



## FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

### **La familia como pieza clave en el desarrollo y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria**

Autora: Nuria Belmont Puig

Directora: Elisa Hormaechea García

Madrid

2021/2022

## Contenido

Introducción .....	3
Estado de la cuestión.....	3
Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria.....	3
Diagnósticos más Frecuentes de Trastornos de Conducta Alimentaria .....	3
Índice de Mortalidad .....	5
Marco Teórico.....	6
Definición de los Trastornos de Conducta Alimentaria .....	6
Modelo Sistémico: La Función de Familia y la Importancia de Incluirla en Terapia.....	6
La Familia y el Desarrollo de Conductas Adictivas.....	7
Trastornos de Personalidad y Trastorno de Conducta Alimentaria.....	8
Metodología .....	9
Objetivos .....	9
Resultados.....	10
La Importancia de la Influencia Familiar en la Etiología de un Trastorno de Conducta Alimentaria.....	10
Factores de Riesgo y Protección en la Dinámica Familiar.....	13
Rasgos de Personalidad como Factores de Riesgo.....	15
Rasgos de Personalidad como Factores de Protección.....	17
Aspectos Clave en la Intervención de un Trastorno de Conducta Alimentaria .....	18
Conclusiones .....	21
Discusión.....	22
Aportación Personal .....	22
Propuesta de Intervención .....	22
Futuras Líneas de Investigación .....	25
Referencias Bibliográficas .....	26

## **Introducción**

La finalidad de este Trabajo de Fin de Grado es dar una mirada a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) con el foco puesto en la familia y las dinámicas que se producen de ésta para comprobar si realmente el ambiente familiar pudiese ser un factor clave en el desarrollo o prevención de un TCA. Además, al ser una enfermedad altamente mortal (Asociación TCA Aragón, 2020) existe la necesidad de intervenir adecuadamente con un modelo que resulte eficaz. Es por este motivo que el objetivo es revisar el modelo de intervención actual con el fin de realizar una propuesta de mejora para poder asegurar mejores resultados en el éxito del tratamiento.

## **Estado de la cuestión**

### **Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria**

Cabe comenzar mencionando que tanto la incidencia como la prevalencia de los Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) son de difícil estimación ya que los resultados varían en función de los métodos de evaluación y de la población objeto de estudio (Moreno et al., 2019). Sin embargo, lo que sí se sabe es que los TCA se encuentran entre las 3 enfermedades crónicas con mayor prevalencia entre los jóvenes, afectando en mayor medida a las mujeres entre los 12 y 21 años (entre 4,1% y 6,4%) que a los hombres (0,3%) (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia [SEMG], 2018). Es importante señalar que la prevalencia de los TCA en la población general occidental pueden llegar a alcanzar el 2% para Anorexia Nerviosa (AN) y entre 1- 3 % para Bulimia Nerviosa (BM) (Gutiérrez, 2015).

### **Diagnósticos más Frecuentes de Trastornos de Conducta Alimentaria**

Los TCA más frecuentes en la adolescencia son la Bulimia y la Anorexia Nerviosa y el Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado. (López & Treasure, 2011). Según Moreno et al., (2019) en España, la prevalencia para la Anorexia Nerviosa (AN) es de 0,14% al 0,9%, para la Bulimia Nerviosa (BN) de 0,41% al 2,9% y finalmente, del 2,76% al 5,3% para los Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).

Se encuentran recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) y en la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE – 10). Los TCA se encuentran en el DSM – 5 (APA, 2014) en el apartado de Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (189) y en el CIE – 10 aparecen como Trastornos de la ingestión de Alimentos (F50).

El DSM – 5 (APA, 2014) clasifica los TCA en diversas tipologías diagnósticas entre las que se diferencian un total de ocho categorías. Sin embargo, en este Trabajo de Fin de Grado se desarrollarán las categorías diagnósticas que cuentan con una mayor prevalencia dentro de los TCA.

En primer lugar, los criterios diagnósticos del DSM – 5 (APA, 2014) para la Anorexia Nerviosa (AN) son los siguientes:

El criterio A refiere que la persona se encuentre con un *peso excesivamente bajo* como producto de la restricción de la ingesta alimentaria. En segundo lugar, el criterio B expresa que debe concurrir un *miedo intenso* a subir de peso y deben existir conductas encaminadas a impedir esa ganancia de peso, aun cuando la persona se encuentre en un peso muy inferior a lo que le correspondería. Por último, el criterio C señala que debe presentarse una *alteración en la percepción* respecto a la propia figura corporal y el peso.

En segundo lugar, el DSM – 5 (APA, 2014) recoge los siguientes criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa (BN):

El criterio A hace referencia a los *episodios recurrentes de atracones* y señala que un episodio de atracón tiene que tener dos elementos. Por un lado, la ingesta de alimentos dentro de un periodo determinado debe ser superior a lo que cualquier persona podría ingerir en ese periodo de tiempo y en esas circunstancias. Por otro lado, la sensación de falta de control durante la ingesta de alimentos en ese periodo de tiempo determinado. El criterio B indica la existencia de *comportamientos compensatorios inadecuados y recurrentes* que están encaminados a evitar el incremento del peso. El criterio C menciona el *criterio temporal* y señala que tanto los atracones como los comportamientos compensatorios se deben producir al menos una vez a la semana por un periodo de 3 meses. El criterio D refiere que la *autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso corporal*. Por último, el criterio E expone que esta *alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de Anorexia Nerviosa*.

Por último, el DSM- 5 (APA, 2014) señala que la categoría residual de Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) se aplica cuando no se cumplen todos los criterios para las categorías diagnósticas que forman parte de los TCA o no existe suficiente información para poder diagnosticarlos. Sin embargo, sí que existe una predominancia de síntomas correspondientes a un TCA y además éstos causan malestar clínicamente significativo o causan un deterioro en el ámbito laboral, social u otras áreas importantes de funcionamiento.

Como se puede observar, los tres diagnósticos más comunes que forman parte del espectro de los TCA parten de una misma base ya que comparten la existencia de rasgos importantes como la existencia de distorsiones en la percepción, sobretodo la presencia de ideas sobrevaloradas entorno a la figura corporal y al peso (Seijas & Sepúlveda, 2005). Además, se observa que la presentación de los TCA tiende a ser crónica, dentro de esta cronicidad se incluyen las recuperaciones y recaídas (Seijas & Sepúlveda, 2005). Por último, los TCA pueden venir acompañados de sintomatología psiquiátrica así como de una mayor probabilidad a desarrollar graves consecuencias somáticas, lo que sería la desnutrición o trastornos del metabolismo (Seijas & Sepúlveda, 2005). Es por esto que es de suma importancia atajarlos desde un modelo que realice una intervención multifacética (Tena & De La Fuente, 2015) para que de esta manera se contemplen todas las variables involucradas.

### **Índice de Mortalidad**

Los TCA se relacionan con un alto índice de mortalidad (Asociación TCA Aragón, 2020). En comparación con la población general, las personas que presentan un TCA tienen un mayor riesgo, entre 6 – 12 veces más elevado, de sufrir una muerte temprana (Cipatli & Covarrubias - Esquer, 2019). Aproximadamente un 5% de los pacientes que sufren de AN, fallece por complicaciones propias esta enfermedad. En cambio, los pacientes con BN fallecen por suicidio más que por complicaciones como consecuencia del trastorno (Clinic Barcelona, 2019). El gran interés por detectar y prevenir los TCA a tiempo viene precisamente por el mortal riesgo que suponen. Los estudios realizados por Chesney et al., (2014) arrojaron que los trastornos mentales tienen una mayor tasa de mortalidad que cualquier otra enfermedad, siendo la AN y el abuso de sustancias los trastornos mentales que se relacionan con un mayor riesgo de muerte y además, la AN se vincula con un mayor riesgo de suicidio.

## **Marco Teórico**

### **Definición de los Trastornos de Conducta Alimentaria**

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es un aspecto prioritario en materia de políticas en el ámbito de salud pública (Penna & Garrido, 2008). Además, López & Treasure (2011) señalan que son trastornos psiquiátricos complejos que afectan en mayor medida a los adolescentes y mujeres en edades tempranas. Es por todo esto que resulta necesario poder definirlos con la mayor precisión posible.

La Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB, 2007) refiere que los TCA son trastornos psicológicos graves que se relacionan con una alteración en la conducta alimentaria y que viene acompañada de una excesiva preocupación de la figura corporal, el peso y la ingesta de alimentos. Además, cabe mencionar que los TCA también se conciben como el síntoma de diversas dificultades no resueltas por la persona que se manifiestan a través de conductas desadaptativas entorno a la ingesta de alimentos. Apoyando esta afirmación, el Instituto Centta (2017) refiere que los TCA son el reflejo de un único o múltiples problemas psicopatológicos subyacentes en la persona que manifiesta la enfermedad. Por último Avalos & Samada (2020) señalan que los TCA son enfermedades demoledoras que se producen por la interacción de diversos factores que pueden variar desde trastornos de la personalidad, trastornos emocionales, predisposición genética, disfunción familiar y por último, el hecho de vivir dentro de una cultura en la cual predominen valores como la extrema delgadez como ideal de belleza.

### **Modelo Sistémico: La Función de Familia y la Importancia de Incluirla en Terapia.**

Desde la perspectiva sistémica, la familia es vista como “un sistema autorregulado que cuenta con una jerarquía y unas reglas que van regulando las relaciones que en ésta se producen (Espinal et al., s.f.). El núcleo familiar podría ser un factor relevante para que el individuo pueda fortalecer sus habilidades de comunicación y su propia identidad. (Avalos & Samada, 2020). Tal y como mencionan Espinal et al., (s.f.) el sistema familiar es el que configura la mayor parte del sujeto desde su nacimiento. Es por esto, por lo que para esta corriente psicológica, es fundamental estudiar a la familia como un grupo con identidad y autonomía, que cuenta con su propia dinámica y que a su vez, regula sus propios procesos de transformación (Espinal et al., s.f.).

La Terapia Familiar tiene como objetivo alterar el contexto para poder generar una modificación en la posición de la persona con relación a sus propias circunstancias, esto implica un cambio en su experiencia subjetiva (Minuchin, 2013). De aquí la importancia de intervenir desde un enfoque que trabaje de manera conjunta con la familia ya que las partes en el sistema familiar están interrelacionadas y por ende se afectan mutuamente. Por esto, si se cambia una parte del sistema, se modifica el sistema familiar en su totalidad modificando así las pautas de relación establecidas y que podrían estar favoreciendo al mantenimiento del trastorno.

### **La Familia y el Desarrollo de Conductas Adictivas**

Las conductas adictivas se encuentran definidas en la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias como;

“Conduas excesivas que, sin consistir en el consumo de sustancias psicoactivas, se caracterizan por la tendencia irreprimible y continuada a la repetición de una conducta perjudicial para la persona que la presenta o también para su entorno familiar, social y laboral directo, por la incapacidad de controlarla a pesar de intentarlo y por el mantenimiento de la conducta a pesar de sus consecuencias perjudiciales” (p. 16).

Además, Echeburúa & Corral (2019) añaden que una conducta se considera adictiva o problemática cuando un comportamiento saludable alcanza niveles de frecuencia e intensidad incontrolables por la persona y, además, interfiere en los distintos ámbitos de su vida y en sus relaciones significativas.

Existe mucho debate sobre si los TCA pueden ser considerados dentro de los modelos adictivos o si por el contrario pertenecen a una categoría diferente (Soria, 2011). Sin embargo, la alta comorbilidad de los TCA, en especial de la Bulimia Nerviosa (BN) y la Anorexia Nerviosa (AN) de tipo purgativo con el abuso de sustancias hacen pensar que ambos se pueden explicar desde un enfoque adictivo (Soria, 2011). Por otro lado, ambos comparten muchos criterios diagnósticos como el escaso control de los impulsos (Domingo, 2018), la tolerancia y la dependencia, el craving<sup>1</sup>, el síndrome de abstinencia<sup>2</sup> y de forma general, el sufrimiento que termina afectando a distintas esferas de la vida de la persona (Soria, 2011). Además, ambos

---

<sup>1</sup> Deseo intenso o ansia por consumir drogas (Bobes et al., 2004).

<sup>2</sup> Conjunto de signos y síntomas que se manifiestan luego de haber reducido o cesado el consumo de una sustancia tóxica (Martínez et al., s.f.).

trastornos son sólo una pequeña parte del problema ya que detrás se encuentran dificultades en la gestión emocional, la baja tolerancia a la frustración o un grado muy elevado de insatisfacción (Atiempo Adicciones, s.f.). Por estos motivos, los TCA podrían considerarse dentro del espectro de las adicciones y ser tratados de forma similar (Soria, 2011).

Tal y como considera Alpízar (2016) la familia podría influir directamente en el desarrollo de conductas adictivas ya que es aquí donde se produce el aprendizaje de las dinámicas, los roles y donde se generan los vínculos más relevantes para el desarrollo global de cada uno de sus miembros, ya sea para debilitar o fortalecer los comportamientos que podrían resultar adictivos o volverse perjudiciales en los miembros más jóvenes del sistema familiar.

Desde el enfoque sistémico, los TCA se verían reflejados en las conductas desadaptativas con la comida y estas conductas son las que estarían cumpliendo una función dentro de la familia. Tal y como señala Tapia (2011), se ve a los TCA como una “emergencia del sistema familiar” para que su estructura sea modificada ya que son precisamente las dinámicas familiares las que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología. Además, Herrera (1997) resalta que en la familia no hay un responsable, sino que los problemas se generan por dificultades en la interacción entre los miembros. En general, se debe a lo disfuncional que puede llegar a hacer el sistema familiar. Se podría decir que la problemática surge cuando se produce un “desajuste” en la estructura familiar, esto generalmente sucede cuando alguno de los miembros deja de cubrir el rol que le corresponde (Avalos & Samada, 2020).

### **Trastornos de Personalidad y Trastorno de Conducta Alimentaria**

Al igual que la familia puede influir en el desarrollo del trastorno, los trastornos de personalidad (TP) también pueden influir en la aparición de los TCA ya que parece ser que los estilos de personalidad pueden determinar el pronóstico de los TCA (Jáuregui et al., 2009). Estos autores refieren que el porcentaje de pacientes con TCA que también presentan algún TP estaría entre un 25 y un 35 por ciento.

Los TP más frecuentes en personas con TCA, sobretodo en la BN y en la AN del subtipo purgativo, son el límite y el histriónico (Jáuregui et al., 2009; Torres et al., 2006). Asimismo, se han encontrado evidencias que por un lado, la AN purgativa y la BN se asocian los Trastornos de Personalidad (TP) del clúster B y por otro, la AN restrictiva se asocia a los TP del clúster C

(Torres et al., 2006). Gómez (2016) indica que los pacientes con AN Y BN tienen mayor tendencia a presentar una personalidad evitativa. Además, Domingo (2018) señala que los TCA podrían asociarse con un trastorno de personalidad obsesiva – compulsiva ya que estos comparten características que también se encuentran presentes en los trastornos del espectro obsesivo – compulsivo.

### **Metodología**

La recopilación de la bibliografía se realizó a través de una búsqueda sistematizada utilizando el buscador Google Académico y la base de datos Psycinfo y Psycodoc. Las palabras clave que se utilizaron fueron: “trastorno de conducta alimentaria” “familia” “tratamientos” “modelo sistémico” “rasgos de personalidad” “factores de protección” “factores de riesgo” “estadísticas”. Se combinó “trastorno de conducta alimentaria” con las demás palabras clave utilizando el término booleano “and”. Además, los filtros que se aplicaron para la búsqueda fueron los siguientes: artículos publicados hasta 2021, en inglés y español y a texto completo.

Se encontraron 90 artículos, de los cuales 75 eran útiles para esta revisión narrativa. Se citaron un total de 61 artículos en el presente Trabajo de Fin de Grado. Además de esta búsqueda computarizada, se buscaron en múltiples publicaciones elaboradas por distintas fuentes oficiales.

### **Objetivos**

1. Analizar la Influencia de la Familia en el Desarrollo de un Trastorno de Conducta Alimentaria
2. Explorar Factores de Riesgo y de Protección en la Dinámica Familiar
3. Explorar Rasgos de Personalidad como Factores de Riesgo frente a un Trastorno de Conducta Alimentaria
4. Explorar Rasgos de Personalidad como Factores de Protección frente a un Trastorno de Conducta Alimentaria
5. Explorar Aspectos Clave en el Tratamiento de un Trastorno de Conducta Alimentaria

## Resultados

### **La Importancia de la Influencia Familiar en la Etiología de un Trastorno de Conducta Alimentaria**

La familia es el pilar fundamental donde el individuo se desarrolla y recibe los valores fundamentales para poder vivir inmerso en nuestra sociedad. Ésta tiene una gran influencia e impacto emocional en la vida de sus miembros (Musitu et al., 2001). Cabe destacar que la importancia de la familia se basa en que ésta se considera como el círculo primero donde se produce la comunicación entre seres humanos (Avalos & Samada, 2020). Sería el primer grupo social de referencia que tiene el ser humano y de donde se aprenden las tareas, las funciones y los roles que posteriormente serán ampliados hacia la sociedad (Sánchez et al., 2015). Siguiendo con esta idea, Musitu et al., (2001) señalan que la función principal del sistema familiar es la de socialización de sus miembros y está se realiza a través de la educación brindada por los padres. Este sistema es el que brinda el apoyo emocional y social a sus miembros, además los ayudan a enfrentarse a las crisis que eventualmente puedan surgir (Avalos & Samada, 2020). La familia sirve como un sostén social donde se origina la psicología del individuo ya que es allí donde se construye y se afirma la identidad, se configura la personalidad y se produce la socialización de éste. Además, el sistema familiar brinda los mecanismos que serán útiles para la adaptación y por ende la integración del individuo en la sociedad (Avalos & Samada, 2020). Esta idea también fue apoyada por Minuchin (2013) ya que éste señalaba que tanto la estructura como la organización familiar son las que califican la experiencia de los miembros del sistema familiar. Éste definió a la familia como el grupo social por naturaleza que determina las respuestas de los miembros pertenecientes al sistema familiar. La familia tiene una influencia directa en el ámbito afectivo, comunicativo y conductual de sus miembros (Gómez, 2016), es por esto que el individuo se hace a través de su familia ya que ésta puede influir tanto positiva como negativamente en su desarrollo. Siguiendo con esta idea, Musitu et al., (2001) añaden que la familia contribuye al bienestar emocional y psicológico de sus miembros por medio del desarrollo de la confianza, un sentimiento de pertenencia y autoestima.

La familia debe actuar como una red de apoyo para sus integrantes y debe cubrir las diversas necesidades que tienen los miembros dentro de la misma (Herrera, 1997). Además, es la que se encarga de brindar protección psico – social y de transmitir la cultura en la que está inmersa a

todos sus integrantes (Munuera, 2020). Ésta cumple tres funciones básicas que son: la función biológica y educativa; la cultural y la espiritual; y la económica (Herrera, 1997). Por último, es uno de los sistemas que transmiten los valores socioculturales que predominan en nuestra sociedad, tales como la extrema delgadez como ideal de belleza y el culto al cuerpo (Faros San Joan de Déu, 2021).

Son tres principalmente las escuelas sistémicas que brindan una explicación sobre el funcionamiento familiar y su relación con los TCA (Espina, 1996);

En primer lugar, se encuentra el Modelo Estructural (Espina, 1996) elaborado por Salvador Minuchin. Minuchin (1974) realizó diversos estudios con el fin de identificar ciertas características en las familias de personas que padecían un TCA, a estas familias las llamó “familias psicósomáticas”. Tal y como mencionan Minuchin et al., (1978, como se citó en Gómez, 2016) estas familias presentan una serie de características que parecen influir en el desarrollo de un TCA, estas serían “el aglutinamiento, la sobreprotección de los padres, la rigidez, la falta de estrategias para la resolución de conflictos y la implicación de la hija en el conflicto parental” (p. 50). Garcés (2005) señala que el aglutinamiento hace referencia a la falta de límites claros entre los subsistemas familiares que hacen que éstos sean vulnerables de sufrir cualquier cambio que afecte a uno de éstos. Este autor refiere que en las familias donde predomina este factor se caracterizan por funcionar como un solo ente. La falta de privacidad y autonomía entre los subsistemas genera que los límites se difuminen generando una alteración tanto en las funciones como en los roles de cada miembro. Además, este autor indica que la sobreprotección de los padres genera respuestas exageradas de cuidado a los hijos y una alta evitación del conflicto. En estas familias se produce un retraso de la autonomía y el crecimiento de los hijos. Asimismo, este menciona que las familias que presentan una gran rigidez, manifiestan una gran resistencia a los cambios. Estas familias ponen por encima de todo el sentido de unidad limitando las relaciones interpersonales fuera del sistema familiar y dirigiendo la mirada a sus propias formas de interacción (Garcés, 2005). La manifestación de los primeros síntomas de un TCA pueden significar que esas pautas de interacción han dejado de ser funcionales y que se necesita de una mayor flexibilidad para modificar las pautas de comportamiento por unas más funcionales (Garcés, 2005). Por otro lado, la ausencia de herramientas para la resolución de conflictos se manifiesta cuando hay una baja capacidad para

tolerar el estrés producido por las disputas producidas entre los miembros del sistema familiar, ésta tiende a evitarlos o negar su existencia (Garcés, 2005). Finalmente, la implicación de la hija en el conflicto parental indica la función de la hija enferma dentro del sistema parental que es la de mantener la unidad en la familia (Garcés, 2008). Tal y como señala Minuchin (1990) la hija enferma cumple una doble función; por un lado, se convierte en el elemento regulador de los conflictos familiares y por otro, desvía la tensión y la sitúa en segundo plano generando que el conflicto se disipe en aras de su propio bienestar.

En segundo lugar, el Modelo Transgeneracional propone a la familia como un sistema de creencias rígidas e implícitas las cuales se transmiten a través de cada generación (Espina, 1996). Este sistema inflexible de creencias genera consecuencias negativas como dificultades en la resolución de conflictos, en la individuación y en la autonomía de los miembros del sistema familiar (Espina, 1996).

Por último, el Modelo Comunicacional sostiene que las familias con algún miembro con anorexia, tienen dificultades en la comunicación entre los miembros y los padres tienen problemas para ejercer su liderazgo y establecer los límites en el sistema parental (Espina, 1996).

Finalmente, Alpízar (2016) resalta que las familias con una ausencia de las figuras parentales, así como con una educación deficiente, ideologías poco claras, leyes permisivas, poca tolerancia a la frustración y experiencias negativas durante la infancia, son factores que pueden empujar a sus miembros al mundo de las adicciones como una forma de cubrir un vacío existencial o de llamar la atención. Estas características aluden a la imposibilidad del sistema familiar a ejercer su función más relevante, la socialización de sus miembros, la cual se transmite a través de los patrones educativos de los padres (Musitu et al., 2001). La ausencia de las figuras parentales refiere la falta de estrategias para transmitir los valores, normas y pautas de socialización a los integrantes del sistema familiar (Musitu et al., 2001). Los hijos que perciban una sensación de abandono por parte de sus padres, podrán dar inicio a la enfermedad como una forma de reclamar atención (Fernández, 2008). Además, las experiencias negativas durante la infancia como haber sido víctima de abusos psicológicos y/o físicos, pueden predisponer al desarrollo de la enfermedad así como la baja tolerancia a la frustración ya que la carencia de habilidades de afrontamiento ante hechos estresantes de la vida pueden generar conductas altamente desadaptativas (Fernández, 2008).

## **Factores de Riesgo y Protección en la Dinámica Familiar**

Tal y como señalan Sánchez et al., (2015) “ La dinámica familiar es el clima relacional que se establece entre los integrantes de las familias, es móvil y permanece en un equilibrio inestable y complejo” (p. 118). Agudelo (2005, como se citó en Sánchez et al., 2015) afirma que las dinámicas que se establecen en las familias son provenientes de situaciones psicológicas, sociales y biológicas que se encuentran presentes entre las propias relaciones y entre los miembros del sistema familiar. Estas dinámicas se rigen por roles, normas, relaciones afectivas, límites de comunicación y autoridad, las cuales son fundamentales para conseguir el desarrollo de todos sus miembros. La importancia de las dinámicas familiares viene precisamente porque juegan un papel fundamental en la aparición y en el mantenimiento de la sintomatología (Minuchin et al., 1974). Sin embargo, según Gómez (2016) no queda del todo claro si la dinámica familiar favorece al desarrollo de la enfermedad o si por el contrario, el TCA es el que contribuye en la aparición de una dinámica familiar disfuncional. Sin embargo, en este trabajo se mencionaran algunos factores, que de forma conjunta con otros elementos, podrían facilitar la aparición de un TCA.

Avalos & Samada (2020) mencionan la cohesión, flexibilidad y comunicación como piezas fundamentales para entender la composición de la dinámica familiar y cómo éstos pueden funcionar como factores de riesgo o de protección frente a los TCA. En primer lugar, estos autores refieren que la cohesión hace referencia al grado de cercanía o separación entre los miembros de un sistema familiar ya que el grado de vinculación entre los miembros de una familia tiene matices y puede variar desde la dependencia más absoluta hasta la mayor autonomía entre sus miembros. En segundo lugar, señalan que la flexibilidad es la capacidad que tiene la familia para adaptarse y encontrar nuevas formas de liderazgo. Además, mencionan que las familias tienen distintas formas de afrontar las dificultades así como distinta capacidad de adaptación ante las adversidades. Por este motivo, se encuentran mayores problemas en familias con un estilo poco flexible. Por último, indican que la comunicación es un factor de suma importancia ya que son las habilidades comunicativas efectivas que utiliza la familia para la resolución de conflictos.

Las características que se encuentran presentes en la dinámica familiar y que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar un TCA, son: la rigidez, la sobreprotección, la evitación del

conflicto, la poca capacidad en la resolución de los problemas, las dificultades en la comunicación, la dificultad para ejercer el liderazgo en el sistema parental y por último, la existencia de un sistema rígido de creencias implícitas (Avalos & Samada, 2020). Las familias disfuncionales tienen problemas con la adaptabilidad a los cambios. Esta gran resistencia al cambio se relaciona con altos índices de patología entre los miembros del sistema familiar (Avalos & Samada, 2020). Minuchin et al., (1978, como se citó en Gómez, 2016) afirman que en las familias donde surge un TCA se puede observar un patrón relacional hostil e intrusivo, en donde se niegan las necesidades afectivas de los hijos o donde hay una preocupación excesiva por la educación.

Según el estudio realizado por Avalos & Samada (2020) para medir la percepción del funcionamiento en las dinámicas familiares de pacientes con TCA arrojó que más del 50% de la muestra refirió tener un funcionamiento familiar disfuncional. Tanto los pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) como con Bulimia Nerviosa (BN) identificaron a su sistema familiar como carente de cohesión ya que había una falta de correspondencia de las necesidades de sus miembros, poca flexibilidad para poder adoptar diferentes roles y cambiar los límites y por último, manifestaba una seria dificultad en la comunicación intrafamiliar y en la expresión de las emociones. Otros estudios realizados por Haworth - Hoepfner (2000) arrojaron que los pacientes con TCA describen a su entorno familiar como crítico y con un estilo educativo inflexible y coercitivo. Además, informaron sobre altos niveles de intrusismo de los padres, actitudes de competitividad y celos hacia los hijos (Rorty et al., 2000). Siguiendo con esta idea, Tena & De la Fuente (2015) explican como la experiencias tempranas de interacción de la hija/o con su madre que se caracterizan por ser insatisfactorias e insuficientes pueden ser un factor predisponente en el desarrollo de un TCA. Todos estos factores contribuyen a que la familia no pueda servir como “sostén” emocional para sus miembros. El desajuste que se genera a partir de las dificultades en la adaptabilidad y en la comunicación, ocasiona que no se puedan utilizar mecanismos de afrontamiento que sirvan como estabilizadores para poder proteger a los miembros de la familia frente a cualquier evento estresante y así poder mantener el bienestar de todo el funcionamiento familiar (Avalos & Samada, 2020).

Sin embargo, Herrera (1997) señala 4 características que se encuentran presentes en la dinámica familiar de una familia funcional:

En primer lugar, se observa una alta integración entre los miembros de la familia, es decir, se permite el desarrollo de la autonomía e identidad de cada uno de los miembros.

En segundo lugar, el intercambio de las relaciones se rigen por unos límites claros, quiere decir que no se encuentra un exceso de autonomía pero tampoco se restringe la individualidad de cada miembro de la familia. Se promueve adecuadamente el desarrollo personal de cada persona.

En tercer lugar, se encuentra una alta flexibilidad de los roles y de las reglas para la resolución de los conflictos. Refiere que esto se traduce en que los roles asignados a cada miembros son aceptados por todos y además, son muy claros. Esta flexibilidad también se observa en la complementariedad del rol, cuando los miembros se ayudan de forma recíproca para cumplir las funciones, sin ser rígidos en el cumplimiento de las mismas.

Por último, el sistema comunicativo es claro, afectivo y coherente. Éste quiere decir que el mensaje que se da de forma verbal concuerda con el mensaje no verbal. Por último, se observa la funcionalidad del sistema cuando se adapta a los cambios, es decir, cuando los miembros del sistema familiar no tienen problema alguno en modificar toda la dinámica familiar con el fin de adaptarse mejor a la situación que se les presenta en ese momento.

### **Rasgos de Personalidad como Factores de Riesgo**

La gran mayoría de autores coincide en que la personalidad se compone por diferencias psicológicas individuales que influyen y determinan en nuestro pensamiento, emociones y comportamiento. Linares (2007) refiere que la personalidad surge de la biología y de la cultura en la que estamos inmersos. La personalidad juega un papel determinante en la aparición de una adicción ya que puede influir en la aparición, el curso y el pronóstico de la misma (González et al., 2003). Además, Jáuguero et al., (2009) añaden que cualquier alteración de personalidad puede ser un factor que predisponga al desarrollo de un TCA, que modifique su forma de expresión o que no tenga relación alguna con su aparición.

Avalos & Samada (2020) mencionan algunos rasgos de personalidad como posibles factores de riesgo<sup>3</sup> frente a los TCA; la pobre conciencia interoceptiva, el ascetismo, la impulsividad, el perfeccionismo, la baja autoestima, el miedo a la madurez, la inseguridad social y la desconfianza interpersonal. Peris (2011) define la conciencia interoceptiva, también llamada

---

<sup>3</sup>Eventos o características que empujan a una persona a tener un desequilibrio (Rutter, 1990).

conciencia corporal, como la información que proviene únicamente del interior del cuerpo. Este aspecto es sumamente importante ya que forma parte del autoconcepto y de la identidad. Además, es un componente esencial de la autoestima y de la imagen corporal (Peris, 2011). Este autor señala que mientras mayor sea la puntuación en este factor, mayor será el grado de dificultad para identificar y responder de forma adecuada a las diferentes emociones o a las sensaciones viscerales que se relacionan con la saciedad o el hambre. Las personas con TCA tienen un pobre conocimiento del funcionamiento interno de su propio cuerpo por lo que se ve alterado el desarrollo integral del propio individuo (Peris, 2011). Por otro lado, el ascetismo hace referencia a una elevada moralidad (Behar, 2012). Tal y como indica Behar (2012) este concepto se identifica a través de la presencia de sacrificios, códigos éticos, lealtad y negación de la sexualidad en las familias de pacientes con AN. Huline – Dickens (2000) señala que el ascetismo es un estilo de vida basado principalmente en la abstinencia de los placeres tanto físicos como sensoriales. La renuncia voluntaria de los placeres, desde un punto de vista religioso, tiene como finalidad liberarse de todo pecado y alcanzar la perfección (Fassino et al., 2012). Tal y como refiere Behar (2012) el ascetismo se mide a través de la predisposición a cumplir con ideales que resultan ser autoimpuestos. Dentro de estos ideales se incluyen: la negación de uno mismo y la disciplina; así como el sacrificio y el control total sobre las necesidades corporales. Este rasgo se refiere sobre todo a las personas con AN porque se asocia de manera significativa con rasgos como el perfeccionismo (Behar, 2012) ya que ambos se relacionan con elevadas expectativas respecto a uno mismo y a la vida (Bizeul et al., 2001) así como con una excesiva necesidad de control y constante sensación de ineficacia (Fernández, 2008). Sin embargo, Fernández (2008) añade dos características más que se relacionan con el perfeccionismo y con el desarrollo de la enfermedad; la falta de autonomía y las dificultades para aceptar las adversidades de la vida. En tercer lugar, la baja autoestima se manifiesta en adolescentes con dificultades para realizar una autovaloración positiva de ellos mismos (Fernández, 2008). Además, la seguridad basada en el aspecto físico pone de manifiesto la inseguridad social y la desconfianza interpersonal que podrían estar presentes en la persona (Fernández, 2008). Por último, el miedo a la madurez genera una gran dependencia ya que se observa un miedo intenso al abandono y por ende una gran necesidad de ser cuidado y aceptado por el resto (Fernández, 2008).

Cabe mencionar que el estudio realizado por Avalos & Samada (2020) para medir la prevalencia de los TCA y el funcionamiento familiar, arrojó que el 100% de la muestra femenina

presentó rasgos como obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, baja autoestima y desajuste emocional.

Gómez (2016) enfatiza en la idea de que los diferentes estudios coinciden en que las pacientes con AN presentan una personalidad rígida, detallista, meticulosa, perfeccionista, obsesiva y dependiente. Estos rasgos vienen acompañados por una necesidad de controlar el entorno, una escasa motivación e iniciativa, sentimientos de incompetencia y por último, un elevado sentido de la responsabilidad y del deber (Gómez, 2016). Por el contrario, las pacientes con BN se caracterizan por presentar una baja autoestima, una elevada impulsividad así como una mayor tendencia a la inestabilidad emocional (Jáuregui et al., 2009). Destacan que en la BN es recurrente que se produzcan conductas tales como comportamientos agresivos, tentativas suicidas, abuso de sustancias, cleptomanía, promiscuidad sexual y ludopatía (Jáuregui et al., 2009) ya que se caracteriza por el escaso autocontrol que poseen las personas que lo padecen.

### **Rasgos de Personalidad como Factores de Protección**

Fernández (2008) menciona como factor protector<sup>4</sup> a la autoestima ya que la señala como “la fuerza” contraria de los TCA y la define como el “sentimiento de valía personal” (p. 41). Moreno & Ortiz (2009) señalan que la función principal de la autoestima es brindar protección contra la exclusión social. Es por esto por lo que las personas cuidan la impresión que dan a los demás con el fin de asegurar su integración en la sociedad. Además, ésta genera confianza para poder enfrentar los retos de la vida y permite tomar consciencia sobre la dignidad y el respeto que cada uno merece solo por el hecho de ser persona (Fernández, 2008). Una buena autoestima genera un incremento de la estima así como un aumento del interés por todo lo que le rodea y por el proyecto de vida personal. Además, permite desarrollar estilos de vida saludables así como buenas relaciones con la familia y los amigos (Fernández, 2008). Finalmente, Ortuño (1978, como se citó en Martínez, 2001) indica que las personas con una alta autoestima manifiestan un elevado control de los impulsos, con mayores actos de refuerzo hacia sí mismos y hacia los otros. Además, estas personas se caracterizan por mostrar una actitud positiva hacia su cuerpo y buscar de forma permanente soluciones constructivas.

---

<sup>4</sup>Características que amortiguan, modifican, eliminan o mejoran la respuesta que puede dar un individuo frente a un posible peligro el cual puede predisponer a un desenlace disfuncional o poco adaptativo (Rutter, 1990).

Asimismo, el estudio realizado por Menezes de Lucena (2015) para detectar la relación entre los TCA y la resiliencia, arrojaron que ésta parece actuar como un factor protector frente a los trastornos mentales, en concreto de los TCA. La resiliencia permite generar respuestas adaptativas y permite que la persona sea capaz de sobreponerse a múltiples situaciones ya que cuenta con las siguientes características: capacidad de adaptación, habilidades de afrontamiento, resistencia a las situaciones vitales estresantes, baja susceptibilidad, capacidad de resistencia ante la adversidad y habilidades cognitivas que le permiten atravesar las dificultades de la vida (Menezes de Lucena, 2015). Los jóvenes con una baja resiliencia son más propensos a presentar rasgos como el perfeccionismo, desconfianza interpersonal, inseguridad y miedo a la madurez (Menezes de Lucena, 2015).

Por último, Baladía (2016) refiere que la valoración positiva y la aceptación de la propia imagen corporal actúan como factores protectores frente a los TCA ya que significa la adopción de estilos de vida a favor de la salud y demuestra el cuidado y el respeto que se tiene hacia el propio cuerpo. Además, señala que la forma en que una persona valora su cuerpo pone de manifiesto la flexibilidad psicológica que posee. Este autor menciona que esta flexibilidad permite que la persona en cuestión valore en mayor grado la funcionalidad de su cuerpo frente a su apariencia física.

### **Aspectos Clave en la Intervención de un Trastorno de Conducta Alimentaria**

Como se ha visto, para poder intervenir con mayor eficacia en los TCA hace falta incluir a la familia como pieza relevante en el tratamiento de estos trastornos (Minuchin, 1974). La familia debe poseer un sistema de comunicación eficaz, así como una buena cohesión y flexibilidad entre los miembros del sistema familiar para que pueda funcionar como factor protector frente a un TCA (Avalos & Samada, 2020). Además de la relevancia familiar, cabría destacar la importancia de trabajar con los rasgos de personalidad que pueden funcionar como factores de riesgo, como un elevado perfeccionismo, una baja autoestima, miedo a la madurez, inseguridad social y desconfianza interpersonal (Avalos & Samada, 2020). Además, cabe destacar que la percepción negativa de la imagen corporal es un factor precipitante en el desarrollo de la enfermedad (Baladía, 2016). Es por esto, que se utilizan importantes herramientas para la detección precoz de alteraciones de la percepción de la propia imagen corporal (Baladía, 2016). Asimismo, el tratamiento no sólo debe ir centrado en la familia y en los rasgos de personalidad

que resulten funcionar como factores precipitantes de la enfermedad, sino también debe ir dirigido a potenciar los factores de protección presentes en el propio paciente, como una buena autoestima (Fernández, 2008) y la capacidad para desarrollar una actitud resiliente frente a las adversidades (Menezes de Lucena, 2015).

Cabe resaltar que no existe un acuerdo sobre cuál es la terapia más eficaz para tratarlos (Tena & De la Fuente, 2015). Sin embargo, es importante mencionar que se señalan dos aspectos fundamentales que necesitan ser desarrollados por el paciente durante el tratamiento, estos son: la conciencia de enfermedad y la percepción de los costes de padecerla (Rica, s.f.). Sin estas dos bases, cualquier modelo de tratamiento podría resultar ineficaz e insuficiente. Brown & Keel (2012) también apoyan esta idea, afirmando que el reconocimiento del trastorno y la conciencia de sus consecuencias se convierten en una prioridad de la propia intervención.

El enfoque más utilizado para tratar los TCA ha sido el cognitivo conductual (Menezes de Lucena, 2015) ya que a lo largo de la historia el trabajo de la psicología clínica se ha centrado en la sintomatología negativa y en cómo modificarlas a través de este enfoque (Menezes de Lucena, 2015). Sin embargo, cada vez más, se ve la necesidad de poner el foco en el funcionamiento psíquico desde las fortalezas de la persona ya que éstas son las que generan las emociones positivas como la resiliencia (Menezes de Lucena, 2015). Haciendo referencia a la Psicología Positiva de Seligman, ésta destaca la importancia de poner la atención en las herramientas que posee la persona para poder superar ciertas experiencias negativas trabajando con emociones positivas (Menezes de Lucena, 2015).

Ya que los TCA se caracterizan por tener una “complejidad biopsicosocial” (López & Treasure, 2010, p. 91), los modelos de intervención necesitan ser multidisciplinarios, es decir, atajar la enfermedad desde varios frentes. Para poder abordarlos adecuadamente se necesita de un grupo de profesionales compuesto por un equipo médico conformado por especialistas en diferentes campos de la medicina, salud mental, y finalmente, en los casos que se requiera de hospitalización, por un equipo de enfermeras especializadas en el abordaje de los TCA (López & Treasure, 2010). Además, cada vez más, se ve la necesidad de incluir a la familia como pieza fundamental en la recuperación del paciente que sufre un TCA. Es por esto, que el tratamiento no debe incluir de forma individual al paciente, sino que debe ampliar la mirada a todo el núcleo familiar, poniendo el foco en las distintas dinámicas relacionales que se dan entre los miembros

de la familia. Desde un enfoque relacional, Alpízar (2016) señala que el origen del cambio no sólo depende del paciente identificado, sino que se trabaja desde una perspectiva colaborativa para lograr el funcionamiento adecuado de todo el sistema familiar. Éste refiere que el trabajo conjunto llevará a la comprensión de la problemática desde un aspecto relacional por medio de la configuración de todas las interacciones familiares y de la definición del rol de cada miembro dentro del sistema. Además, este autor añade que cada uno contribuirá en mejorar el entorno familiar para así producir un cambio útil y estable frente a las dinámicas dañinas que han contribuido en el desarrollo de conductas patológicas.

Según Tena & De la Fuente (2015) los objetivos terapéuticos que se suelen perseguir en el tratamiento de los TCA son los siguientes:

En primer lugar, se debe brindar información psico – educativa al paciente. Esto incluye información sobre las consecuencias asociadas a la realización de dietas, los mitos entorno a la alimentación, los posibles complicaciones médicas como resultado de la realización de conductas purgativas, la influencia de la cultura y el contexto en la imagen corporal etc. Esto se realiza ya que se considera que la falta de información incrementa los pensamientos irracionales entorno a la comida, peso y cuerpo. Frank (1992) destaca que en todo proceso psicoterapéutico el ofrecimiento de información nueva y relevante es fundamental para ampliar el aprendizaje del paciente y su conocimiento respecto a la problemática.

En segundo lugar, la modificación de hábitos alimenticios es necesaria para poder restaurar el peso hasta valores saludables. Algunos objetivos serían la educación en patrones de alimentación saludables así como la modificación de las conductas disfuncionales producidas por la propia enfermedad. Además de la promoción de actitudes saludables hacia la comida, se hace necesario el mantenimiento de un adecuado equilibrio nutricional así como el desarrollo de conductas saludables entorno a la comida.

En tercer lugar, se debe realizar una modificación de los hábitos de ejercicio físico ya que la realización moderada de ejercicio así como una dieta balanceada reducen la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas.

En cuarto lugar, la modificación de actitudes, sentimientos y pensamientos genera la producción de ideas útiles que reemplacen a las creencias irracionales que se encuentran arraigadas y que justifican las conductas disfuncionales.

En quinto lugar, se debe intervenir en las comorbilidades médicas que pudiesen estar relacionadas al trastorno ya que, antes de comenzar con el tratamiento multidisciplinar, se deben evaluar las consecuencias físicas (estado nutricional y metabólico) así como las psicológicas y los problemas de conducta que podría presentar el paciente con TCA. Refieren que se deben abordar y tratar las consecuencias físicas producidas por el estado de desnutrición o las conductas compensatorias.

En sexto lugar, el tratamiento dirigido a la familia nuclear del paciente es fundamental ya que se conoce que hay ciertos factores presentes en la dinámica familiar que pueden predisponer al desarrollo de un TCA. La importancia del apoyo familiar durante el proceso terapéutico es fundamental para el trabajo en la prevención de posibles recaídas.

### **Conclusiones**

Respecto a la influencia que la familia podría ejercer en el desarrollo de un TCA se puede concluir que existe dificultad en identificar un único patrón familiar que cause los TCA (Fernández, 2008). Además, no se puede establecer una relación directa y causal entre los TCA y la influencia que ejerce la familia ya que no se puede reducir la etiología de estos trastornos exclusivamente al ámbito familiar (Gómez, 2016). Sin embargo, no podemos negar que hay ciertos factores familiares que ayudan al desarrollo de un posible TCA. Por último, se ha observado que en las familias donde existe una mayor disfuncionalidad se produce un incremento de la cronicidad del TCA (Avalos & Samada, 2020).

Por otro lado, en cuanto a los factores de riesgo y de protección en la dinámica familiar, se podría concluir que la cohesión, flexibilidad y comunicación son componentes clave en la dinámica familiar (Avalos & Samada, 2020) ya que podrían servir como factores de protección pero también como factores de riesgo. Los factores de riesgo que se identifican son: la baja cohesión familiar, la poca flexibilidad para poder adoptar diferentes roles y cambiar los límites así como la existencia de una gran dificultad en la comunicación intrafamiliar (Avalos & Samada, 2020). Por otro lado, la existencia de una alta integración entre los miembros del

sistema familiar, los límites claros en la interacción, la alta flexibilidad en la adopción de diferentes estrategias para la resolución de conflictos y un sistema de comunicación basado en la claridad y afectividad ejercen como factores de protección frente a los TCA (Herrera, 1997).

Los rasgos de personalidad que podrían predisponer, de forma general, al desarrollo de un TCA serían: la pobre conciencia interoceptiva, el ascetismo, la impulsividad, el perfeccionismo, la baja autoestima, el miedo a la madurez, la inseguridad social y la desconfianza interpersonal (Avalos & Samada, 2020).

La autoestima sería una pieza clave a potenciar como un rasgo de personalidad que funcionaría como un factor de protección frente a los TCA (Fernández, 2008). Aunque falten más estudios sobre el tema, parece que la resiliencia también actúa como barrera frente a los TCA (Menezes de Lucena, 2015). Por último, una valoración positiva del propio cuerpo también podría ejercer una importante influencia en la prevención de estos trastornos (Baladia, 2016).

Respecto a los aspectos clave en el tratamiento, cabría resaltar la importancia de realizar un tratamiento multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales del campo de la salud debido a la naturaleza multicausal que caracteriza los TCA (López & Treasure, 2020). Por otro lado, cabe recalcar la importancia de desarrollar conciencia de enfermedad y la percepción de las consecuencias negativas de sufrirla (Rica, s.f.). Además, se requiere destacar la relevancia del trabajo con la familia para que puedan servir como una red de apoyo durante el tratamiento y posteriormente (Tena & De la Fuente, 2015). Por último, no se debe olvidar el trabajo con las potencialidades de las personas, el tratamiento no sólo debe ir dirigido a los síntomas disfuncionales (Menezes de Lucena, 2015).

## **Discusión**

### **Aportación Personal**

#### ***Propuesta de Intervención***

Como hemos mencionado con anterioridad, los TCA presentan una elevada comorbilidad con el trastorno obsesivo – compulsivo ya que ambos comparten el fuerte componente obsesivo (Behar et al., 2008). Los TCA se presentan a través de pensamientos recurrentes y una preocupación extrema entorno a la comida, figura y peso (ACAB, 2007). Avalos & Samada (2020) indican la obsesión por la delgadez como un elemento fundamental en los TCA. Es por

esto que el tratamiento debe basarse en el trabajo en equipo y en la ayuda mutua ya que, a través de esta interacción, se favorece la interrupción de los pensamientos obsesivos. Ésta es una pieza fundamental del tratamiento ya que ayuda a la persona a salir de esa visión limitada que se tiene cuando uno está metido en la enfermedad. Este método de ayuda recíproca ayuda a salir del ensimismamiento que produce el propio trastorno permitiendo conectar con la realidad y acercar a la persona hacia la salud.

Al igual que el rasgo obsesivo suele ser un factor relevante en los TCA (Behar et al., 2008), también debemos prestar atención a los rasgos de personalidad que puedan alterarla y predisponer al paciente a su desarrollo (Jáugueri et al., 2009). Los rasgos de personalidad que se relacionan como factores de riesgo frente a los TCA serían el perfeccionismo (Behar, 2012), la necesidad de control (Fernández, 2008), la baja autoestima (Avalos & Samada, 2020), la inseguridad social (Avalos & Samada, 2020) y por último, las dificultades para enfrentar los obstáculos que pone la vida (Fernández, 2008). Cada subtipo diagnóstico que compone los TCA se relaciona en menor o mayor medida con determinados rasgos de personalidad. Por ejemplo, la AN se asocia con un elevado ascetismo (Avalos & Samada, 2020) mientras que la BN se relaciona con una gran impulsividad (Jáuregui et al., 2009). Es por esto que resalto que realizar un diagnóstico individualizado resulta tan relevante para poder diseñar un tratamiento adecuado y por ende realizar una intervención exitosa.

Los tratamientos también deben de poner el foco terapéutico en desarrollar y potenciar factores que sirven de protección frente a los TCA como el hecho de poseer una buena autoestima (Fernández, 2008), un buen autoconcepto (Baladia, 2016) y resiliencia frente a los retos de la vida (Menezes de Lucena, 2015) etc. En definitiva, lo que se trata es de reforzar positivamente la imagen que los pacientes tienen de sí mismos, Baladia (2016) destaca la importancia de gozar de una buena salud por medio de una valoración adecuada de nosotros mismos a través de una actitud positiva hacia nuestro cuerpo.

Por último, estos trastornos se deben abordar desde un enfoque multidisciplinar (López & Treasure, 2020). Es por esto por lo que se debe incluir a la familia como parte de la intervención porque resulta fundamental en el avance del paciente ya que es la que ejerce una influencia directa en el ámbito afectivo, comunicativo y conductual del familiar afectado así como del resto de sus miembros (Gómez, 2016). Minuchin et al., (1974) hace referencia a cómo la importancia

de la familia viene precisamente por las dinámicas familiares que se ejercen dentro de ésta ya que señala cómo estas dinámicas juegan un papel determinante tanto en la aparición como en el mantenimiento de la sintomatología.

A modo de conclusión, estos son los puntos que creo deberían estar presentes en cualquier tratamiento para poder realizar una intervención adecuada a un paciente con TCA:

- La duración promedio de este tratamiento estaría entre los cuatro y seis años de terapia con una reducción gradual del número de sesiones terapéuticas semanales en función de la evolución favorable del paciente. En una fase inicial, recomendaría que la terapia esté compuesta por un máximo de 4 sesiones semanales, 3 sesiones grupales y 1 sesión individual. Por un lado, la importancia de la sesión grupal viene precisamente para que el paciente tenga total libertad para expresar sus pensamientos y preocupaciones al resto del grupo y de esta manera, pueda escuchar otros puntos de vista que le permitan identificar la irracionalidad de sus ideas. Por otro lado, la sesión individual es fundamental para trabajar aspectos íntimos que el paciente no quiera compartir con el resto del grupo.
- Individualizado para cada paciente basado en un diagnóstico adecuado, plan de nutrición personalizado y esquema de medicación ajustada a las características propias del paciente y del diagnóstico.
- Basado en la ayuda mutua entre pacientes y expacientes con TCA.
- Enfocado en la concientización del daño sobre la salud que suponen los TCA y no en el miedo al castigo.
- Centrado en la enseñanza de estrategias de gestión y afrontamiento de emociones, en el reforzamiento de habilidades (potencialidades) que sirvan como factores protectores frente a los TCA y en el ofrecimiento de herramientas para la reinserción social a la vida cotidiana del paciente.
- Preocupado en la transmisión de confianza al paciente, sobre su capacidad de recuperación y su progresión en el tratamiento.
- Compuesto por personal profesional más humanizado y por psicólogos especializados en TCA así como en las posibles comorbilidades: trastornos de la personalidad, trastornos afectivos, bipolaridad y adicciones.

- Enfocado en la participación de la familia en el tratamiento y en el entrenamiento del círculo más cercano del paciente. De esta manera, ellos podrán funcionar como una red de apoyo y servir para detectar y/o prevenir conductas patológicas y así poder crear un ambiente seguro para el paciente en su proceso de curación.

### **Futuras Líneas de Investigación**

A pesar de que los TCA son trastornos ampliamente estudiados y conocidos en la psicología, debo mencionar algunas cuestiones que hicieron falta para completar de manera más satisfactoria esta recopilación bibliográfica. Por un lado, se necesita de una mayor investigación en cómo prevenir la aparición de estos trastornos a edades cada vez más tempranas. Por otro lado, hace falta más investigación sobre la importancia de individualizar la terapia en los TCA, sobre todo en el diagnóstico, plan nutricional y esquema farmacológico. Además, se necesitan más publicaciones sobre la importancia de la ayuda mutua y el apoyo de expacientes en los tratamientos de TCA. También, sería importante actualizar la literatura existente sobre la familia y los TCA ya que los artículos encontrados son muy antiguos. Se necesita de una mayor investigación sobre la influencia que podría ejercer la familia y la relevancia que tiene dentro de la terapia. Finalmente, se debe profundizar más en los efectos secundarios que dejan los tratamientos de TCA en los pacientes. Al ser terapias con alto contenido aversivo, éstas dejan muchas secuelas negativas, sobretodo en el ámbito emocional.

### Referencias Bibliográficas

- Alpízar, L. (2016). Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 101-112.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (5ta edición). Washington. DC.
- Asociación contra la Anorexia y la Bulimia . (2007). *Associació contra l'Anorexia i la Bulímia*. Obtenido de Associació contra l'Anorexia i la Bulímia: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/los-tratamientos-del-tca/>
- American Psychological Association . (2020). *American Psychological Association* . Obtenido de American Psychological Association : <https://dictionary.apa.org/personality>
- Asociación Española de Pediatría . (27 de abril de 2021). *Asociación Española de Pediatría* . Obtenido de Asociación Española de Pediatría : <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/acido-valproico>
- Asociación TCA Aragón . (1 de junio de 2020). *Estadísticas sobre los TCA*. Obtenido de Asociación TCA Aragón: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
- ATiempo Adicciones . (s.f.). *Trastorno de la Alimentación* . Obtenido de Atiempo Psicología : <https://atiempoadicciones.com/tratamiento-tca-madrid/#:~:text=El%20tratamiento%20de%20los%20TCA%20tiene%20puntos%20en,dificultad%20en%20la%20gesti%C3%B3n%20emocional%2C%20problemas%20familiar es%E2%80%A6%20etc.>
- Avalos, M., & Samada, Y. (2020). Funcionamiento Familiar y Trastornos en la Conducta Alimentaria de los Adolescentes Familia y Adolescencia. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 6, 1 - 26.
- Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161 - 163. doi:10.14306/renhyd.20.3.303

- Behar, R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Rev Chil Neuro - Psiquiat*, 50(2), 117 - 129. Obtenido de Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v50n2/art06.pdf>
- Berg, M., Crosby, R., Wonderlich, S., & Hawley, D. (2000). Relationship of temperament and perceptions of nonshared environment in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 148 - 152. doi:[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200009\)28:2%3C148::AID-EAT3%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200009)28:2%3C148::AID-EAT3%3E3.0.CO;2-F)
- Bizeul C, Sadowsky N, Rigaud D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: A prospective follow-up study of 5-10 years. *European Psychiatry*, 16: 232-8.
- Bobes, J., Carreño, J., Gutiérrez, C., San Narciso, G., Artuña, M., Díaz, T., . . . García - García, M. (2004). Estudio de la efectividad del control del craving con topiramato en pacientes con trastornos. *Actas Esp Psiquiatr*, 32, 00.
- Chesney, E., Goodwin, G., & Fazel , S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153 - 160.
- Consejo General de la Psicología en España. (2014). Los trastornos mentales tienen un riesgo de mortalidad más elevado que cualquier otra enfermedad. *Infocob Online*.
- Dittmann K, Freedman M. (2009). Body awareness, eating attitudes, and spiritual beliefs of women practicing yoga. *Eat Disord*; 17 (4): 273-92.
- Domingo , M. (16 de abril de 2018). *Adicciones y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de CT Madrid - Fundación Adictos en Recuperación: <https://www.ctmadrid-adicciones.com/adicciones-y-trastosnos-de-la-conducta-alimentaria-tca/>
- Echeburúa, A. y Corral, E. (1994). Adicciones psicológicas: Más allá de la Metáfora. *Clínica y Salud*, 5(3), 251-258.
- Espinal, I., Gimeno , A., & González , F. (s.f.). *El Enfoque Sistémico en los Estudios sobre la Familia*. República Dominicana : Universidad Autónoma de Santo Domingo y Centro Cultural Poveda. .

- Espina, A., (1996). Terapia Familiar en la Anorexia Nerviosa. El Modelo Sistémico. *Terapia Familiar Sistémica. Teoría, Clínica e Investigación*, 154-183. Madrid: Fundamentos.
- Faros San Joan de Déu. (11 de mayo de 2021). *FAROS Sant Joan de Déu*. Obtenido de FAROS Sant Joan de Déu: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/trastornos-conducta-alimentaria-tca-conocer-poder-prevenirlos>
- Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate G, Gandione M, Rovera G. (2006). Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia. From saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcultural Psychiatry*, 43(4): 600-14.
- Fernández , L. (2008). *Tiempo de Respuestas: Guía de Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia, Bulimia y Obesidad*. España : Fundación Mapfre .
- Frank J. D. (1982). Therapeutic Components Shared by all Psychotherapies. *Psychotherapy Research and Behavior Change*. Washington: APA.
- Garcés, E. M. (2005). Anorexia nerviosa: una mirada relacional. *Trabajo social y salud*, (51), 101-132.
- Gómez, M. D. (2016) Características de Personalidad, Psicopatológicas y de Interacción Familiar, Relacionadas con los Trastornos del Comportamiento Alimentario [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis\\_MDGOMEZ.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis_MDGOMEZ.pdf) (um.es)
- González , L., Unikel , C., Cruz, C., & Caballero , A. (2003). Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1 - 8.
- Gutiérrez , N. (2015). Trastornos de la alimentación y personalidad - Revisión y discusión a través del análisis de una película. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 5(4), 1 - 20.
- Haworth - Hoepfner, 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, 212 - 227. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00212.x>

- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(6), 591 - 595.
- Huline-Dickens S. (2000). Anorexia nervosa: some connections with the religious attitude. *Br J Med Psychol*, 73 (1): 67-76.
- Instituto Centta. (2017). *Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria*. Obtenido de Instituto Centta: <https://centta.es/tratamiento-de-anorexia-y-bulimia-madrid>
- Jáugueri, I., Bolanos, P., & Garrido, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728 - 735. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x>
- Jáugueri, I., Santiago, M. J., & Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*, 41(4), 201 - 206. doi:[doi:10.1016/j.aprim.2008.06.002](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.002)
- Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. Boletín Oficial del Estado, 105, 2 de mayo de 2016.
- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381 - 399.
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Descripción y Manejo. *Revista Medico Clínica Las Condes*, 22(1), 85 - 97.
- Marmo, J. (2014). Estilos Parentales y Factores de Riesgo Asociados a la Patología Alimentaria. *Unifé*, 22(2), 165 - 178.
- Martínez, J. M. (2001). La importancia de la autoestima en los adolescentes y su relación con el éxito académico. *LíneaConsultado*, 11(10), 05.
- Martínez, J., Martín, A., Valero, M., & Salguero, M. (s.f.). *Síndrome de Abstinencia*. Málaga: Hospital Regional Carlos Haya.
- Menezes de Lucena, M.A. (2015) *Resiliencia y Trastornos de la Conducta Alimentaria* [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca].

[https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/128458/DPETP\\_CarvalhoVÂ\\_Resiliencia.pdf](https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/128458/DPETP_CarvalhoVÂ_Resiliencia.pdf) (usal.es)

Minuchin, S. (2013). *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa .

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

Minuchin, S. (1990). *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa.

Moreno , F., Benítez, N., Pinto , B., Ramallo , Y., & Díaz, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en España. ¿Nutrición basada en la videncia o en la evidencia? *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130 - 131.

Moreno, M., & Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181 - 190.

Munuera, P. (2020). La familia como sistema. *Terapia Familiar Sistémica*. En W. Arias, *Psicología y Familia. Cinco enfoques sobre familia y sus implicaciones psicologicas* (págs. 209- 244). Arequipa: Joshua editores.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava. M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.

Penna, M., & Garrido , M. (2008). *Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid .

Peris, F. (21 de enero de 2011). *La conciencia interoceptiva en pacientes obesos y su tratamiento*. Obtenido de Clinica Serralta: [https://www.clinicaserralta.com/obesidad\\_psicologia\\_valencia/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20de%20conciencia%20interoceptiva%20o%20corporal%20%28body,que%20pueden%20ser%20modificados%20mediante%20actividades%20mentales%20deliberadas](https://www.clinicaserralta.com/obesidad_psicologia_valencia/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20de%20conciencia%20interoceptiva%20o%20corporal%20%28body,que%20pueden%20ser%20modificados%20mediante%20actividades%20mentales%20deliberadas).

Rica, R. (s.f.). *Odiar al TCA para recuperarse: ¿es siempre necesario?* - Instituto Centta. Obtenido de Instituto Centta: <https://centta.es/articulos-propios/odiar-al-tca-para-recuperarse-es-siempre-necesario>

- Rorty , M., Yager, J., Rossotto, E., & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 202 - 208.
- Rutter M. (1990). Psicosocial resilience and protective mechanisms. *Risks and protective factors in development of psychopathology*. 179 - 304. Cambridge: University Press.
- Sánchez , G., Aguirre, M., Solano , N., & Viveros, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión Documental. *Cultura Educación y Sociedad*, 6(2), 117 - 138.
- Seijas, D., & Sepúlveda, X. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Medicina Clínica las Condes*, 16(4), 230 - 235.
- Soria, I. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria, ¿Una adicción? *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1 - 24.
- Tena , A., & De la Fuente, J. (2015). Eficacia de los tratamientos psicológicos en el manejo de pacientes con TCA. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 48, 197 - 211.
- Tapia, B. P. (2011). La Terapia Relacional Sistémica y el Psicoterapeuta . *Instituto Boliviano de la Terapia Familiar* , 1 - 18.
- Torres, I., del Río, C., & Borda, M. (2006). Características Histriónicas de la Personalidad ¿Posible factor protector para el desarrollo de TCA? *Interpsiquis* , 1 - 11.
- Cipatli, N., & Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de pediatría*, 86(2), 80-86.
- Clinic Barcelona Hospital Universitari . (14 de enero de 2019 ). *Trastornos de la Conducta Alimentaria* . Obtenido de Trastornos de la Conducta Alimentaria : <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta->