos, 1986; Piran, 1999; Dixey, 1998, Chapman, 1999; Evans et al., 2004 en Larkin y Rice, 2005). Las adolescentes adoptan el mensaje de aprender a cuidar lo que comen para bajar de peso y encajar en los ideales del cuerpo femenino, que de hecho, se resalta el comentario de creer que está bien hacer dieta siempre y cuando no se excedan, palabra empleada por nuestras participantes varias veces en el contexto alimenticio, *“pues no mucho de todo o no sé como que no lo mismo todo el tiempo”* (sic. pac. 2), *“comer de todo, pero sin excederse, lo que cada quien necesita”* (sic. pac. 3).

Con respecto, a la categorías de la internalización del ideal de delgadez (ID) y imagen corporal (IC), es interesante como hubo poca información sobre esta última y mucha información en la primera, lo cual nos lleva a pensar que esto se debió a la relación que se presenta en ambas categorías, en donde el ID es parte de la IC, por lo que nos lleva a pensar que el ID está teniendo una influencia muy fuerte en cómo se percibe el cuerpo, basando su propia construcción de la IC en el ID que a su vez surge de los discursos que aparecen dentro de sus contextos y que estos son los más dominantes.

Finalmente las limitaciones encontradas en la investigación fueron las siguientes: (i) dos de las adolescentes presentaron cierta resistencia durante las entrevistas; esto podría explicarse porque estas dos participantes provienen de la misma familia y el tema de la alimentación como el funcionamiento familiar pueden ser temas considerados sensibles para ellas, y por ende complejo de abordar, en el cual es posiblemente que se requería del establecimiento de una alianza terapéutica más estrecha para que las participantes puedan abrirse más al respecto. Por lo que se abordaron con menos profundidad de la esperada y no se logró observar, si la disfunción familiar con ciertas características planteadas en la literatura son causas de las CAR; (ii) un sesgo importante dentro de la investigación es el

tamaño de la muestra (así como el hecho de dos de las participantes pertenecen a la misma familia) puesto que no se podría llegar a generalizar los hallazgos del trabajo, sin embargo, nos podría ayudar ampliar el panorama de los CAR y comenzar a enfocar nuestra atención en otras cuestiones como la posibilidad de buscar intervenciones más efectivas o en complementar aquellas que ya muestran evidencia para el tratamiento de estos padecimientos; (iii) por último, en este estudio faltó profundizar de forma más específica en el tipo de contenido que las participantes consumen en redes sociales y de donde provienen dichos discursos, puesto que en un artículo de revisión cualitativa, publicado por Culbert, et.al., (2015), el cual tenía como objetivo explorar la transacción entre la influencia sociocultural, psicológica y biológica desde un enfoque biopsicosocial en la evolución de los TCA, se encontró que múltiples influencias biopsicosociales están implicadas en el desarrollo de síntomas de TCA, siendo considerados factores de riesgo ya establecidos, se señala que en culturas en las que se tiene más exposición al ideal de delgadez (como lo es la cultura occidental) y ciertos rasgos de personalidad más marcados como el perfeccionismo y un afecto negativo, alcanzaron un estado de riesgo alto a comparación de aquellas que no tenían de manera tan marcada estas variables. Por lo que, sería relevante indagar de dónde provienen los contenidos que están en las redes sociales y que los jóvenes mexicanos consumen para conocer que tanto la cultura del occidente tiene una influencia en los adolescentes mexicanos, esto debido a la cercanía que se tiene con esta cultura.

Con lo ya mencionado previamente, se sugiere que las próximas líneas de investigación esten enfocadas en cómo las dinámicas familiares y sus discursos afectan en la aparición de CAR, debido a que por la muestra en esta investigación no se pueden generalizar los hallazgos, así como ejecutarlos desde enfoques terapéuticos basados en principios de construcción social, puesto que a pesar que se realizó investigación acerca del tema, la mayoría solo se ha realizado entorno a las terapias de conducta, lo cual podría llevarnos a

replantear si otro tipo de intervención podría ser más efectiva o complementarlas. Esto debido a que la mayoría de la investigación psicológica estaba basada en las terapias de conducta y existe muy poca investigación de otros enfoques terapéuticos y por tal motivo no se puede asegurar, ni negar su eficacia con algunas técnicas e intervenciones.

Conclusiones

La salud mental y física es un tópico que se presentó en todas las categorías al explorar cómo se relacionaban con las CAR, por lo que termina siendo relevante hacer campañas de información más claras acerca de hábitos alimenticios saludables, de detección de CAR para la prevención del desarrollo de los TCA, mayormente en adolescentes, y de concientización sobre lo que se consume en las redes sociales (el cual podría funcionar al mismo tiempo como un medio más eficiente para transmitir esta información), pues aunque como se dijo, ni la salud física, ni las redes sociales fueron contempladas como categorías en la construcción de la entrevista, y acabaron permeando en la investigación, o incluso, fueron de los temas que cobraron más relevancia entorno a las CAR.

Es importante que los profesionales de la salud estén atentos a los discursos de sus consultantes, esta investigación nos muestra la relevancia del discurso de las personas, desde ciertas palabras y expresiones, hasta sobre qué temas deciden hablar; si bien las CAR pueden llegar a estar normalizadas dentro de la narrativa de los pacientes complicando su identificación temprana y oportuna, este estudio propone que sí es posible hacerlo a través de ciertas preguntas, no solo en el ámbito alimenticio, sino en el familiar. Además, que se requiere de una intervención para las CAR como forma de prevención para el desarrollo de los TCA; así, en este trabajo se propone hacer más investigación con terapias que tengan como principios básicos la construcción social y observar si estas tienen eficacia en el tratamiento para las CAR.

Al final, queda evidenciado dentro de las redes de nudos presentadas en la sección de resultados, que la construcción de la imagen corporal (IC) de las adolescentes ha influido, en parte en los discursos familiares (DF) y discursos sociales (DS) así como prácticas y mensajes directos e indirectos en ellas; por otro lado, se puede observar de la relevancia que

tiene la internalización del ideal de delgadez (ID) en la IC y como éstas tienen una relación tan estrecha y además de ser influencias por las mismas categorías, éstas también resultan ser causante de los hábitos alimenticios (HA). A su vez, estos discursos fomentan la aparición de las CAR que presentaron, por lo que se remarca la importancia de que los profesionales estén atentos a los dichos mensajes, prácticas y discursos no solo de nivel individual, sino familiar, pues es un medio de prevención de un TCA, sus comorbilidades y cronificación del mismo. En este sentido la entrevista elaborada puede contribuir a dicho objetivo, pues funcionó para recabar discursos que nos acercaron a las subjetividades de las personas y la relación entre las categorías propuestas.

Referencias

- Agudelo, M. E., & Estrada, P. (2020). Terapias narrativa y colaborativa: una mirada con el lente del construccionismo social. *Revista De La Facultad De Trabajo Social*, 29(29), 15-48. Recuperado a partir de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2437>
- Ayuzo-del Valle, N. C. & Covarrubias-Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86.
- Bautista-Díaz, M. L., Castelán-Olivares, A. I., Martín-Tovar, A., Franco-Paredes, K., & Mancilla-Díaz, J. M. (2020). Conductas alimentarias de riesgo, percepción de prácticas parentales y conducta asertiva en estudiantes de preparatoria. *Interacciones*, 6(3), e162.
- Belmont, N. (2022). Trastornos de la Conducta Alimentaria y familia.
- Carr, A. (1998). La terapia narrativa de Michael White. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503.
- Carey, E. (2009). Eating, food and the female body in the media and medicine: A feminist analysis of eating disorders. *Socheolas: Limerick Student Journal of Sociology*, 1(1), 31-45.
- Castillo, B.(2006). La sociedad de consumo y los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (4), 321-335.
- Castro, V. R., Franco, K ., Peláez, M. A. (2021). Influencia de la ansiedad e insatisfacción corporal sobre conductas alimentarias de riesgo en una muestra de mujeres adolescentes de México. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 9(2), 1–12. <https://doi.org/10.32457/ejpad.v9i2.1694>

- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 10, 305–312.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463>
- Cifuentes-Muñoz, A. (2023). Modernidad y psicoterapia: dos horizontes interpretativos. *Revista humanidades*, 13(1). <https://doi.org/10.15517/h.v13i1.52332>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
- Champion, K. E., Gardner, L. A., McCann, K., Hunter, E., Parmenter, B., Aitken, T., Chapman, C., Spring, B., Thornton L., Slide, T., Teesson, M., & Newton, N. C. (2022). Parent-based interventions to improve multiple lifestyle risk behaviors among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*.
- Erriu M, Cimino S & Cerniglia L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behav Sci (Basel)*10(4):71
- Estrada, J. C. J., & Casilimas, C. A. S. (2018). La psicología clínica ante el sujeto de la contemporaneidad. *Revista Psicología e Saúde*, 10(3), 45-55.
- Franco, K., Díaz, FJ., & Bautista, M.L.(2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Arch Med (Manizales)*,19(2). Doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3283.2019>
- Gaete, V., & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793.

- García, D., Herrero, G. Jáuregui-Lobera I. (2019) Trastornos de la conducta alimentaria, tipo de apego y preocupación de la imagen corporal. *Journal of negative & no positive result*, 4 (7), 704-19. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3077>
- Gerbotto, M., & Paturzo, C. L. (2020). Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical. *Diaeta*, 38(172), 26-40
- Gómez Ortiz, M. T., Torres Padilla, M. A., & Ortiz Padilla, E. (2005). Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Psicología para América Latina*, (3), 0-0.
- Gutiérrez, R., Velázquez, C.V., & Mendoza, C.M. (8 de octubre 2021). Una reflexión de la narrativa aplicada en terapia familiar. *Irradia Terapia México*. Recuperado el 19 de abril 2022 de:
<https://psicologos.mx/una-reflexion-de-la-narrativa-aplicada-en-terapia-familiar.php>
- Haworth-Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of marriage and family*, 62(1), 212-227.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: a critical review. *Family Process*, 55(3), 577-594.
- Kalpokaite, N., & Radivojevic, I. (2019). Introducción a ATLAS. ti: Herramientas para el análisis cualitativo. *International Journal Of Research & Method In Education*.
- Larkin, J., & Rice, C. (2005). Beyond “healthy eating” and “healthy weights”: Harassment and the health curriculum in middle schools. *Body Image*, 2(3), 219-232.

- Lázaro, P. R.(2020). Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 1(8), 64.e1-64.e7
- Leonidas, C., & dos Santos, M. (2017). Emotional meanings assigned to eating disorders: narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.emae>.
- Losada, A.V. & Whittingslow, M. (2013) Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Borromeo*, 4, 394-424.
- López De Martín, S. R. (2011). Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Mendoza, M. A. (2023). MODERNIDAD, POSMODERNIDAD Y TRANSMODERNIDAD. BÚSQUEDA EN TIEMPOS DE ESPERANZA . *Scientiarium*, (2). Recuperado a partir de <https://investigacionuft.net.ve/revista/index.php/scientiarium/article/view/992>
- Molinari, J. M. (2003). Psicología Clínica en la Posmodernidad: Perspectivas Desde el Construccinismo Social. *Psykhē*, 12(1). Recuperado a partir de <https://rhd.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20257>
- Padrós, F., Pintor, B.E., Martínez, M.P., & Navarro, G. (2022). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo en universitarios mexicanos. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 26(1), 83-91.
doi:<https://10.14306/renhyd.26.1.1487>

- Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. . (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria : organo oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 27(2), 391–401
- Restrepo, J., & Castañeda, T. (2020). Risk of eating disorder in Colombian women who go to the gym. *Interacciones*, 6(2), e161. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.161>
- Ruíz, A.O., González, N. I., González, S., Torres, M.A., & Vázquez, R. (2021). Más allá de la apariencia: imagen corporal asociada a las actitudes y conductas de riesgo de trastorno alimentario en adolescentes. *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México*, 10(19), 107-123.
- Ruíz, A.O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich i Segué, C., & Halley , M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45–57.
- Saffon, S. y Saldarriaga, L. (2014). La internalización de ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1),75-90.
- Sánchez, R. E., & Galera, S. A. F. (2004). Discurso de los padres sobre el uso de drogas lícitas e ilícitas percibido por estudiantes universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 406-411.
- Sánchez, L. M., Flores, G., & Lazcano, E. (2022). Porcentaje de grasa corporal en adolescentes asociado con conductas alimentarias de riesgo, hogar y sexo. *salud pública de méxico*, 62, 60-71.
- Saucedo-Molina, Teresita de Jesús, & Unikel Santoncini, Claudia. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa

corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*, 33(1), 11-19.

Secretaría de Salud. (2017). Anorexia un trastorno de conducta alimentaria. Gobierno de México. Consultado el 04 de marzo de 2022. Sitio web:
<https://www.gob.mx/salud/articulos/29920>

Sola, C. F., Molina, J. G., & Padilla, J. M. H. (2020). *ATLAS. ti para investigación cualitativa en salud* (Vol. 50). Universidad Almería.

Tabares, S. (2020). Efectos del Ejercicio Físico en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 97-113.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.358>

Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*. 14(3), 511-532.

Unikel, C., Bojórquez, I., & Carreño-García, S.(2004).Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mex.* 46(6), 509-15

Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo, T. D. J., Trujillo, E. M., García, F., & Trejo, J.(2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación clínica*, 62(5), 424-432.

Unikel, C., Díaz de León, C., & Rivera, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición. México: Universidad autónoma metropolitana.Casa abierta al tiempo.

Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J.. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería universitaria*, 10(2), 50-57.

- Villalobos, A., Unikel, C., Hernández, M.I., & Bojórquez I. (2020) Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Publica Mex*, 62,734-744. <https://doi.org/10.21149/11545>
- Villalobos, A., Bojórquez, I., Hernández, M.I., & Unikel, C. (2023). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Pública de México*, 1-6. <https://doi.org/10.21149/14800>
- Zeraoui, Z. (Ed.). (2000). *Modernidad y posmodernidad: la crisis de los paradigmas y valores* (Vol. 1212). Editorial Limusa.

Anexos

Anexo 1: Transcripción de entrevistas

Paciente 1:

1. **¿Cuáles eran los temas predominantes en tu familia durante tu niñez? ¿Había alguno relacionado a la comida? ¿Alguno que no se pudiera hablar?**

No pues de nada

- 1.1 **¿Actualmente?**

Hay mucho; a lo mejor salud

- 1.2 **¿Qué se decía respecto a la salud?**

Nada, personas de mi familia tenían que hacerse estudios porque pasaron un proceso difícil de la salud, y ya por eso, y economía

- 1.3 **¿Algún tema relacionado con la comida?**

Colesterol, hipertensión y todas esas cosas que pueden afectar al corazón, las enfermedades cardiovasculares e infección urinarias

- 1.4 **¿Alguna de estas enfermedades las posee un miembro de tu familia?**

Si

- 1.5 **¿Hay algún tema que no se pudiera hablar abiertamente en tu familia?**

Pues yo creo que sí se pueden hablar abiertamente, pero sí sería incomodo respecto a los temas de alimentación, y lo de las conductas alimentarias de riesgo

2. **¿El ser delgado, tiene algún significado en tu familia? ¿Cuál?**

Supongo que sí, como tener buena salud

- 2.1 **¿Crees que las enfermedades cardiovasculares han influido con la idea de estar delgado ? :**

Pues sí algo, porque es como cuidar tu alimentación para que tus niveles de glucosa no se alteren igual que para la hipertensión. Igual sería cuidar la alimentación para que los niveles de colesterol no se alteren

3. **¿Existían en tu entorno sociales pláticas sobre ciertos productos para bajar de peso? ¿Cuáles?**

No, ninguno

4. **¿Llegaste a practicar alguna dieta o consejo para bajar de peso que vieras en algún medio de comunicación?**

No,ninguno, solo con nutriólogos y ya

5. **Según lo que se habla en tu familia, ¿cuáles son los criterios para ser aceptado por otras personas?**

No se, la verdad estoy peleada con el tema de la aceptación, entonces no se como respondería esa pregunta. ¿ser aceptado? en la sociedad económicamente, físicamente ser atractivo, pero no sé, pero es un cliché ya. Estoy peleada en todos los sentidos con el tema, no me gusta el tema de las redes sociales de que todos tiene que ser delgados, para que sean aceptados entre comillas, porque a final de cuentas es como “ya subiste un poco de peso, ay ya bye,” o cosas así. Igual la cuestión emocional, no se como “tu no porque eres muy chillón”.

5.1 De lo que tu crees, ¿cuáles serían estos críticos?

Yo creo que no debería haber ningún criterio. No sé, todo está bien, todo está mal, el chiste es no sentirse juzgado por las otras personas de como seas. Yo me he sentido así, en mi familia y mis amigos. Mi carrera me ha hecho pensar así. y las terapias, como ya empezar a tener mi criterio propio de aceptación, no sé.

6. ¿Cómo era la relación con tu familia alrededor de la comida de pequeño? ¿La podrías describir?

No lo se, igual tratan de comer bien, pero por cuestiones emocionales, en cuanto a ansiedad o así, empiezan a comer más. lo percibo como algo neutral, no está como tan buen atracarse de comida por la ansiedad, pero es de ellos

7. ¿Cómo describirías qué es la expresión de emociones en tu familia y la confianza?

No, casi no hay.

7.1 ¿Cómo eres tú?, ¿tiendes a ser expresiva con tu familia?

Yo sí con mi familia.

7.2 ¿Podrías describir cómo es tu expresión emocional?

No se, durante esta semana sentía mucho coraje, le contaba no sé a mi papá, o a mis amigos, igual a mi mamá, igual cuando estoy feliz, pues esa no es una emoción que se pueda esconder, entonces se dan cuenta de que estoy feliz. y cuando estoy enojada, si se me nota, y si trato de decirles “oigan, estoy enojada, pero no sé por qué”. pues como ya teniendo más conocimiento de la salud mental, es necesario hacerlo.

7.3 ¿Tu sientes confianza con tu familia?

Mmm, sí, sí hay confianza en mi casa, al menos de mi parte sí. Mas con mi nucleo familiar, tanto con mis abuelos, a mis papás sí, sin problemas

7.4 ¿Cómo percibes el ambiente de confianza dentro de tu familia?

Si si hay, al menos de mi parte si hay

8. De pequeño, ¿tu familia hacían comentarios sobre tu cuerpo? ¿cuáles?

No recuerdo. Si hay personas que han hecho comentarios sobre mi cuerpo, pero siento que han sido positivos. Por ejemplo, me fui de viaje un mes y regresé y me dijeron que te ves más delgada, igual a mi hermana , le dijeron cómo “no invetes enflaquecieron”. Me sentí neutral, porque yo checaba mi peso, y me sentía igual, entonces que padre. Fue alguien de mi familia

9. ¿Cómo son los hábitos alimenticios en tu familia?

Lo intentan, la verdad, intentar comer saludable, pero hay veces que por cuestiones de salud emocional, pues si llegan a comer demás. Pasa frecuentemente.

9.1 ¿Hay alguna enfermedad?

Diabetes, abuela

10. ¿De dónde aprendiste la alimentación que tienes hoy en día? ¿Qué influyó?

Mi familia, como para empezar a comer sano y no tener enfermedades a largo plazo

10.1 ¿Crees que el hecho de que un miembro de la familia tenga una enfermedad cardiovascular haya influido en tu alimentación?

Si puede ser que las enfermedades en mi familia hayan influido mi alimentación, cómo cuidar la cuestión de la sal o las grasas por ejemplo, como no estar comiendo todos los días comida chatarra, no se comer todos los días verduras, leguminosas, carne, como siguiendo el plato del buen comer

11. ¿La imagen corporal y/o el peso es un tema de relevancia en tu familia? ¿Qué cosas dicen al respecto? ¿Había preocupación al respecto?

Si y no, a veces tienen la iniciativa de ya voy a comer mejor, nutriólogo, pero después se desalientan y lo dejan. Han ido con como 2 y 5 nutriólogos, siendo el tiempo más largo en el que acudieron 6 meses o un poco más, no lo tengo a ciencia cierta. Dejaron de ir por cuestiones de pago o porque no se les recetaron medicina y ya no había o porque simplemente dejaban de ir

12. ¿Algún miembro de tu familia practicó alguna vez dietas restrictivas, consumo de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso o para no subir de peso, autoinducirse el vómito o conductas para bajar de peso? ¿Quién(s) y cuál(s)?

Si, yo no lo he hecho precisamente, porque yo estaba en ejercicio estaba en danza, y cuando estuvimos en pandemia no podía ir y hacía en mi casa. Ahorita no hago ejercicio, no se si cuenta estar parada todo el día.

12.1 ¿Con qué frecuencia hacías ejercicio y cuanto tiempo le dedicabas?

3 o 4 días a la semana, como 2 horas.

13. ¿Qué anuncios publicitarios se consumen en tu casa? (redes sociales, televisión, libros, entre otros)

La verdad es que estamos aislados en ese sentido, no es como que nos pasemos todo el tiempo viendo eso. Depende de cada familiar qué ve en redes sociales, pero quizá lo que más llega es 2X1

14. ¿Cómo es la relación con tu cuerpo hoy en día? ¿Crees que algo influye en esto?

Buena, no en excesos, pero sí que esté satisfecha, que no me quede con hambre

15. En tu casa, ¿cuál sería una alimentación ideal?

Crees que la imagen corporal sea importante en tu familia, además de por salud, por un tema estético

15.1 Del 0 al 10 qué número le pondrías de importancia peso y figura

8, como antes hacia ejercicio, mi figura era otros, o sea si sigo siendo yo, pero mi figura cambio, es extraño

Paciente 2:

1. ¿Cuáles eran los temas predominantes en tu familia durante tu niñez? ¿Había alguno relacionado a la comida? ¿Alguno que no se pudiera hablar?

Tal vez sí..., pues como de comer mucho o como comer pan

1.2 ¿Cómo es eso de comer pan?, ¿es bueno o malo?

No pero algo muy regular y de repente era algo así como no es saludable

1.3 ¿Algún otro tema ?

Mmm no sé la verdad no me acuerdo mucho de mi infancia

2. ¿El ser delgado, tiene algún significado en tu familia? ¿Cuál?

Mmm no

3. ¿Existían en tu entorno sociales pláticas sobre ciertos productos para bajar de

peso? ¿Cuáles?

Mmm, no me parece que no

4. ¿Llegaste a practicar alguna dieta o consejo para bajar de peso que vieras en algún medio de comunicación?

Si

4.1 ¿Cómo cuáles?

No se como cosas de YouTube

4.2 ¿Qué video veías?

De rutinas y dietas

4.3 ¿Qué pensabas o porque lo veías?

Pues no se mmm, es que no me acuerdo la verdad

4.4 ¿Hace cuanto los consumias?

Como cuando tenía 7 años

4.5 ¿Algo que te llamaba la atención?

Bajar de peso

4.6 ¿Para ti es importante bajar de peso? o ¿tener una complexión más fina?

Si

4.7 ¿Por qué?

Pues no sé, la sociedad es la que le da todo el valor por tu complexión

5. Según lo que se habla en tu familia, ¿cuáles son los criterios para ser aceptado por otras personas?

Mi familia es de mente abierta y no creo que tendrían mucho problema

5.1 ¿Cómo definirías que son de mente abierta?

Mmm, pues no sé, no es como que vayan a juzgar luego luego a la persona, simplemente vamos a conocerla, si nos cae bien que bueno, si nos cae mal que mal

6. ¿Cómo era la relación con tu familia alrededor de la comida de pequeño? ¿La podrías describir?

6.1 ¿Cómo es la relación con tu familia alrededor de la comida hoy en día?

Pues no sé, creo que ya va mejorando, porque la mayoría de mi familia está con sobrepeso, bueno no sé si la mayoría, pero mejorando entorno a la salud

6.2 ¿Qué cambió para que mejorara?

Pues no se, están intentando ser más sanos

6.3 ¿Me podrías dar algunos ejemplos?

Pues ya no comen tantas papas hace más ejercicio y eso

6.4 ¿Cuánto tiempo crees que mantuvieron el estilo de vida anterior a este?

Desde que nací

7. ¿Cómo describirías qué es la expresión de emociones en tu familia y la confianza?

¿Como?

7.1 Si, ¿Se expresan las emociones en tu familia?

No

7.2 ¿Las expresan en algún punto?

Casi no las decimos

7.3 ¿Crees que haya confianza en tu familia?

Mmmm tal vez, casi no

7.4 ¿Por qué crees esto?

Bueno, o sea supongo que sí debe de haber, pero yo no les tengo mucha confianza

7.5 ¿Por alguna relación en especial?

Mmm no sé, no me acuerdo

8. De pequeño, ¿tu familia hacían comentarios sobre tu cuerpo? ¿cuáles?

Mmmm la verdad no sé, no me acuerdo para nada de mi infancia

9. ¿Cómo son los hábitos alimenticios en tu familia? ¿Hay alguna enfermedad?

Sí, obesidad, hipertensión, diabetes mmm también mi abuela tenía Alzheimer y creo que otras pero no sé

10. ¿De dónde aprendiste la alimentación que tienes hoy en día? ¿Qué influyó?

10.1 ¿Cómo describirías tu alimentación hoy en día?

Pues regular

10.2 ¿Cómo es regular?

Consumo de todo, bueno mi alimentación está más basada en pollo más que nada

10.3 ¿Crees que tu familia influyó?

Pues no se, según yo toda mi vida he comido en base al pollo

10.4 ¿Crees que en tu familia restringen algún tipo de alimento?

No

11. ¿La imagen corporal y/o el peso es un tema de relevancia en tu familia? ¿Qué cosas dicen al respecto? ¿Había preocupación al respecto?

11.1 ¿Qué creencias crees que existen dentro de tu familia?

Mmm, no lo sé, tal vez como de que el físico no lo es todo, pero como que más abajito si les importa pero no lo demuestran.

Como decir no hay problema de que peses un poquito, si es importante por la salud, pero, como por ejemplo, mi tía si es como de que mmm pero si quisiera verme más delgada.

11.2 ¿Crees que es estético o por salud?

De los dos

11.3 ¿Cuál crees que predomine?

Estético

12. ¿Algún miembro de tu familia practicó alguna vez dietas restrictivas, consumo de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso o para no subir de peso, autoinducirse el vómito o conductas para bajar de peso? ¿Quién(s) y cuál(s)?

Creo que sí... como dietas y ejercicio

12.1 ¿Me podrías decir quien?

Mi mamá

13. ¿Qué anuncios publicitarios se consumen en tu casa? (redes sociales, televisión, libros, entre otros)

Comerciales como tal no, no es como que compren cosas que ven en la tele y así.

13.1 Cuáles serían las 3 primeras cosas que tu familia ve en medios de comunicación que adopta como ideas, creencias, no necesariamente algo material

Mmmm no creo que no, no ven ese tipo de cosas

13.2 ¿En redes sociales?

Ah sí pero no les aparecen ese tipo de cosas

13.3 ¿Qué consumen en las redes sociales?

Amm, pues mi abuelo cosas de football, de box y así. Mis papás cosas de trabajo porque tienen redes sociales para la comunicación

13.4 ¿En qué trabajan tus papás?

Son maestros de secundario y universidad me parece

14. ¿Cómo es la relación con tu cuerpo hoy en día? ¿Crees que algo influye en esto?

Pues no es que odie mi cuerpo, pero no es como que me guste del todo, entonces, pues 50/50. Creo que influye en lo como la sociedad pueda opinar sobre mi

14.1 ¿Crees que alguien de tu familia ha reforzado esa idea?

Mmmm no creo, no me acuerdo

14.2. ¿Crees que alguien más en tu familia opina como tú?

Se que mi hermana si pero de los demás no sé

14.3 ¿Qué crees que te dirían tus papás si les preguntaras al respecto?

Capaz y si

14.4 ¿Por qué lo crees?

Porque mis papás me apoyan mucho y mi mamá sabe que la sociedad no es tan de mente abierta

14.5 ¿Qué características aceptarían tus padres que son de mente abierta al contrario de aquellos que no son de mente abierta?

Pues cuál debería ser tu peso adecuado, si quieres comer, pues lo que quieras comer mmm pues muchas cosas en sí, también como tu sexualidad y cosas así

14.6 ¿Crees que siempre fue así?

Tal vez fue como creciendo

14.7 ¿Crees que algo influyó?

No sé tal vez como yo, mi mamá, mi hermana y primo

14.8 ¿Crees que a tu familia les han hecho comentarios por su peso?

Ah sí, una vez un compañero le dijo como de un insulto de mi mamá, que yo estaba chiquita

15. En tu casa, ¿cuál sería una alimentación ideal?

Mmm no se, porque siento que la alimentación a veces es cambiabile, pero balanceada, entonces no estoy segura

15.1 ¿Tu a que le llamas balanceada?

Pues no mucho de todo o no sé como que no lo mismo todo el tiempo

15.2 Del 1 al 10 cuanto a te importa tu figura

Un 8

15.3 ¿De donde crees que venga ese 8?

Mmm, los pensamientos

15.4 ¿Cómo que pensamientos?

Pues los típicos, como la figura, como la sociedad

Paciente 3 14 años

1. ¿Cuáles eran los temas predominantes en tu familia durante tu niñez? ¿Había alguno relacionado a la comida? ¿Alguno que no se pudiera hablar?

Peleas en mi casa, como de que no levantaban la ropa o cosas así. A veces sí eran de

comida, si alguien comía mucho lo observaban y le decían “oye, ya te pasaste o así”. No sé, también está el miedo a que me vean comer mucho, no me han dicho nada específicamente, no toda mi familia, sino ciertas personas, me dicen como “oye, ya te estás sobrepasando, o así”. No siento que no se pueda hablar de ningún tema.

2. ¿El ser delgado, tiene algún significado en tu familia? ¿Cuál?

Mmm no. Para mí sí, yo tengo ese pensamiento y creo que es algo tonto, pero no se, como que siempre las personas delgadas van a ser preferidas

2.1 ¿Qué crees que hayas influenciado ese pensamiento

Más parte del internet

3. ¿Existían en tu entorno sociales pláticas sobre ciertos productos para bajar de peso? ¿Cuáles?

Si, como en la escuela mis compañeros se burlan del fisico de estas personas, y a mi no me gusta.

3.1 ¿Le has dicho a alguien de tu familia de esto?

Vivo con mi mamá y abuela, pero no les digo nada porque, no sé, me da pena porque vana pensar que yo estoy mal o así

4. ¿Llegaste a practicar alguna dieta o consejo para bajar de peso que vieras en algún medio de comunicación?

Si

4.1 ¿Cómo cuáles?

Hace un tiempo me purgaba, una vez fue con laxantes y otra vez vomité. Hoy ya no lo hago; mi mamá se comenzó a dar cuenta y en el momento habló conmigo de cómo me iba a afectar a futuro.

4.2 ¿Cómo es la relación con tu mamá?

Pues buena. Cuando se enteró de mi problema de alimentación, como que intentó siempre ayudarme y ahorita estamos checando lo de una nutrióloga para que siga avanzando más.

4.3 ¿Y con tu abuela?

Es que yo siento que a mi abuela la veo más tiempo y yo siento que chocamos mucho a veces; cuando ella está enojada empieza a gritarle a todos y pues a mi no me gusta que me grite, entonces yo también le empiezo a gritar y nos peleamos demasiado. Nos peleamos por tonterías de que cuando ella está enojada o cuando yo llego de la escuela enojada y así.

5. Según lo que se habla en tu familia, ¿cuáles son los criterios para ser aceptado por otras personas?

Bueno, ellos no tiene como criterios, pero no sé o ea por ejemplo, cuando ellos ven que alguien que no se que hace ejercicio le dicen es que quieres estar muy fuerte por ejemplo, y si come mucho, es como debe de comer bien, pero no se debe de pasar, entonces no siento que ellos tengan criterios pero si ven que hacen algo es diferente a ellos, van a opinar.

6. ¿Cómo era la relación con tu familia alrededor de la comida de pequeño? ¿La podrías describir?

Era buena, o sea a los niñas no nos decían nada.

7. ¿Cómo describirías qué es la expresión de emociones en tu familia y la

confianza?

Muy pocas veces me expreso emocionalmente con mi familia.

7.1 ¿Por qué?

Yo creo que porque no soy muy expresiva

7.2 ¿Crees que tu familia es igual que tú, que no expresan las cosas, como cosas de familia?

Se podría decir que una parte de mi familia.

7.3 ¿Y en esta parte, cómo describirías la confianza dentro de tu familia?

Como media se podría decir. Es que a veces, ahí sí somos todos, a veces sabemos cómo a qué personas de la familia contarle y a las otras no. Como que dentro de la familia tenemos nuestras propias persona de confianza

8. De pequeño, ¿tu familia hacían comentarios sobre tu cuerpo? ¿cuáles?

9. ¿Cómo son los hábitos alimenticios en tu familia? ¿Hay alguna enfermedad?

Lo que más se consume es carne y arroz, pero no tiene uno en específico, se come de todo. La rutina es como que despiertas y desayunas, ya te pones a hacer otras cosas, y como a las 3 de la tarde vamos a comer todos juntos y ya después de que pasó la comida y el desayuno, como a las 8 nos sentamos a comer otra vez. En el desayuno es como por ejemplo, se podría decir como que mi mamá, mi abuela y yo y mis tíos ya comen con su familia. Esto es porque varios de ellos trabajan.

Sobre las enfermedades, casi todos mi tíos ya mayores son diabéticos y mi abuela también

9.1 ¿Cómo se ha comportado tu familia alrededor de estas enfermedades, qué se dice?

Bueno, los que sufren de ella, como abuela o mi tío, siempre están yendo al doctor, y su alimentación ellos si la cuidan más, pero no por su físico, si no por su diabetes.

9.2 ¿Y cómo esto ha influido en la alimentación que llevan en tu casa?

Pues no sé, creo que ha influido en que varios de ellos sí tienen una enfermedad cardíaca o así, y me da miedo tenerla un poco.

9.3 ¿Y hablando de las enfermedades, crees que sabiendo que existen en tu familia han hecho algo para prevenirlas?

Mi mamá no tanto, pero yo sí., por ejemplo evitar el azúcar o así. Y como les decía que llegué a tomar laxantes, pero ya fue hace tiempo.

9.4 ¿Has llegado a hacer ejercicio extremo por ello?

Sí, de hecho cuando se empezó a poner de moda lo de las redes sociales y así, decidí meterme al gimnasio. Voy de lunes a viernes, y hago como 2 horas de pierna y 1 de brazos

10. ¿De dónde aprendiste la alimentación que tienes hoy en día? ¿Qué influyó?

Yo creo que parte de las páginas de internet, yo creo que de ahí saqué esa idea

10.1 ¿Cómo qué paginas?

Instagram y Tik.tok se podría decir

10.2 ¿Y la página que más ha influido? ¿Qué contenido ves en esa?

Tik tok yo creo. Veo como influencers o me aparecen de que imágenes en el mismo video

10.3 ¿Desde cuándo lo empezaste a ver?

Desde la pandemia se puso de moda eso. Antes de la pandemia no tenía celular, veía más como tele o caricaturas. Pero la tele no influyó en mis hábitos alimenticios.

- 11. ¿La imagen corporal y/o el peso es un tema de relevancia en tu familia? ¿Qué cosas dicen al respecto? ¿Había preocupación al respecto?**

No.

11.1 ¿Cuando se llega a tocar ese tema, qué se dice al respecto, como de la salud física por ejemplo, qué piensan?

Ah bueno, es que ellos dicen que sí está bien cuidarse, pero no que dejes de comer, y que está bien que comas sano, pero tampoco es de excederse

11.2 ¿Lo dicen como si hubiera una preocupación al respecto o cómo crees que se percibe ese mensaje?

Si, como si hubiera una preocupación.

- 12. ¿Algún miembro de tu familia practicó alguna vez dietas restrictivas, consumo de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso o para no subir de peso, autoinducirse el vómito o conductas para bajar de peso? ¿Quién(s) y cuál(s)?**

- 13. ¿Qué anuncios publicitarios se consumen en tu casa? (redes sociales, televisión, libros, entre otros)**

Yo creo que televisión es lo que más consumen. Luego pasan así como comerciales de “lleva una dieta sana”. Ven más noticias o “venga la alegría”.

13.1 ¿Qué anuncios ven?

Como de alimentarte sanamente o máquinas de ejercicio, pero una de mis tías sí la compró, pero porque estaba en un proceso de bajar de peso.

- 14. ¿Cómo es la relación con tu cuerpo hoy en día? ¿Crees que algo influye en esto?**

Yo creo que es mala. Es que a veces no me gusta como me veo en mi peso o así, y me da como inseguridad salir sin chamarra o ponerme short o así.

14.1 ¿Te ha pasado que cuando te ves en el espejo hay pensamientos rondando por tu cabeza? ¿Cómo cuáles son?

Si, como deberías saltar el desayuno o la comida o así, para estar más delgada, porque así va a haber aceptación y no vas a sufrir enfermedades como las que les dije antes de mi familia (diabetes).

- 15. En tu casa, ¿cuál sería una alimentación ideal?**

Comer de todo, pero sin excederse, lo que cada quien necesita.

15.1 ¿Y dado que has repetido varias veces lo de excederse, qué pasa si una persona se excede en tu casa, qué le dicen?

Yo creo que así como de, “oye, párale, te va a hacer daño o más al rato no vas a poder hacer ejercicio”

- 16. Del 1 al 10 cuanto a te importa tu figura y tu peso**

Un 9

16.1 ¿De donde crees que venga ese 8?

Pues yo creo que en series o redes se muestran personas delgadas o así, y de que en mi escuela a veces están criticando el físico o así y creo que sí ha influido. También siento que ha influido las enfermedades en mi familia, tal vez por miedo que me de esa enfermedad o así.

16.2 ¿Cuál crees que sería la reacción de tu mamá si se enterara de ese 9, de que has hecho purgas o así?

Siento que se preocuparía. Y me gustaría que lo supiera y a la vez no, porque su preocupación es que vamos al doctor o así.

16.3 ¿En qué otras cosas llega a preocuparse?

Por ejemplo, con el miedo de que me vaya a pasar algo en la escuela, o que tengo mucho sueño o como voy a estar así.

Anexo 2: Códigos agrupados en ATLAS.ti

Tabla 4

Discursos familiares

Cita	Participante
Si puede ser que las enfermedades en mi familia hayan influido mi alimentación, cómo cuidar la cuestión de la sal o las grasas por ejemplo, como no estar comiendo todos los días comida chatarra, no se comer todos los días verduras, leguminosas, carne, como siguiendo el plato del buen comer	Paciente 1
Tal vez sí..., pues como de comer mucho o como comer pan	Paciente 2
No pero algo muy regular y de repente era algo así como no es saludable	Paciente 2
Mmm, no lo sé, tal vez como de que el físico no lo es todo, pero como que más abajito si les importa pero no lo demuestran. Como decir no hay problema de que peses un poquito, si es importante por la salud, pero, como por ejemplo, mi tía si es como de que mmm pero si quisiera verme más delgada.	Paciente 2
¿Crees que es estético o por salud? De los dos	Paciente 2
¿Cuál crees que predomine? Estético	Paciente 2
¿Me podrías decir quien? Mi mamá	Paciente 2
Peleas en mi casa, como de que no levantaban la ropa o cosas así. A veces sí eran de comida, si alguien comía mucho lo observaban y le decían “oye, ya te pasaste o así”. No sé, también está el miedo a que me vean comer mucho, no me han dicho nada específicamente, no toda mi familia, sino ciertas personas, me dicen como “oye, ya te estás sobrepasando, o así”. No siento que no se pueda hablar de ningún tema.	Paciente 3
Bueno, ellos no tienen como criterios, pero no sé o sea por ejemplo, cuando ellos ven que alguien que no se que hace ejercicio le dicen es que quieres estar muy fuerte por ejemplo, y si come mucho, es como debe de comer bien, pero no se debe de pasar, entonces no siento que ellos tengan criterios pero si ven que hacen algo es diferente a ellos, van a opinar.	Paciente 3

¿Cómo se ha comportado tu familia alrededor de estas enfermedades, qué se dice?	Paciente 3
Bueno, los que sufren de ella, como abuela o mi tío, siempre están yendo al doctor, y su alimentación ellos si la cuidan más, pero no por su físico, si no por su diabetes.	
¿Y cómo esto ha influido en la alimentación que llevan en tu casa?	Paciente 3
Pues no sé, creo que ha influido en que varios de ellos sí tienen una enfermedad cardiaca o así, y me da miedo tenerla un poco.	
¿La imagen corporal y/o el peso es un tema de relevancia en tu familia? ¿Qué cosas dicen al respecto? ¿Había preocupación al respecto?	Paciente 3
No.	
11.1 ¿Cuando se llega a tocar ese tema, qué se dice al respecto, como de la salud física por ejemplo, qué piensan?	
Ah bueno, es que ellos dicen que sí está bien cuidarse, pero no que dejes de comer, y que está bien que comas sano, pero tampoco es de excederse	
11.2 ¿Lo dicen como si hubiera una preocupación al respecto o cómo crees que se percibe ese mensaje?	
Si, como si hubiera una preocupación.	
Comer de todo, pero sin excederse, lo que cada quien necesita.	Paciente 3
15.1 ¿Y dado que has repetido varias veces lo de excederse, qué pasa si una persona se excede en tu casa, qué le dicen?	
Yo creo que así como de, “oye, párale, te va a hacer daño o más al rato no vas a poder hacer ejercicio”	
También siento que ha influido las enfermedades en mi familia, tal vez por miedo que me de esa enfermedad o así.	Paciente 3

Tabla 5*Discursos sociales sobre la alimentación*

Citas	Participante
No se, la verdad estoy peleada con el tema de la aceptación, entonces no se como respondería esa pregunta. ¿ser aceptado? en la sociedad económicamente, físicamente ser atractivo, pero no sé, pero es un cliché ya. Estoy peleada en todos los sentidos con el tema, no me gusta el tema de las redes sociales de que todos tiene que ser delgados, para que sean aceptados entre comillas, porque a final de cuentas es como “ya subiste un poco de peso, ay ya bye,” o cosas asi. Igual la cuestión emocional, no se como “tu no porque eres muy chillón”.	Paciente 1
Yo creo que no debería haber ningún criterio. No sé, todo está bien, todo está mal, el chiste es no sentirse juzgado por las otras personas de como seas. Yo me he sentido así, en mi familia y mis amigos. Mi carrera me ha hecho pensar así. y las terapias, como ya empezar a tener mi criterio propio de aceptación, no sé.	Paciente 1

Mi familia, como para empezar a comer sano y no tener enfermedades a largo plazo	Paciente 1
La verdad es que estamos aislados en ese sentido, no es como que nos pasemos todo el tiempo viendo eso. Depende de cada familiar qué ve en redes sociales, pero quizá lo que más llega es 2X1	Paciente 1
No se como cosas de YouTube	Paciente 2
De rutinas y dietas	Paciente 2
Bajar de peso	Paciente 2
Pues no sé, la sociedad es la que le da todo el valor por tu complexión	Paciente 2
Comerciales como tal no, no es como que compren cosas que ven en la tele y as	Paciente 2
Qué crees que hayas influenciado ese pensamiento	Paciente 3
Más parte del internet	
Si, como en la escuela mis compañeros se burlan del físico de estas personas, y a mi no me gusta.	Paciente 3
Si	Paciente 3
4.1 ¿Cómo cuáles?	
Hace un tiempo me purgaba, una vez fue con laxantes y otra vez vomité.	
¿Has llegado a hacer ejercicio extremo por ello?	Paciente 3
Sí, de hecho cuando se empezó a poner de moda lo de las redes sociales y así, decidí meterme al gimnasio. Voy de lunes a viernes, y hago como 2 horas de pierna y 1 de brazos	
Yo creo que parte de las páginas de internet, yo creo que de ahí saqué esa idea	Paciente 3
10.1 ¿Cómo qué paginas?	
Instagram y Tik.tok se podría decir	
10.2 ¿Y la página que más ha influido? ¿Qué contenido ves en esa?	
Tik tok yo creo. Veo como influencers o me aparecen de que imágenes en el mismo video	
10.3 ¿Desde cuándo lo empezaste a ver?	
Desde la pandemia se puso de moda eso. Antes de la pandemia no tenía celular, veía más como tele o caricaturas. Pero la tele no influyó en mis hábitos alimenticios.	
Yo creo que televisión es lo que más consumen. Luego pasan así como comerciales de “lleva una dieta sana”. Ven más noticias o “venga la alegría”.	Paciente 3
13.1 ¿Qué anuncios ven?	
Como de aliméntate sanamente o máquinas de ejercicio, pero una de mis tías sí la compró, pero porque estaba en un proceso de bajar de peso.	
En series o redes se muestran personas delgadas o así, y de que en mi escuela a veces están criticando el físico o así y creo que sí ha influido.	Paciente 3

Tabla 6*Internalización del ideal de delgadez*

Cita	Participante
Supongo que sí, como tener buena salud	Paciente 1
Pues sí algo, porque es como cuidar tu alimentación para que tus niveles de glucosa no se alteren igual que para la hipertensión. Igual sería cuidar la alimentación para que los niveles de colesterol no se alteren	Paciente 1
Tener buena salud	Paciente 1
No recuerdo. Si hay personas que han hecho comentarios sobre mi cuerpo, pero siento que han sido positivos. Por ejemplo, me fui de viaje un mes y regresé y me dijeron que te ves más delgada, igual a mi hermana , le dijeron cómo “no invetes enflaquecieron”. Me sentí neutral, porque yo checaba mi peso, y me sentía igual, entonces que padre. Fue alguien de mi familia	Paciente 1
Hacia ejercicio, mi figura era otros, o sea si sigo siendo yo, pero mi figura cambio, es extraño	Paciente 1
¿Crees que a tu familia les han hecho comentarios por su peso? Ah sí, una vez un compañero le dijo como de un insulto de mi mamá, que yo estaba chiquita	Paciente 2
Del 1 al 10 cuanto a te importa tu figura Un 8 15.3 ¿De donde crees que venga ese 8? Mmm, los pensamientos 15.4 ¿Cómo que pensamientos? Pues los típicos, como la figura, como la sociedad	Paciente 2
Yo tengo ese pensamiento y creo que es algo tonto, pero no se, como que siempre las personas delgadas van a ser preferidas	Paciente 3
¿Te ha pasado que cuando te ves en el espejo hay pensamientos rondando por tu cabeza? ¿Cómo cuáles son? Si, como deberías saltar el desayuno o la comida o así, para estar más delgada, porque así va a haber aceptación y no vas a sufrir enfermedades como las que les dije antes de mi familia (diabetes)	Paciente 3

Tabla 7*Imagen corporal*

Cita	Participante
Pues no es que odie mi cuerpo, pero no es como que me guste del todo, entonces, pues 50/50. Creo que influye en lo como la sociedad pueda opinar sobre mi	Paciente 2
Yo creo que es mala. Es que a veces no me gusta como me veo en mi peso o así, y me da como inseguridad salir sin chamarra o ponerme short o así.	Paciente 3

Tabla 8*Hábitos alimenticios*

Cita	Participante
Colesterol, hipertensión y todas esa cosas que pueden afectar al corazón, las enfermedades cardiovasculares e infección urinarias	Paciente 1
Lo intentan, la verdad, intentar comer saludable, pero hay veces que por cuestiones de salud emocional, pues si llegan a comer demás. Pasa frecuentemente.	Paciente 1
Diabetes, abuela	Paciente 1
Si, yo no lo he hecho precisamente, porque yo estaba en ejercicio estaba en danza, y cuando estuvimos en pandemia no podía ir y hacía en mi casa. Ahorita no hago ejercicio, no se si cuenta estar parada todo el día.	Paciente 1
están intentando ser más sanos	Paciente 2
Pues ya no comen tantas papas hace más ejercicio y eso	Paciente 2
Si, obesidad, hipertensión, diabetes mmm también mi abuela tenía Alzheimer y creo que otras pero no sé	Paciente 2
Consumo de todo, bueno mi alimentación está más basada en pollo más que nada	Paciente 2
Segun yo toda mi vida he comido en base al pollo	Paciente 2
siento que la alimentación a veces es cambiable, pero balanceada, entonces no estoy segura	Paciente 2
¿Tu a que le llamas balanceada?	Paciente 2
Pues no mucho de todo o no sé como que no lo mismo todo el tiempo	

Cita	Participante
Lo que más se consume es carne y arroz, pero no tiene uno en específico, se come de todo. La rutina es como que despiertas y desayunas, ya te pones a hacer otras cosas, y como a las 3 de la tarde vamos a comer todos juntos y ya después de que pasó la comida y el desayuno, como a las 8 nos sentamos a comer otra vez. En el desayuno es como por ejemplo, se podría decir como que mi mamá, mi abuela y yo y mis tíos ya comen con su familia. Esto es porque varios de ellos trabajan. Sobre las enfermedades, casi todos mi tíos ya mayores son diabéticos y mi abuela también	Paciente 3
¿Y hablando de las enfermedades, crees que sabiendo que existen en tu familia han hecho algo para prevenirlas? Mi mamá no tanto, pero yo sí., por ejemplo evitar el azúcar o así. Y como les decía que llegué a tomar laxantes, pero ya fue hace tiempo.	Paciente 3

Tabla 9

Funcionamiento familiar

Cita	Participante
Pues yo creo que sí se pueden hablar abiertamente, pero si seria incomodo respecto a los temas de alimentación, y lo de las conductas alimentarias de riesgo	Paciente 1
Cuestiones emocionales, en cuanto a ansiedad o así, empiezan a comer más. lo percibo como algo neutral, no está como tan buen atracarse de comida por la ansiedad, pero es de ellos	Paciente 1
Durante esta semana sentía mucho coraje, le contaba no sé a mi papá, o a mis amigos, igual a mi mamá, igual cuando estoy feliz, pues esa no es una emoción que se pueda esconder, entonces se dan cuenta de que estoy feliz. y cuando estoy enojada, si se me nota, y si trato de decirles “oigan, estoy enojada, pero no sé por qué”. pues como ya teniendo más conocimiento de la salud mental, es necesario hacerlo.	Paciente 1
sí, sí hay confianza en mi casa, al menos de mi parte sí. Mas con mi nucleo familiar, tanto con mis abuelos, a mis papás sí, sin problemas	Paciente 1
Casi no las decimos	Paciente 2
Mmmm tal vez, casi no	Paciente 2
Bueno, o sea supongo que sí debe de haber, pero yo no les tengo mucha confianza	Paciente 2
Pues bueno. Cuando se enteró de mi problema de alimentación, como que intentó siempre ayudarme y ahorita estamos checando lo de una nutrióloga para que siga avanzando más.	Paciente 3

Es que yo siento que a mi abuela la veo más tiempo y yo siento que chocamos mucho a veces; cuando ella está enojada empieza a gritarle a todos y pues a mi no me gusta que me grite, entonces yo también le empiezo a gritar y nos peleamos demasiado. Nos peleamos por tonterías de que cuando ella está enojada o cuando yo llego de la escuela enojada y así.	Paciente 3
Era buena, o sea a los niñas no nos decían nada.	Paciente 3
Muy pocas veces me expreso emocionalmente con mi familia.	Paciente 3
7.2 ¿Crees que tu familia es igual que tú, que no expresan las cosas, como cosas de familia?	
Se podría decir que una parte de mi familia.	
7.3 ¿Y en esta parte, cómo describirías la confianza dentro de tu familia?	
Como media se podría decir. Es que a veces, ahí sí somos todos, a veces sabemos cómo a qué personas de la familia contarle y a las otras no. Como que dentro de la familia tenemos nuestras propias persona de confianza	
¿Cuál crees que sería la reacción de tu mamá si se enterara de ese 9, de que has hecho purgas o así?	Paciente 3
Siento que se preocuparía. Y me gustaría que lo supiera y a la vez no, porque su preocupación es que vamos al doctor o así.	
16.3 ¿En qué otras cosas llega a preocuparse?	
Por ejemplo, con el miedo de que me vaya a pasar algo en la escuela, o que tengo mucho sueño o como voy a estar así.	

Anexo 3: Guía de entrevista semiestructurada

1. ¿Cuáles eran los temas predominantes en tu familia durante tu niñez? ¿Había alguno relacionado a la comida? ¿Alguno que no se pudiera hablar?
2. ¿El ser delgado, tiene algún significado en tu familia? ¿Cuál?
3. ¿Existían en tu entorno sociales pláticas sobre ciertos productos para bajar de peso? ¿Cuáles?
4. ¿Llegaste a practicar alguna dieta o consejo para bajar de peso que vieras en algún medio de comunicación?
5. Según lo que se habla en tu familia, ¿cuáles son los criterios para ser aceptado por otras personas?
6. ¿Cómo era la relación con tu familia alrededor de la comida de pequeño? ¿La podrías describir?
7. ¿Cómo describirías qué es la expresión de emociones en tu familia y la

confianza?

8. De pequeño, ¿tu familia hacían comentarios sobre tu cuerpo? ¿cuáles?
9. ¿Cómo son los hábitos alimenticios en tu familia?
10. ¿De dónde aprendiste la alimentación que tienes hoy en día? ¿Qué influyó?
11. ¿La imagen corporal y/o el peso es un tema de relevancia en tu familia? ¿Qué cosas dicen al respecto? ¿Había preocupación al respecto?
12. ¿Algún miembro de tu familia practicó alguna vez dietas restrictivas, consumo de laxantes o diuréticos, ejercicio en exceso o para no subir de peso, autoinducirse el vómito o conductas para bajar de peso? ¿Quién(s) y cuál(s)?
13. ¿Qué anuncios publicitarios se consumen en tu casa? (redes sociales,
14. ¿Cómo es la relación con tu cuerpo hoy en día? ¿Crees que algo influye en esto?
15. En tu casa, ¿cuál sería una alimentación ideal?