



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TCA y Factores de Protección en la Familia

Autor/a: Marta Tello Cruz

Director/a: Elisa Hormaechea García

Madrid

2023/2024

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. METODOLOGÍA.....	8
Tipo y método de investigación:.....	8
Justificación:.....	8
Objetivos de la Investigación.....	9
Objetivos Generales:.....	9
Objetivos Específicos:.....	9
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
A) MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LOS TCA:.....	10
En cuanto a los factores biológicos:.....	10
En cuanto a los factores psicológicos:.....	11
En cuanto a los factores sociales:.....	14
B) IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTEXTO DE LOS TCA:.....	15
Influencia de las prácticas alimenticias parentales en los patrones de conducta alimentaria.....	16
Influencia de los patrones de apego parentales en el desarrollo de los TCA:.....	20
C) FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR EN LOS TCA:.....	22
Evidencia empírica sobre los Factores de Protección Familiar en los TCA:.....	23
Experiencia de los hermanos de personas con TCA:.....	25
D) MARCO TEÓRICO Y PRÁCTICO DEL TRATAMIENTO DE LOS TCA CENTRADO EN LA FAMILIA:.....	26
Tratamiento Basado en la Familia para adolescentes:.....	26
Terapia Familiar Basada en el Apego para adolescentes:.....	27
4. DISCUSIÓN.....	29
5. CONCLUSIÓN.....	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33

RESUMEN

El objetivo principal del trabajo fue resaltar los aspectos protectores del sistema familiar en la prevención y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Para ello, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía existente. La justificación de la investigación radica en el papel fundamental del apoyo familiar para el manejo efectivo de la sintomatología de los TCA, una enfermedad que impacta profundamente en la vida de los pacientes y sus familias. El marco teórico del trabajo se basó en el empleo del modelo biopsicosocial para examinar la influencia de estas tres esferas en la aparición de los TCA. Además, se abordó la importancia de la familia mediante dos modelos explicativos: Russell y Russell (2019) y Burnett et al. (2022), profundizando en el impacto de las prácticas alimentarias parentales y los constructos del apego según Parker et al. (1979). Se identificaron factores como la conexión familiar, la calidad de las relaciones y la frecuencia de las comidas familiares como elementos clave en la prevención de estos trastornos. Como resultado, se destacó la eficacia de la *Attachment-Based Family Therapy* como terapia innovadora de apoyo que supera los límites de las intervenciones actuales centradas en la familia. En conclusión, se evidenció la trascendencia del apoyo familiar para la prevención de la enfermedad. A modo de recomendaciones, se subrayó la necesidad de personalizar el tratamiento al contexto del paciente y de proporcionar una mayor psicoeducación a la familia, para contribuir a la mejora de la intervención clínica y optimizar la atención a los pacientes y a sus familias.

Palabras Clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCAs), Modelo Biopsicosocial, Sistema Familiar, Influencia, Prevención, Terapia, Tratamiento.

ABSTRACT

The aim of the study was to highlight the protective aspects of the family system in the prevention and treatment of Eating Disorders (EDs). To achieve this, an exhaustive review of the existing literature was conducted. The justification for the research lies in the fundamental role of family support for the effective management of ED symptoms, a condition that deeply impacts the lives of patients and their families. The theoretical framework of the study was based on the use of the biopsychosocial model to examine the influence of these three spheres on the onset of EDs. Additionally, the importance of the family was addressed through two explanatory models: Russell and Russell (2019) and Burnett et al. (2022), delving into the

impact of parental feeding practices and attachment constructs according to Parker et al. (1979). Factors such as family connection, quality of relationships, and frequency of family meals were identified as key elements in the prevention of these disorders. As a result, the effectiveness of Attachment-Based Family Therapy was highlighted as an innovative supportive therapy that surpasses the limitations of current family-focused interventions. In conclusion, the significance of family support for disease prevention was evidenced. As recommendations, the need to personalise treatment to the patient's context and to provide greater psychoeducation to the family was emphasised, aiming to improve clinical intervention and optimise care for patients and their families.

Keywords: Eating Disorders (EDs), Biopsychosocial Model, Family System, Influence, Prevention, Therapy, Treatment.

1. INTRODUCCIÓN

Según el DSM-V, a pesar de que las causas etiológicas no quedan claras, los Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos (a partir de ahora TCA) pueden ser definidos como aquellos comportamientos, actitudes y creencias no saludables derivadas de la alimentación, que se caracterizan por ser persistentes y perjudiciales, no sólo para la salud física sino también, en el ámbito psicosocial. Podemos destacar algunas conductas ejemplificativas como: la obsesión o el miedo a coger peso, la percepción distorsionada del cuerpo, la purgación o el patrón de consumo de alimentos de forma compulsiva (López & Treasure, 2011). Tradicionalmente, se ha observado que este tipo de trastornos afecta a mujeres jóvenes de clase social media alta (Ludvigsson & Faresjö, 2023), en su mayoría. No obstante, a medida que se investiga más sobre el tema, resulta más difícil determinar la existencia de una población de riesgo concreta, puesto que el trastorno parece encontrarse en todo tipo de personas independientemente de su género, etnia o situación económica (Arija et al., 2022).

En su clasificación, hay cierta controversia. En el DSM-V podemos encontrar una distinción entre principales tipos de TCAs como:

- *La Anorexia Nerviosa* (a partir de ahora AN), caracterizada por la abstención o negativa a la ingesta de alimentos llegando a una considerable bajada de peso según criterios de edad, género y etapa evolutiva.
- *La Bulimia Nerviosa* (a partir de ahora BN), que se define por el uso del vómito inducido o el abuso de sustancias laxantes, tras la ingesta de una gran cantidad de comida o atracón bajo la sensación de una pérdida de control y,
- *El Trastorno de Atracones* (a partir de ahora TA), que, a diferencia de la BN, no muestra comportamientos compensatorios, es decir, se ingiere una gran cantidad de comida de forma descontrolada tras la cual, el individuo suele sentir malestar físico y emocional, siendo característicos sentimientos de culpabilidad o vergüenza (Simone et al., 2019).

No obstante, resulta interesante mencionar otras dos tipologías de gran interés en el panorama de la investigación actual (Vasiliu, 2023). Por un lado, una cuarta categoría confeccionada por *Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados*

que, aunque guardan ciertas similitudes con los tres anteriores, no cumplen de forma exhaustiva todos los criterios de diagnóstico. Estos son: *la anorexia nerviosa atípica, el trastorno por purgas o el síndrome por la ingesta nocturna de alimentos*. Por otro lado, se evidencia un nuevo subtipo muy mencionado en la literatura de los últimos años e incluido recientemente en revisiones del DSM-V y el CIE-11: el *Trastorno por Evitación/Restricción de la Ingesta de alimentos*. Este trastorno destaca entre otros puesto que no parece haber una obsesión por la pérdida de peso, sino más bien una falta de interés a la hora de ingerir alimentos o sentimientos de repulsión debido a la organoléptica de los alimentos (Bourne et al., 2020; APA, 2014).

No obstante, en el tema que concierne a este trabajo, no se hará una distinción por subtipologías. Más bien, la información estará orientada a cualquier en general TCA, siguiendo las indicaciones del trabajo realizado por Zanella y Lee (2022). En su trabajo, Zanella y Lee (2022), pretenden aportar una visión holística sobre la etiología de los TCA, integrando siete teorías explicativas actuales. Argumentan, que los factores psicológicos, interpersonales, emocionales, cognitivos y neurológicos tienen un profundo impacto en el desarrollo de comportamientos alimentarios desordenados, siendo evidenciados en una amplia gama de personas con diferentes tipos de TCA. Además, identifican a la insatisfacción corporal y la autoestima como factores centrales en estos hábitos alimenticios problemáticos, siendo una característica compartida por los distintos subtipos. Por último, Zanella y Lee (2022) destacan que, los déficits que encontramos en el diagnóstico de los TCA no están limitados a un subtipo específico, sino que son comunes a varios tipos.

Siguiendo con esta perspectiva, cabe destacar otros aspectos que hacen que la investigación integral sobre los TCA cobre sentido. Por ejemplo: la superposición sintomatológica entre las categorías específicas de TCAs reconocida por el DSM-V, el abordaje de dimensiones comunes a todos los subtipos en terapia y en tratamiento (como los patrones alimentarios o la distorsión de la imagen corporal) o, la comprensión actual biopsicosocial sobre la interacción entre factores causales y de mantenimiento. Con vistas a rellenar huecos entre las perspectivas teóricas previamente aisladas, se reconoce así, la importancia de comprender los factores subyacentes y los mecanismos comunes a los TCA. Para poder ofrecer una visión holística y promover intervenciones más efectivas y centradas en el individuo.

Actualmente, los TCA comienzan a ser reconocidos como un problema de salud pública cada vez más recurrente. Los estudios revisados en el presente trabajo, coinciden en que la prevalencia parece estar en aumento de forma global. Ghazzawi et al. (2023), en su revisión sistemática, determinan que la prevalencia mundial está en torno al 13% en al menos 25 países distintos. Siendo destacable la cifra del 24% en países árabes del medio oriente. Vasiliu (2023), por otro lado, estima en su estudio, una subida del 3.5% a aproximadamente un 8% desde el año 2000 hasta el 2018.

En cuanto a la mortalidad, es común que, personas con este diagnóstico, lleguen a padecer complicaciones médicas. Se estima que la tasa de mortalidad en personas hospitalizadas con un diagnóstico de TCA quintuplica a la de la población general. Sin ser conscientes de la gravedad, es posible que los pacientes lleguen a desarrollar condiciones irreversibles para el correcto funcionamiento de su cuerpo o que les provoquen, la muerte. De las más comunes, según Gaete y López (2020) son aquellas que tienen que ver con la degeneración cerebral, la baja densidad mineral ósea o los retrasos en el crecimiento, sobre todo en adolescentes diagnosticados con AN. Además, Iwajomo et al. (2020) destacan que tan sólo un 20% de estos pacientes, independientemente del género, sobrepasa los 75 años. En pacientes con AN, las tasas de mortalidad bruta alcanzan hasta un 22,5% (Gaete & López, 2020).

Sumado a la mortalidad, se destacan las tasas de suicidio. Es común encontrar en pacientes con TCA de larga duración, comorbilidad con síntomas depresivos y desregulación emocional, aumentando el riesgo de suicidio considerablemente. Amiri y Khan (2023) estiman una prevalencia del 51% de ideación suicida y un 22% de intentos suicidas en pacientes con TCA. Sin embargo, el riesgo y el historial de intentos de suicidio no parece afectar negativamente los resultados de los tratamientos para los trastornos de la alimentación (Denning et al., 2022)

A pesar de este preocupante incremento de forma universal del diagnóstico y las tasas de mortalidad (Iwajomo et al., 2020), queda mucho por investigar para determinar su causalidad. Autores como Arija et al. (2022) evidencian una combinación entre factores genéticos y del ambiente en el que se desarrollan estos individuos. Estas dos esferas suponen, por ende, una dificultad a la hora de determinar con exactitud la edad de riesgo. Como ejemplo, en su estudio, Ghazzawi et al. (2023) no han podido encontrar datos empíricamente

significativos actualizados para determinar un rango de edad. Por ello, el periodo es extensible desde la gestación hasta la adultez. Sin embargo, en la discusión de su trabajo estiman, en base a la franja etaria más representativa, que el periodo clave para la manifestación de TCAs está en la adultez temprana o adolescencia tardía. Con una prevalencia del 17% para los jóvenes comprendidos entre 17 y 18 años y de aproximadamente un 10% para aquellos entre 15 y 16 años.

En cuanto a los factores predisponentes y protectores de este tipo de trastornos, el paradigma parece haberse centrado exclusivamente, en los factores de riesgo y las patologías. Sin embargo, los teóricos de la psicología positiva, se han pronunciado para denunciar la desatención y abandono al estudio de los elementos de prevención. Tanto del propio individuo como de su entorno (Langdon-Daly & Serpell, 2017). Estos profesionales refieren, la necesidad del estudio de los factores de protección y los denominados *developmental assets* o "activos para el desarrollo". Definidos como factores contextuales (entre iguales, familiares, comunitarios, etc) e individuales, que fomentan el desarrollo exitoso y la consecución de logros en la vida de las personas (Langdon-Daly & Serpell, 2017).

Es importante diferenciar que, a pesar de que muchos autores denominan como factores de riesgo a las prácticas familiares (Gorrell et al., 2019), las familias no son las causantes de los TCAs (Chapman et al., 2021). Bien es cierto que pueden incrementar el riesgo de desarrollo. No obstante, Lock y Nicholls (2020), en su trabajo, subrayan la importancia que el papel de la familia puede desempeñar en el tratamiento y la recuperación de las personas, y especialmente, aunque no exclusivamente, en los adolescentes.

Por último, se estructura el trabajo en cuatro apartados. En primer lugar, se examinará el modelo biopsicosocial y la influencia de las tres esferas en la manifestación de los TCA. En segundo lugar, se abordará la importancia del núcleo familiar en la aparición y tratamiento de estos trastornos, profundizando en el impacto de las prácticas alimentarias parentales y los estilos de apego en la dinámica familiar. En tercer lugar, se examinarán los factores de protección supeditados al microsistema familiar, su influencia y la evidencia empírica que respalda su efectividad en la mitigación del riesgo y la promoción de la recuperación. Explicamos el papel protector de los hermanos en la aparición de este tipo de diagnósticos y, las posibles consecuencias para su bienestar emocional. Por último, se revisa el marco teórico y práctico del enfoque terapéutico familiar para evidenciar su eficacia, y se discuten las

necesidades futuras en la investigación y aplicación clínica sobre las formas de intervención. El trabajo concluye con la respuesta a los objetivos propuestos.

2. METODOLOGÍA

Tipo y método de investigación:

El trabajo propone una revisión documental y bibliográfica de la literatura existente respecto a los TCA, y los factores de protección en relación con la familia, en caso de servir esta de apoyo. Para ello, se llevan a cabo numerosas exploraciones bibliográficas utilizando una variedad de plataformas académicas como Web of Science, PsycInfo, ScienceDirect, Scopus, SAGE o Elsevier. Estas búsquedas se basaron en términos clave como "Eating disorders", "TCAs", "Familia" "Terapia Sistémica" o "Factores de protección". Las búsquedas se realizan con vistas a profundizar sobre el impacto terapéutico de los factores de protección de las familias de pacientes con diagnóstico de TCA, desde una perspectiva psicológica. Ampliar el conocimiento de estos factores puede ser clave para incluir cambios en los tratamientos rehabilitatorios actuales.

La selección de artículos revisados excluye aquellos cuyos resultados no hayan obtenido relevancia empírica consistente. No se harán distinciones entre edad, género o etnia. Se atiende al contexto de todos los posibles pacientes. Además, se establece un filtro en cuanto al año de publicación en el que se dará prioridad a aquellos artículos que datan desde el 2017 en adelante, para así obtener una visión actualizada sobre la realidad de la temática. No se incluirán, ni tesis, ni trabajos de fin de grado, ni artículos retractados. Aunque se incluyen revisiones sistemáticas, se asume que los artículos referenciados, se analizarán de forma individual.

Justificación:

Los TCAs representan uno de los desafíos para la salud mental y física, especialmente entre la población más joven (De Santana et al., 2012). La creciente prevalencia que tiene este tipo de trastornos junto con el impacto de las redes sociales y la tecnología, subraya la urgencia de comprender y abordar los factores que contribuyen a su desarrollo (Arija et al., 2022; Iwajomo et al., 2020). Además, la tradicional orientación al estudio de la detección sobre aquellos factores que enfatizan el desarrollo de la problemática, ha dejado un vacío a la

hora de contemplar información sobre los factores de protección que pueden prevenir el diagnóstico de estos trastornos. Atendiendo a este contexto, la familia emerge como un componente esencial en la prevención, el acompañamiento en el tratamiento y remisión de estos diagnósticos (Balottin et al., 2017).

La motivación de este trabajo hacia el estudio de los factores de protección, cobra sentido a medida que se reconoce la influencia de la familia en el establecimiento de conductas saludables frente a la comida, la autoestima y la percepción del cuerpo. La familia no sólo establece los primeros patrones alimentarios, sino que se percibe al hogar como un factor esencial desde el cuál extraemos y moldeamos nuestro concepto de autoimagen (Costa & Oliveira, 2023). El presente trabajo pretende contribuir a la comprensión de forma integral sobre los elementos que contribuyen tanto al desarrollo de los TCAs como a la rehabilitación, la creación y mejora de las estrategias de intervención y los mecanismos de prevención. Considerando a los vínculos familiares como defensas efectivas para las personas que se enfrentan a este tipo de trastornos.

Objetivos de la Investigación

Objetivos Generales:

- Resaltar los factores positivos del núcleo familiar en la prevención y el tratamiento de un TCA.

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores influyentes en el diagnóstico de los TCA.
- Destacar la importancia de la familia en la prevención de TCAs.
- Identificar las prácticas alimentarias parentales y su influencia en los TCA.
- Examinar el papel de la dinámica familiar y los estilos de apego a la hora de construir una imagen de nosotros mismos y una relación con la comida positiva.
- Definir el término "factor de protección"
- Identificar los factores de protección en el ámbito familiar..
- Investigar sobre el papel y la experiencia de los hermanos de personas con TCA

- Detallar los beneficios de incluir a la familia en el tratamiento preventivo o rehabilitatorio de pacientes con TCAs
- Describir los tratamientos y enfoques que están demostrando mayor eficacia a la hora de atajar los TCAs
- Sugerir aspectos sobre los que hace falta más información tanto para la comprensión de los TCAs como para su tratamiento

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A) MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LOS TCA:

Para evitar reduccionismos, se plantea al modelo biopsicosocial como enfoque integral sobre los factores que influyen en la aparición o el desarrollo de los TCA. Este modelo, como su nombre indica, tiene en cuenta tres aspectos en constante interacción. Los factores biológicos o genéticos, los psicológicos o individuales y los ambientales o sociales. El modelo biopsicosocial nos permite ir más allá de la mera predisposición genética para examinar la importancia que otros factores como los modelos culturales, la autoimagen, la presión social o los trastornos emocionales influyen en el desarrollo y/o mantenimiento de los TCA (Trofholz et al., 2022). Resulta además interesante profundizar en las tres esferas de este modelo, para así proporcionar ejemplos encontrados en la literatura que evidencian la influencia de cada una de ellas en la aparición de los TCA.

En cuanto a los factores biológicos:

La predisposición genética, las alteraciones de los neurotransmisores, los niveles hormonales, las variaciones en el metabolismo y la estructura cerebral son algunos de los factores biológicos sobre los que podemos observar alteraciones entre pacientes con diagnóstico de TCA y un grupo control. Para explicar la influencia de los factores biológicos, se presenta un estudio realizado por Dahlgren y Qvigstad (2018) en el se emplea la vía neuroendocrina para el tratamiento de un TA en comorbilidad con un Trastorno Disfórico Premenstrual (a partir de ahora TDPM).

El TDPM consiste en una condición médica categorizada por el DSM-5 como un trastorno depresivo (Dahlgren & Qvigstad, 2018). Este trastorno se caracteriza por el padecimiento de síntomas emocionales y físicos graves durante el periodo premenstrual

generalmente, en la segunda mitad del ciclo menstrual. Entre los que encontramos: dolor muscular, hinchazón abdominal, cambios de humor extremo, aumento del apetito, fatiga, irritabilidad, etc. La persistencia y gravedad de esta sintomatología interfieren significativamente en la calidad de vida del paciente (APA, 2014).

En su trabajo, Dahlgren y Qvigstad (2018) investigan un tratamiento de última instancia, debido a la falta de responsividad de la paciente a tratamientos más comunes. Entre ellos, la inhibición del neurotransmisor de la serotonina a través de los antidepresivos o, la supresión de la actividad ovárica empleando un antagonista de la hormona liberadora de la gonadotropina (GnRH).

Aunque la predominancia de los síntomas emocionales en el TDPM es evidente, destaca la somatización de los mismos. En concreto, los marcados cambios en el apetito, la sobreingesta o los antojos. Siendo estos últimos más intensos sobre todo en la fase lútea de la menstruación. En relación a estos síntomas, Dahlgren y Qvigstad (2018) subrayan que, a pesar de la falta de evidencia en los estudios sobre la correlación entre el TDPM y la sobreingesta, no son pocos los pacientes que debido a la presencia de esta sintomatología (hiperfagia) cumplen con los criterios para el diagnóstico de un TCA como el TA o la BN.

El estudio empleó un procedimiento quirúrgico de nombre: salpingo-ooforectomía bilateral. Tras el cual, la paciente "perdió" su comportamiento de ingesta compulsiva y, en consecuencia, su diagnóstico de TA. El TA ha sido comúnmente asociado con la regulación emocional y factores biológicos como las fluctuaciones hormonales sexuales en la fase lútea. Por ello, el procedimiento implicaba la inducción de la menopausia quirúrgica mediante la eliminación de los ovarios y las trompas de Falopio. Demostrando la vinculación del TDPM con los cambios hormonales en la fase media-lútea del ciclo menstrual (Dahlgren & Qvigstad, 2018).

Aunque Dahlgren y Qvigstad (2018) mencionan la necesidad de la supeditación del TA al TDPM, el estudio se convierte en el primero en conseguir la rehabilitación de un trastorno alimentario, mediante el uso de una práctica quirúrgica. Con ello, los autores promueven la investigación acerca de la relación de la hiperfagia y los patrones compulsivos de alimentación, sugiriendo la coexistencia entre el TDPM y los TA.

En cuanto a los factores psicológicos:

Izydorzyc et al. (2021) realizan un estudio realmente interesante a la hora de analizar los factores de riesgo psicológicos comunes a las personas con TCA. El estudio persigue determinar predictores psicológicos específicos para el desarrollo de conductas alimentarias restrictivas o problemáticas, en una muestra de 661 mujeres de Polonia y Vietnam. Entre los que encontramos:

- **Autoestima:** Indica la estima personal de un individuo. Baja o alta.
- **Alineación personal/interpersonal:** Refiere a los niveles de reflexión y vacío emocional, la falta de confianza y niveles de decepción en las relaciones.
- **Inseguridad interpersonal:** O la tendencia al aislamiento. Dificultades para expresar sentimientos y/o pensamientos en presencia de otras personas.
- **Desregulación emocional:** Que hace referencia a los niveles de inestabilidad emocional, impulsividad, imprudencia. Tendencia a la autodestrucción.
- **Déficits introspectivos:** Las dificultades para reconocer los estados emocionales y estímulos corporales propios.
- **Perfeccionismo:** Tendencia a establecer estándares altos para el éxito personal y necesidad de logro máximo.
- **Ascetismo:** Búsqueda de pureza a través de la disciplina, el autocontrol y la restricción.

En el estudio se destaca la importancia de los aspectos psicológicos para la comprensión de los TCA. Se concluye, de forma general, que factores como el ascetismo y los déficits introspectivos parecen jugar un papel crucial en la predicción del desarrollo de los TCA. No obstante, los resultados obtenidos van más allá, permitiéndonos acotar la visión y distinguir qué factores predominan en los distintos grupos culturales. Es así como se distingue primero, una mayor susceptibilidad del grupo vietnamita a comportamientos bulímicos, junto con mayores niveles de alineación, ascetismo y déficits introspectivos. Segundo, una mayor influencia del perfeccionismo como factor de riesgo en el grupo de mujeres polacas. Y tercero, la alta capacidad predictiva de la baja autoestima para el desarrollo de un TCA en el grupo de mujeres de origen polaco en contraposición con el vietnamita.

A pesar de la amplia gama de factores de riesgo, resulta relevante destacar un factor psicológico influyente en la prevención del desarrollo de un TCA: **La autocompasión**.

Definida por Neff (2003, p. 87) como la comprensión no crítica de nuestro propio dolor, nuestras carencias y fracasos; este factor, no sólo está estrechamente relacionado con la salud mental y emocional, sino que ha demostrado resultados positivos en la bajada de niveles de ansiedad, estrés y depresión. Foroughi et al. (2019) identifican tres componentes duales esenciales de la autocompasión: *la amabilidad hacia uno mismo*, *la percepción de humanidad común* y la atención plena o *mindfulness*.

Turk et al. (2021) y Foroughi et al. (2019) analizan el papel de la autocompasión en relación con la patología alimentaria y la dismorfia corporal. Ambos estudios evidencian los efectos positivos de la misma determinando que existe una relación negativa entre la autocompasión, y la preocupación por la imagen corporal. Las personas que poseen esta cualidad, han mostrado una mejor capacidad de afrontamiento ante adversidades o problemáticas, así como una mayor satisfacción general con la vida. Lo que confirma su cualidad preventiva o protectora frente a otros factores de riesgo.

Por un lado, Turk et al. (2021) explican que la autocompasión se halla indirectamente relacionada con la autocrítica comparativa y la vergüenza. Por otro lado, Foroughi et al. (2019) hacen referencia al Modelo de Perfeccionismo de Shafran (2001) que destaca el poder de la autocompasión, para mitigar el malestar experimentado al no alcanzar los sujetos sus objetivos. Identificando datos empíricamente significativos, que respaldan la función protectora de la autocompasión frente a factores de riesgo como el perfeccionismo y el afecto negativo. Lo que a su vez, contribuye a elevar la autoestima de los sujetos.

Otros factores de protección que han mostrado características preventivas en el desarrollo de los TCA son los definidos en los estudio de Bennett y Latner (2022), Foran et al. (2023) y Rodgers et al. (2022), entre los que se destacan:

- **El "Mindful eating" o la Alimentación consciente:** Hace referencia a la práctica de prestar atención plena a las sensaciones físicas y emocionales asociadas al acto de comer.

- **El "Intuitive eating" o la Alimentación intuitiva:** Un enfoque basado en escuchar y dar respuesta a las señales internas del cuerpo en lugar de seguir dietas restrictivas o reglas externas. Es decir, comer cuando se tiene hambre, detenerse cuando estamos satisfechos y permitirse disfrutar de los alimentos sin sentir culpa y,
- **La Imagen Corporal Positiva:** Se refiere a la percepción saludable, realista y positiva del cuerpo. Implica la capacidad del sujeto para aceptar y apreciar la diversidad de formas y tamaños corporales. Este factor en concreto está asociado con niveles altos de autoestima, salud mental y frecuencia de comportamientos saludables relacionados con la comida.

En cuanto a los factores sociales:

Los seres humanos, como seres sociales, tenemos una fuerte necesidad de pertenecer, ser aceptado, valorado o elegido por los otros. Esto, nos ha hecho increíblemente sensibles a aquellas características o cualidades que resultan atractivas para los grupos sociales que nos rodean. Lo que nos lleva a hacer grandes esfuerzos por poseerlas. En su estudio, Pinto et al. (2017) subrayan como anteriores investigaciones como la de Bellew et al. (2006) o Ferreira et al. (2011) demuestran que los sentimientos de rechazo o inseguridad, constituyen importantes factores de riesgo para la adopción de conductas alimentarias patológicas. Además, en Turk et al. (2021), Gross y Gilbert (2002) sugieren una posible relación entre la patología alimentaria y la percepción de no ser aceptado por los iguales.

Tradicionalmente, ha existido una fuerte interrelación entre la atracción física o imagen corporal y la atracción social. Lo que ha dado lugar al establecimiento de cánones de belleza, considerados indicadores del estatus social, sobre todo en mujeres. Por ende, resulta interesante profundizar sobre el impacto de la imagen corporal y la aceptación social percibida en las relaciones sociales de una persona. Sentimientos de inseguridad o rechazo en relación con la apariencia física han demostrado influir en el comportamiento y las interacciones sociales de los individuos. Es por ello que, en ocasiones, se observa una comorbilidad de los TCAs con otras conductas como la ansiedad por la apariencia social o la evitación de situaciones sociales que les hagan sentir expuestos (Ho et al., 2024).

Por un lado, Rowlands et al. (2021) identifican al aislamiento social como una característica definitoria de la AN, considerándolo no solo un factor precipitante sino también mantenedor de la misma. Los pacientes, a menudo se perciben como incapaces de mantener y

desarrollar amistades. Además, el miedo a ser evaluados socialmente, en particular en cuanto al peso, es una característica central. Cuando la enfermedad se encuentra en su fase aguda, los pacientes muestran diversas anomalías en el procesamiento socioemocional. Entre las cuales, son característicos la mayor sensibilidad a las amenazas sociales, los sesgos atencionales hacia el rechazo y las experiencias faciales así como los rangos sociales.

Por otro lado, la preocupación continuada por la imagen corporal demuestra generar un enfoque excesivo que distrae a la persona de participar de forma activa y plena en actividades sociales. Demostrando esta tendencia a la alineación tanto personal como interpersonal (Izydorczyk et al., 2021).

En comparación, los hallazgos de Pinto et al. (2017), evidencian una correlación positiva entre la seguridad o pertenencia social y la *body positivity*. Así mismo, Foran et al. (2023) identifican a la **identidad afiliativa**, como factor social de protección frente a conductas alimentarias problemáticas. Definida como el sentido de pertenencia o la conexión emocional de una persona con un grupo social o una comunidad específica, Pinto et al. (2017) encuentran cierta influencia de este factor en la autoestima y el bienestar emocional psicológico de los individuos, incluso en personas cuyos cuerpos no cumplen con los estándares de belleza convencionales. Sin embargo, esto no quiere decir que la relación entre la imagen corporal percibida, la aceptación social y las relaciones interpersonales sea simple sino que, fomentar o cultivar las conexiones sociales significativas de pacientes con o sin TCA, puede contribuir a una vida más plena y satisfactoria.

En resumen, podemos observar cómo la biología, las conexiones personales o, los aspectos psicológicos, inciden en el diagnóstico y prevención de comportamientos alimentarios maladaptativos o desordenados.

B) IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL CONTEXTO DE LOS TCA:

Por un lado, Thompson et al. (1999) identifican en su Modelo de Influencia Tripartita, al sistema familiar y su composición como importantes influencias sociales en el desarrollo de los comportamientos alimentarios disfuncionales.

Animar a los miembros a hacer dietas, hacer comentarios relacionados con el peso y las burlas, han demostrado fomentar la importancia excesiva a la apariencia o la idealización de la delgadez en los sujetos, sobre todo entre los adolescentes. No obstante, también se observan consecuencias negativas en adultos jóvenes (White et al., 2023). Simone et al. (2021) refieren cómo los padres que exponen a sus hijos a charlas sobre peso, aumentan el riesgo de que estos individuos participen en conductas de control de peso restrictivas. Temas como la grasa corporal, comentarios negativos respecto a los hábitos alimenticios o la forma física en la familia, han sido asociados con mayores niveles de preocupación corporal, vergüenza, insatisfacción y tendencia a la comparación con los ideales mediáticos entre sus miembros (MacDonald et al., 2015; Rodgers et al., 2009 y Webb et al., 2018). Estos hallazgos evidencian un papel fundamental de las interacciones familiares en relación con el cuerpo y la alimentación.

Por otro lado, la investigación actual pone el foco de atención en el "cómo" comemos (Costa & Oliveira, 2023). Nuestros primeros comportamientos alimentarios, según lo investigado por Costa y Oliveira (2023), se encuentran estrechamente relacionados con nuestro *weight status*, o lo que es lo mismo, la relación entre el peso y la altura de una persona, medida típicamente con el índice de masa corporal (IMC). Sin embargo ¿cuál es el origen de estos comportamientos? A pesar de que existen evidencias que determinan la existencia de patrones genéticos, Hazzard et al. (2020) como ejemplo de muchos otros estudios, encuentran una clara relación entre las conexiones madre-hijo, padre-hijo en la adolescencia, y los niveles de conductas compensatorias, de ayuno o de ingesta compulsiva (Schrempft et al., 2018). En concreto en mujeres en su adolescencia tardía.

Conocer estos datos resulta realmente interesante porque, a diferencia de la limitada capacidad de actuación cuando se trata de causas biológicas, es posible incidir en las relaciones padre-madre-hijo. Los padres, como cuidadores primarios, desempeñan un papel esencial en la configuración de las conductas y el entorno alimentario de sus hijos (Costa & Oliveira, 2023).

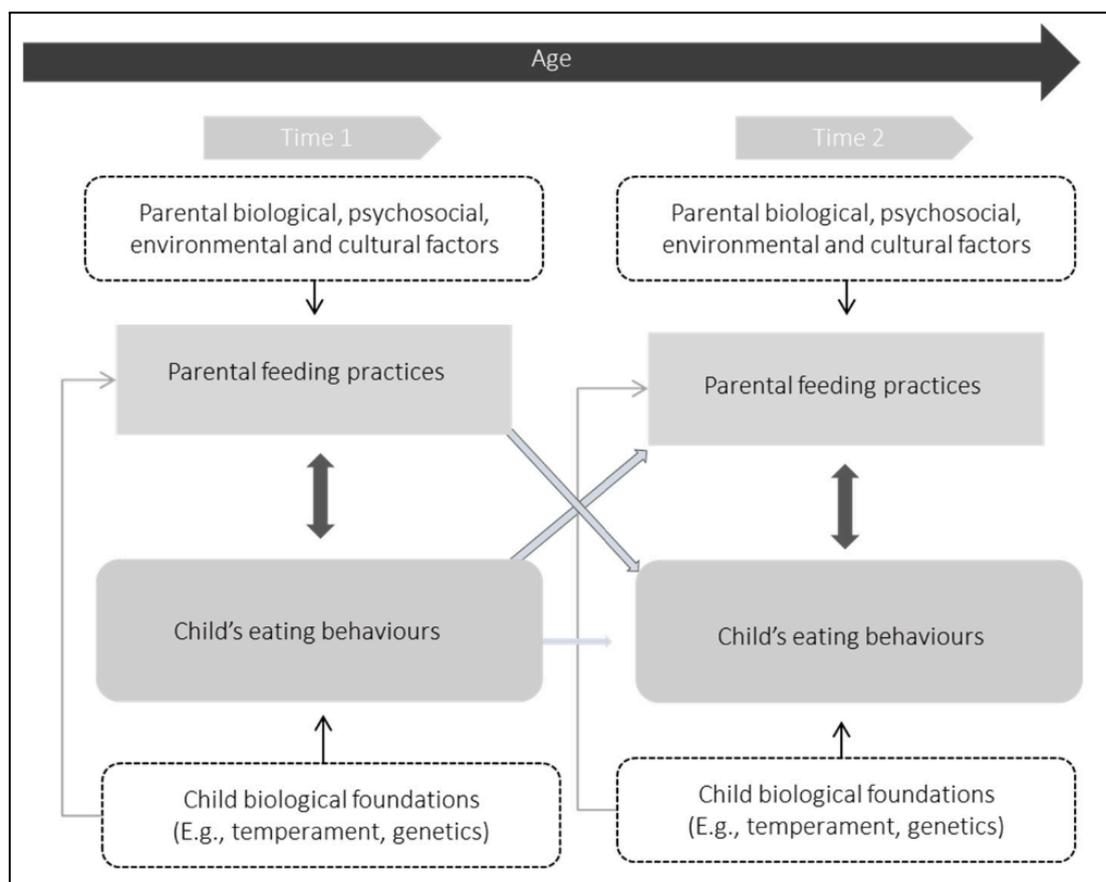
Influencia de las prácticas alimenticias parentales en los patrones de conducta alimentaria

Determinar hasta qué punto los padres influyen en el comportamiento de sus hijos es complicado. Aunque no queda claro si las prácticas alimentarias de los padres, determinan o

son consecuencia de los comportamientos alimentarios de los niños (Costa & Oliveira, 2023), los padres pueden ajustar sus prácticas de alimentación según las características de sus hijos.

Burnett et al. (2022) llevan a cabo un estudio que permite identificar estas relaciones bidireccionales dejando atrás a las concepciones tradicionales que hacen de los padres, principales y únicos agentes de influencia. Mediante estudios unidireccionales como los de Farrow et al. (2009), Russell et al. (2021) o Kininmonth et al. (2021), determinan que no sólo encontramos datos significativos que correlacionan prácticas de alimentación parentales (como la restricción, la recompensa o la presión para comer) con patrones de apetitos en los niños, sino que también hay evidencia empírica, en el sentido contrario, es decir, de cómo estos rasgos de apetito en los niños (como la capacidad de saciarse, el comer sin hambre o las dificultades para encontrar alimentos que les gusten), influyen las prácticas de alimentación parentales (Figura 1).

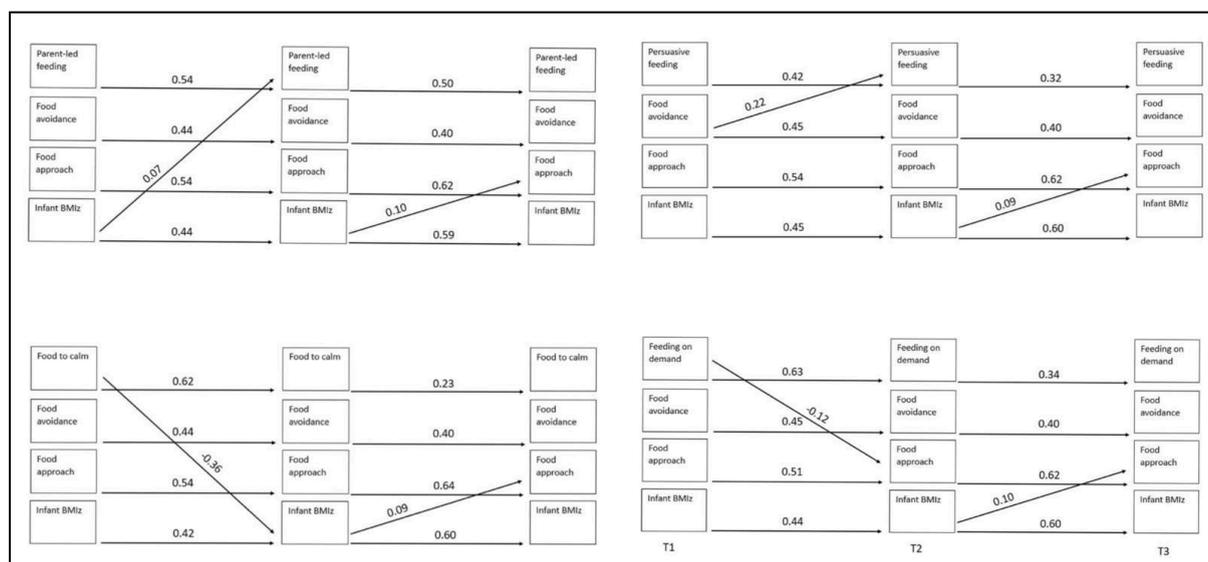
Fig 1 Modelo de procesos biológicos y psicosociales en el desarrollo temprano de los comportamientos alimentarios del niño. Adaptado de Russell y Russell (2018) y Russell y Russell (2019), según se encuentra en Costa y Oliveira (2023)



Nota: Esta figura representa la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la formación del apetito en los niños. Similar al modelo de Burnett et al. (2022) aunque más simple.

Además, Burnett et al. (2022) desarrollan un modelo que examina la dirección en la que las prácticas de alimentación parental, los patrones de apetito del bebé y el IMC se encuentran relacionados. Modelo al que denominan: *Modelo cruzado de prácticas de alimentación parental, rasgos apetitivos del bebé y IMCz del bebé*, que comprende a cuatro submodelos individuales para cada práctica parental (Figura 2)

Fig. 2 Modelo cruzado de prácticas de alimentación parental, rasgos apetitivos del bebé y IMCz del bebé. Adaptado de Burnett et al. (2022).



Nota: La figura muestra el modelo cruzado que examina las asociaciones entre las prácticas de alimentación parental, los rasgos apetitivos del bebé y el IMCz del bebé, dividido en cuatro submodelos. Cada submodelo representa una combinación específica de variables y sus relaciones según lo propuesto por Burnett et al. (2022).

Gracias a este modelo podemos observar que las figuras parentales poseen un cierto grado de influencia para moldear el entorno alimentario de sus hijos. Conociendo estos datos, podemos hacer un buen uso de ellos, e instaurar estrategias preventivas tempranas en el desarrollo de los comportamientos alimentarios de los menores. Puesto que suelen ser los padres los principales selectores de los alimentos, las reglas, la frecuencia, la estructura y las interacciones que tienen con sus hijos durante las comidas (Ventura & Birch, 2008).

La influencia parental en estos rasgos de apetito en la infancia parece comenzar antes incluso del nacimiento mediante las exposiciones perinatales. Costa y Oliveira (2023) destacan que se ha demostrado que la lactancia directamente del pecho de la madre, se relaciona con una mayor regulación del apetito posteriormente. Por el contrario, un bebé alimentado a base de fórmulas infantiles corre el riesgo de tener una experiencia sensorial limitada que no fomente distintas experiencias de sabor o, puede llevar al cuidador a alimentar al niño sin atender a las señales de saciedad.

Resulta interesante entonces, indagar sobre los hallazgos en cuanto al *weight status* y los patrones de apetito de los niños derivados de las prácticas alimentarias parentales, de forma individual. Así pues, según Costa y Oliveira (2023):

- ***Las prácticas parentales coercitivas:***

Son las más estudiadas por la bibliografía. A diferencia del resto, parecen ser las más nocivas. Se ha sugerido que estas prácticas pueden afectar la capacidad de autorregulación de los niños y su respuesta adecuada a las señales internas de hambre o saciedad. En estudios transversales (Costa & Oliveira, 2023), prácticas como la restricción, se han asociado con comportamientos de aproximación alimentaria, es decir, la tendencia a comer en exceso. En cambio, la presión por comer, la monitorización o el uso de la comida como forma de recompensa, están relacionadas con una alta aversión alimentaria y baja receptividad y disfrute de la misma. En estudios longitudinales, se las correlaciona con un aumento de ingesta en ausencia de hambre (Rodgers et al., 2013; Birch et al., 2003; Ventura & Birch, 2008).

- ***Las prácticas de apoyo a la autonomía y el entorno estructurado para las comidas familiares:***

A diferencia de la monitorización excesiva de la cantidad y de lo que se come, mantener una estructura durante las comidas familiares ha mostrado resultados positivos en la regulación personal de los menores. Además, prácticas como incluir a los menores en la elección de alimentos, del menú semanal familiar, o en la preparación de un plato, por ejemplo, ha sido asociado con elecciones alimentarias más saludables, un mayor disfrute de la comida y menos resistencia a comer (Shim et al., 2016). Que los padres sean modelos de una alimentación saludable, anticipa

menores niveles de exigencia con la comida, mayor interés y exploración de nuevos alimentos. Es importante señalar que estas prácticas están influenciadas por una interacción compleja de factores socioeconómicos, educativos, culturales, aspectos personales y de salud psicológica (Costa & Oliveira, 2023). Por consiguiente, sería de gran interés realizar estudio exhaustivo para determinar con exactitud qué elementos o características de la dinámica familiar están relacionados con la adopción de estas prácticas de protección frente al desarrollo de TCAs.

Influencia de los patrones de apego parentales en el desarrollo de los TCA:

A pesar de no ser el enfoque más estudiado en pacientes con este trastorno, resulta interesante indagar en la relación que existe entre el apego (de padres/madres-hijos/as) y la aparición de TCAs o estrategias maladaptativas con la comida.

La teoría de los apegos de Bowlby (1969) es pionera en explicar cómo los niños responden a los comportamientos de sus cuidadores. Se diferencian como base tres tipos comportamientos, que varían en función de las adaptaciones del niño para conseguir el cuidado y la seguridad de las figuras referentes en la infancia. Estos estilos de apego dependen de si los cuidadores principales se muestran distantes, poco receptivos, atemorizantes o negligentes y marcan el desarrollo evolutivo de los niños (Tetley et al., 2014).

- El *apego evitativo*, está relacionado con el retraimiento, sobre todo emocional,
- El *apego ansioso*, al contrario, se relaciona con la angustia extrema al separarse, buscando así la cercanía con la figura constantemente; y, por último,
- El *apego desorganizado/ambivalente*, implica una combinación y confusión entre la búsqueda de cuidados, y sentimientos de miedo y evitación.

Autores como Pinto-Cortez et al. (2018) o Collado et al. (2023) han verificado la relación entre los estilos de apego inseguro e indicadores de futuras psicopatologías en adolescentes. Balottin et al. (2017) encontraron un apego evitativo más frecuente en pacientes con AN y un apego ambivalente en pacientes con BN. Por su parte, Pinto-Cortez et al. (2018), determinaron que los individuos con un **apego ambivalente/desorganizado** muestran diferencias significativas en el diagnóstico de los TCA, en comparación con otros estilos de apego. Estos individuos se caracterizan por presentar conductas

obsesivo-compulsivas y una visión más negativa del *self*, siendo este último aspecto un indicador principal de creencias irracionales asociadas a los TCAs.

Por otro lado, Parker et al. (1979), desarrollan el término *parental bonding* o, vínculo parental, tras criticar a la teoría de apegos de Bowlby (1969). Estos investigadores consideran que, en una sola dimensión se está incluyendo a dos características distintas. Según ellos, la teoría del apego se centra en cómo los padres responden emocionalmente a sus hijos, pero no tiene en cuenta cómo el nivel de protección o control ejercido por los padres puede influir en el apego. Por ello, Parker y colegas (1979) separan entre *la dimensión de cuidado* y *la dimensión de protección*. Que se organizan como constructos dualistas:

- ***La dimensión de cuidado***

Abarca cualidades desde el afecto, la calidez, la cercanía y la empatía hasta la frialdad emocional, la indiferencia y la negligencia.

- ***La dimensión de protección***

Por otro lado, esta dimensión, normalmente llamada de sobreprotección/control, se distribuye entre factores positivos de independencia y autonomía, hasta la intrusión, la infantilización o la prevención/prohibición de comportamientos independientes.

Aunque los resultados varían entre estudios, las investigaciones sobre el *parental bonding* indican que los pacientes con trastornos alimentarios perciben un menor cuidado y mayor sobreprotección por parte de sus padres (Balottin et al., 2017). Resultados similares son evidenciados por Gezelius et al. (2023) quienes proporcionan, además, datos concretos sobre la figura paterna que identifican un estilo evitativo significativamente por encima del grupo control en los padres de pacientes con TCA. Destacable del estudio realizado por Gezelius et al. (2023) en su interpretación de los resultados donde se explica la importancia de la distancia emocional entre padres e hijos. En esta última reflexión, los autores asocian la falta de cercanía parento-filial con las evaluaciones negativas tanto de uno mismo como de los demás, en los individuos (Delvecchio et al., 2014). Los trastornos de la conducta alimentaria son entendidos entonces como un mecanismo de regulación emocional, es decir, una forma de controlar y aliviar (aunque momentáneamente) estos sentimientos negativos.

Conocer la influencia de la familia en relación a los TCAs resulta de gran utilidad de cara a perfeccionar los tratamientos para estos pacientes. Gezelius et al. (2023) en su estudio evidencian cómo el trabajo en cuanto al vínculo entre padres-hijos/as durante el tratamiento propició una disminución en sus niveles de inseguridad parental, así como un desplazamiento hacia un apego más seguro/confiado.

A pesar de estos prometedores datos, Tetley et al. (2014), subrayan que la correlación existente con los apegos no parece ser exclusiva de los TCA, sino que la podemos encontrar también en otro tipo de trastornos. Señalan ciertas limitaciones de las investigaciones que siguen este enfoque, puesto que en muchas ocasiones recurren al recuerdo de los pacientes para determinar la relación que mantenían con sus padres en la niñez. Sin tener en cuenta las fallas que este método de recopilación de información pueda tener.

C) FACTORES DE PROTECCIÓN FAMILIAR EN LOS TCA:

Por lo general, la investigación actual respecto a los TCA, se enfoca, sobre todo, en los factores de riesgo (Langdon-Daly y Serpell, 2017). No obstante, los actuales teóricos positivistas, fomentan el estudio de los aspectos positivos de los individuos y sus sistemas, bajo la premisa de fortalecer habilidades ante reducir riesgos. O lo que es lo mismo, fomentar los factores de protección.

Ateniéndonos al marco teórico psicopatológico, podemos definir un factor de protección como "aquello que modera el efecto de un factor de riesgo en desarrollo, promoviendo la resiliencia y/o conductas, actitudes o pensamientos adaptativos en su lugar" (Masten et al., 1990; Rutter, 1987). En su estudio, Kraemer et al. (1997) denuncian la falta de consistencia en las definiciones tanto del término "factores de riesgo" como el de "factores de protección". Determinan, que muchos estudios utilizan los términos de forma incorrecta, refiriéndose a los correlatos y a las consecuencias, como factores precedentes a este tipo de trastornos. Este error en la tipografía estudiada, también es típico a la hora de hablar sobre las causas de los TCA. Es decir, aquellos factores que tienen el poder de manipular y cambiar el resultado de un acontecimiento. Por errores como estos en la investigación actual, es posible que ciertos factores potencialmente protectores, hayan podido caer en la definición incorrecta. Como puede ser el caso del sistema familiar. Sin embargo, es de vital importancia

entender que a la hora de atribuir propiedades causales, se debe considerar una multitud de esferas y factores en constante interacción, como se evidencia en el modelo biopsicosocial.

Este nuevo enfoque parece demostrar ser especialmente útil a la hora de desarrollar o idear programas de prevención universal. Los psicólogos, destacan la importancia de considerar al sistema familiar, como pieza clave para ayudar a los pacientes a superar las dificultades de sus trastornos alimentarios. Langdon-Daly y Serpell (2017) describen a los núcleos familiares como un recurso esencial para promover la recuperación de pacientes de TCA. Sin embargo, no son pocos los estudios que señalan a las familias como posibles factores de riesgo para el desarrollo de patologías alimentarias. Los comentarios o burlas familiares acerca del peso, la importancia a la dieta o un control exacerbado de los alimentos, son algunos de los factores de riesgo detectados dentro de la familia. En contraste, los factores de protección también han sido encontrados en el contexto familiar. Por ello, si desviamos la mirada de la tendencia actual, investigar sobre los factores de protección en el sistema familiar, podría aportarnos información sobre las pautas a seguir para la prevención de este tipo de trastornos. Consiguiendo así, una visión amplia sobre la promoción de procesos y prácticas, que protejan a los individuos más vulnerables en sus diferentes contextos como el colegio, la familia o la comunidad de iguales (Hart et al., 2014).

Actualmente, se conoce a este conjunto de factores de protección contra el desarrollo de comportamientos de riesgo (French et al. 2001), como *developmental assets*. O lo que es lo mismo, "activos para el desarrollo". Sin embargo, estos *assets* no son universales. Por lo que quedan sujetos al contexto, variables socioeconómicas, culturales e individuales (Langdon-Daly y Serpell, 2017).

En su trabajo, siguiendo la hipótesis de la importancia de la familia en la prevención de los TCA, Langdon-Daly y Serpell (2017) barajan una serie de factores que puedan estar asociados con una menor probabilidad de desarrollar comportamientos alimentarios desadaptativos. Mediante una revisión sistemática de 25 artículos, consiguen identificar cinco factores que parecen estar inversamente relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios:

Evidencia empírica sobre los Factores de Protección Familiar en los TCA:

La Conexión Familiar: El término *family connectedness* define a este factor de protección. La *family connectedness* puede ser entendida como el vínculo emocional o el sentido de pertenencia y cercanía del individuo con su sistema familiar. Engloba también a los patrones de comunicación positivos, el establecimiento de límites claros, el nivel de apoyo y la comprensión o confianza que el individuo percibe en los miembros de su familia (French et al., 2001). Neumark-Sztainer et al. (2007), Ferreiro et al. (2011) y Croll et al. (2002), entre otros, obtienen datos que muestran que los altos niveles de conexión familiar, reportan mayores niveles de bienestar emocional y mental en niños y adolescentes. Así como menor probabilidad de que estos individuos participen en comportamientos de control de peso extremo o atracones. En otros estudios, esta conexión familiar, en conjunto con la composición familiar y la estructura, determinan, que la mayor presencia parental reduce el desarrollo de comportamientos relacionados con los TCA como la dieta, la purga u otros comportamientos extremos (como el uso de laxantes o el ejercicio excesivo) (Berge et al. 2012). Por tanto, la conexión familiar se traduce en uno de los factores de protección más significativos para la prevención y discriminación entre individuos con y sin diagnóstico de TCA (Langdon-Daly y Serpell, 2017).

Las Comidas Familiares: La frecuencia en las comidas familiares ha demostrado ser otro de los factores de protección más consistentes en la prevención de sintomatología bulímica, comportamientos disruptivos en la alimentación o las dietas estrictas. Estudios como los de Loth et al. (2014), Wang et al. (2012), Fulkerson et al. (2006) o Neumark-Sztainer et al. (2004) han evidenciado la relación inversamente proporcional de la frecuencia de las comidas o cenas familiares, con el desarrollo de comportamientos relacionados con los TCA. La frecuencia de las comidas familiares, se considera, por ende, el factor de protección más prometedor a la hora de prevenir casos de TCA. Así como elemento moderador del efecto negativo de los factores de riesgo.

La Calidad de las Relaciones Familiares: La calidad de las relaciones familiares hace referencia a los niveles de satisfacción que los individuos miembros de un sistema familiar evidencian. En su estudio, Allen et al. (2014) concluyen que un sentimiento de mayor satisfacción con la vida familiar, parece mostrar facultades protectoras frente al desarrollo de conductas alimentarias negativas o desadaptativas. Sin embargo, este estudio no investigó sobre qué aspectos hacen que un individuo obtenga mayores o menores niveles de

satisfacción en la familia. Así mismo, tampoco se define con exactitud los criterios de satisfacción.

El Ambiente en torno a la Alimentación y el Peso: Este factor hace referencia, sobre todo, a las conversaciones familiares relacionadas con el peso, la dieta y los comportamientos alimentarios saludables. Este aspecto es algo más controversial a la hora de ser definido como factor de protección. En este caso, las charlas parentales respecto al peso, parecen estar asociadas con una mayor probabilidad al desarrollo de comportamientos restrictivos o problemáticos, en la alimentación de los menores. No obstante, la misma charla, orientada a los comportamientos saludables en la alimentación, demuestra ser un factor de protección contra los desórdenes alimenticios, sobre todo en aquellos menores con sobrepeso (Berger et al., 2012).

La Composición Familiar: Se refiere a la cantidad de hermanos existentes en el sistema familiar del paciente con TCA, el tipo de hermanos que se tiene y la interacción con ellos. Ahrén et al. (2013) explican cómo los hermanos de sangre o "completos" pueden formar parte de los *developmental assets*, ya que parecen ser capaces de diluir las expectativas de los padres y la presión puesta sobre los hijos. Sus resultados, muestran cómo en una muestra de aproximadamente 250.000 individuos de origen sueco, las mujeres con mayor número de hermanos mostraron una predisposición menor al desarrollo de TCAs. No obstante, los resultados eran contrarios cuando la misma encuesta se aplicaba con hermanastros. Ahrén et al. (2013) nos sugieren, que la capacidad disgregadora de los hermanastros podría ser interrumpida por la mayor probabilidad de que estas familias reestructuradas hayan experimentado eventos de carácter negativo, como la pérdida, el duelo o la separación.

Experiencia de los hermanos de personas con TCA:

A pesar de los datos reportados por Ahrén et al. (2013) sobre la capacidad protectora de los hermanos en el desarrollo de TCAs. Resulta interesante destacar el estudio llevado a cabo por Scutt et al. (2022) sobre la perspectiva de los hermanos de pacientes con diagnóstico de AN. En este estudio, los participantes describen cambios en sus roles familiares, sentimientos de responsabilidad, tristeza, miedo y el desarrollo de propios problemas alimentarios, caracterizados por la comparación con sus hermanos, la excesiva atención de la

familia a la alimentación y la incapacidad para pedir ayuda a los padres, movidos por sentimientos de vergüenza.

Scutt et al. (2022) sugieren la relación de este acontecimiento con el Modelo Cognitivo Interpersonal de Mantenimiento, descrito por Treasure et al. (2020). Donde se vinculan las conexiones sociales, con el mantenimiento de la AN. Explicando así que el distanciamiento familiar vivenciado por los hermanos a causa de la aparición de la AN, aumentó la sensación de aislamiento y angustia emocional. Pudiendo dar lugar a la aparición de comportamientos problemáticos con la comida, debido a la dificultad para manejar emociones y encontrar apoyo, tras la enfermedad de su hermano.

D) MARCO TEÓRICO Y PRÁCTICO DEL TRATAMIENTO DE LOS TCA CENTRADO EN LA FAMILIA:

A lo largo del análisis bibliográfico, se evidencia como la obtención de resultados positivos en el tratamiento de individuos con TCA, es mucho mayor si el tratamiento se inicia lo antes posible. Sobre todo en los tres primeros años de su aparición (Bound et al., 2017). En este apartado, nos centramos en la descripción de los tratamientos indicados por la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017), en concreto para menores y adolescentes con diagnóstico de AN debido a que existe una mayor evidencia empírica en cuanto a la capacidad rehabilitadora de estos tratamientos.

Tratamiento Basado en la Familia para adolescentes:

La terapia familiar o *Family Based Therapy* (FBT), esta centrada en el manejo de los síntomas claves de los trastornos alimentarios y es, actualmente, el tratamiento preferido por la NICE (2017) junto con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (Costandache et al., 2023), en concreto para la AN (Wagner et al., 2016). Este tratamiento fue desarrollado en el Hospital Maudsley de Londres, Reino Unido, por Lock y Le Grange en el año 2013. Quienes lo describen como un modelo integrado que se inspira en diversos enfoques terapéuticos como la terapia narrativa o modelos de terapia sistémica (Eisler et al., 2010). Se caracteriza por cinco principios clave:

- Actitud agnóstica hacia la causa del trastorno
- Enfoque terapéutico no autoritario

- Empoderamiento de los padres
- Separar al adolescente de la enfermedad mediante la externalización y,
- Enfocarse en la sintomatología del trastorno alimentario.

La FBT se diferencia de los demás tratamientos, en que potencia la autoridad de los padres para tomar medidas con respecto al cambio de los comportamientos restrictivos o purgatorios. Su estructura consta de un máximo de 20 sesiones que se dividen en tres fases a lo largo de un año. Entre sus objetivos se destaca: la búsqueda por revitalizar el rol parental, la alianza y el apoyo padres-hijo/a. En un primer momento, siendo los padres los que guíen el comportamiento del individuo, hasta conseguir que sean los propios pacientes quién se autorregulan y sigan una trayectoria de desarrollo normal (Wagner et al., 2016).

A pesar de que la FBT ha mostrado ser más eficaz que la terapia individual para la restauración del peso en adolescentes (Lock et al., 2010). Menos de la mitad de los pacientes que reciben FBT, logran restaurar el peso al final del tratamiento o mantener los resultados positivos tras la terapia (Billman et al., 2023). Es por lo que existe una necesidad de desarrollar tratamientos alternativos, con vistas a conseguir una remisión completa del diagnóstico.

Terapia Familiar Basada en el Apego para adolescentes:

En caso de que la FBT no obtenga resultados positivos en el paciente, la siguiente recomendación de la NICE (2017) es la TCC. Sin embargo, la TCC tampoco ha mostrado ser altamente eficaz a la hora de restaurar el peso del paciente (Billman et al., 2023). En consonancia con el estudio de Gezelius et al. (2023) sobre cómo la distancia emocional influye en el desarrollo de trastornos alimentarios, se propone la *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT) como alternativa a la TCC (Wagner et al., 2016).

La ABFT demuestra obtener resultados empíricamente significativos en el tratamiento de los TCAs (Diamond et al., 2014). Esta terapia se distingue de la FBT ya que, en vez de centrarse en la sintomatología del paciente, busca solventar las heridas o grietas entre padres e hijos. El objetivo consiste en establecer, una base segura capaz de proteger a la familia en general, y a los miembros en concreto, de estresores externos como las presiones sociales, la exigencia académica o la internalización del ideal de la delgadez (Wagner et al., 2016). Este modelo destaca cinco objetivos específicos en su tratamiento:

- Mejorar las relaciones familiares
- Ayudar al adolescente a identificar y verbalizar experiencias percibidas sobre la ruptura del apego parental
- Reflexionar con los padres sobre los propios patrones de apego y las tensiones actuales con los hijos
- Resolver las rupturas pasadas mencionadas por ambas partes y,
- Restablecer a los padres como base segura para facilitar la exploración y promover la autonomía del adolescente.

Debido a la eficacia demostrada de la ABFT para el tratamiento de trastornos depresivos, ideación suicida y antecedentes de abuso o trauma sexual. Wagner et al. (2016) proponen la inclusión de la ABFT como apoyo a la FBT. Argumentando que mientras la FBT se centra en el cambio de comportamiento, la ABFT serviría para aclimatar dichos cambios, mediante la mejora del clima interpersonal y emocional del sistema familiar. Solventando aquellos conflictos que han causado mella en la familia previamente y posiblemente tras la aparición del diagnóstico del trastorno alimentario.

El objetivo no será "integrar" a la ABFT en la FBT, sino introducir un cambio fundamental del foco de atención durante las sesiones (Wagner et al., 2016). Se le dará prioridad a la reconstrucción de la confianza mutua entre los miembros de la familia, dejando que sea el adolescente con el diagnóstico, quién guíe la terapia y hable sobre su nociones respecto a la relación con sus padres. Es importante realizar esta separación de objetivos de forma clara y comprensible tanto para la familia como para el paciente, puesto que el trabajo simultáneo de la sintomatología y las emociones supeditadas a la problemática, puede dar lugar a confusión. Ya que en la FBT la terapia es guiada por los padres a diferencia de la ABFT.

Wagner et al. (2016) prueban la eficacia de la ABFT en un caso clínico que no respondía adecuadamente a la FBT. Los resultados obtenidos en su trabajo, indican que la implementación de la ABFT en la segunda fase de la FBT, consiguió rebajar los niveles de ira e irritabilidad del paciente contra sus padres. Lo que le impedía apoyarse en ellos durante el tratamiento y manejo de su sintomatología. La ABFT ayudó al paciente a adquirir una mayor estabilidad emocional y restaurar su confianza en sus figuras de protección. Por otro lado, los

padres del paciente adquirieron habilidades psicoeducativas así como herramientas de apoyo para fomentar la autonomía y el progreso del paciente.

4. DISCUSIÓN

A lo largo del trabajo, se ha adquirido un reconocimiento de los TCAs como trastornos con una complejidad profunda, que van más allá de la mera alimentación y la nutrición de los pacientes, en relación con el enfoque ofrecido por el modelo biopsicosocial. En mi opinión, la sintomatología relacionada con los factores psicológicos, las distorsiones cognitivas o la dismorfía corporal típica de estos pacientes, supone una añadida dificultad en su tratamiento. Sin embargo, el profundo impacto de los contextos sociales, incluyendo así a la familia, es decisivo en el manejo de la sintomatología y la recuperación de los TCA. En este contexto, la importancia de las prácticas alimenticias parentales y del apego, adquiere relevancia. Adquiriendo cualidades significativamente influyentes en las conductas y la salud mental y emocional de los adolescentes. Los padres se muestran como elemento capaz de incidir a su vez, en la prevención y recuperación o, por el contrario, en el desarrollo de sintomatología relacionada con los TCAs.

En base a lo trabajado, podemos observar que la tradicional concepción sobre el trabajo único con la sintomatología o la autoridad parental, parece ser insuficiente. Por ello, en consonancia con los psicólogos positivistas y estudios acerca del distanciamiento emocional entre padres e hijos. Cambiar nuestra atención hacia el empoderamiento y fortalecimiento del sistema familiar y del individuo adquiere un papel fundamental para la prevención del desarrollo de los TCAs. El cambio de enfoque, pretende instruir a los individuos en su capacidad para contrarrestar aquellas posibles distorsiones experimentadas sobre la propia imagen o las influencias sociales nocivas. Adquiriendo así herramientas que permitan al paciente enfrentarse y superar las dificultades de un TCA. En la batalla contra los TCAs, es preciso encontrar aliados frente a enemigos para su intervención temprana y efectiva. Por ello, la promoción de la resiliencia, las prácticas como la comunicación abierta en la familia, las frecuencia de las comidas familiares, o los niveles de conexión intrafamiliar (en lugar de dedicarse a reducir riesgos), resulta más relevante a la hora de potenciar el

bienestar emocional de los individuos afectados por o susceptibles a desarrollar un TCA. Con vistas a conseguir implementar esta nueva visión, se propone a la ABFT como terapia de apoyo para la FBT, donde se pretende realizar un profundo trabajo de reconstrucción de las relaciones, los estilos de apego y la cercanía emocional entre hijos-padres.

Dado el papel fundamental que desempeña la familia en la prevención y el tratamiento de los TCA. Resulta además, de gran interés implementar programas psicoeducativos como una parte integral de los tratamientos para los TCAs. Con el objetivo de romper estigmas, fortalecer los recursos de las familias, establecer prácticas alimentarias saludables y conseguir una detección temprana de los TCA. Se recomienda la implementación de estrategias como las sesiones en grupo, los talleres prácticos o los recursos didácticos. El objetivo, será instruir en habilidades de afrontamiento, técnicas de comunicación intrafamiliar y habilitar espacios seguros donde las familias puedan expresar sus preocupaciones, miedos y emociones, con respecto a la enfermedad y la situación familiar vivenciada.

Por último, la personalización de tratamientos para abordar las necesidades individuales de cada paciente y su contexto, puede reinventar la intervención con estos pacientes. Esto no sólo aumenta la eficacia y adherencia al tratamiento, como se ha observado en intervenciones para otros diagnósticos, sino que también reconoce la singularidad de cada individuo y su experiencia con el trastorno, que puede variar ampliamente. Al establecer metas personalizadas basadas en la historia clínica, síntomas específicos, factores desencadenantes y circunstancias individuales, se fomenta la colaboración del paciente y su familia en el proceso terapéutico. Así, al probar la eficacia de un plan de tratamiento individualizado y la integración de un equipo multidisciplinario, podemos fortalecer aún más la estrategia de intervención.

5. CONCLUSIÓN

El objetivo principal del trabajo consiste en realizar un análisis acerca de los factores de protección de la familia para la prevención y tratamiento de pacientes con TCA. Para ello, se ha respondido a las siguientes cuestiones:

1. Se identifica a los factores influyentes en el diagnóstico de los TCA, describiendo la interrelación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales, propuesta por el modelo biopsicosocial
2. La importancia de la familia en la prevención de TCAs, se asocia a la capacidad de los padres para influir en el modelado de la alimentación de los hijos puesto que son los encargados de la selección, las interacción, la frecuencia y la estructura durante las comidas.
3. Las prácticas alimentarias parentales y su influencia en los TCA, se diferencian entre las prácticas coercitivas que afectan a la capacidad de autorregulación de los niños y, las prácticas de apoyo a la autonomía que muestran resultados positivos y un mayor disfrute de la comida.
4. El papel de la dinámica familiar y los estilos de apego, se encuentra determinado por la relación de estilos de apego inseguros y ambivalentes con la psicopatología alimentaria y al *parental bonding* como factor protector a la hora de construir una imagen positiva de nosotros mismos.
5. El término "factor de protección", se define siguiendo la descripción de Masten et al. (1990) y Rutter (1987) quienes los consideran como aspectos positivos de la personalidad, genética y el contexto capaces de moderar el efecto de un factor de riesgo en desarrollo.
6. La identificación de los factores de protección en el ámbito familiar, destaca a la conexión familiar, la frecuencia de las comidas familiares y la calidad de las relaciones familiares como principales "developmental assets" del sistema familiar.
7. La investigación sobre el papel y la experiencia de los hermanos de personas con TCA, evidencia el papel protector de los hermanos frente a las expectativas

parentales. Sin embargo, los hermanos de pacientes con TCA describen cambios comportamentales y emocionales relacionados con el diagnóstico.

8. Los beneficios de incluir a la familia en el tratamiento preventivo o rehabilitatorio de pacientes con TCAs, se detallan presentando a la familia como núcleo de apoyo emocional sólido frente a la enfermedad para la identificación, prevención, adherencia y mejora de la calidad de vida del paciente.
9. La descripción de los tratamientos y enfoques que están demostrando mayor eficacia a la hora de atajar los TCAs, identifica a la ABFT como una terapia de apoyo centrada en la reparación de las relaciones intrafamiliares, que contrarresta los límites encontrados en la FBT.
10. Concluimos sugiriendo aspectos sobre los cuales, hace falta más información tanto para la comprensión de los TCAs como para su tratamiento, explicando los beneficios de la personalización del tratamiento para conseguir una mayor adherencia, junto con los programas psicoeducativos para el desarrollo de estrategias de comunicación intrafamiliar y grupos de apoyo para las familias.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ahrén, J. C., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C., & Goodman, A. (2013). We are family—parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *The International Journal of Eating Disorders/International Journal of Eating Disorders*, *46*(7), 693–700. <https://doi.org/10.1002/eat.22146>
- Allen, K. L., Gibson, L., McLean, N. J., Davis, E. A., & Byrne, S. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders*, *2*(1). <https://doi.org/10.1186/2050-2974-2-11>
- American Psychology Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arija, V., Cano, M., Ruiz, J. P. N., Canals, J., & Martín, Á. P. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G., & Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease And Treatment, Volume 13*, 319-327. <https://doi.org/10.2147/ndt.s128418>
- Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A., McEwan, K., & Gale, C. (2006). Eating Attitudes and Striving to Avoid Inferiority. *Eating Disorders*, *14*(4), 313-322. <https://doi.org/10.1080/10640260600796242>
- Bennett, B. L., & Latner, J. D. (2022). Mindful eating, intuitive eating, and the loss of control over eating. *Eating Behaviors*, *47*, 101680. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101680>
- Berge, J. M., Wall, M. M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2012). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(2), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9478-1>
- Billman, M., Quail, M. A., King, S. A., Mausteller, K., Johnson, M., Forrest, L. N., Lane-Loney, S., & Essayli, J. H. (2023). Feasibility and preliminary effectiveness of a cognitive-behavioral, family-centered partial hospitalization program for adolescents

- with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa at six- and twelve-month follow-up. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.3038>
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 78(2), 215-220. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.2.215>
- Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288, 112961. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112961>
- Burnett, A. J., Jansen, E., Appleton, J., Rossiter, C., Fowler, C., Denney-Wilson, E., & Russell, C. G. (2022). Bidirectional associations between parental feeding practices, infant appetitive traits and infant BMIz: a longitudinal cohort study. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12966-022-01392-z>
- Chapman, L., Cartwright-Hatton, S., Thomson, A., & Lester, K. J. (2021). Parental eating disorders: A systematic review of parenting attitudes, behaviours, and parent-child interactions. *Clinical Psychology Review*, 88, 102031. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102031>
- Collado, G. E., Carpallo-González, M., & Muñoz-Navarro, R. (2023). Explorando la relación entre las somatizaciones, la ansiedad y la regulación emocional. El efecto mediador de las estrategias desadaptativas. *Ansiedad y Estrés*, 29(3), 145-152. <https://doi.org/10.5093/anyes2023a18>
- Costa, A., & Oliveira, A. (2023). Parental Feeding Practices and Children's Eating Behaviours: An Overview of Their Complex Relationship. *Healthcare*, 11(3), 400. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030400>
- Costandache, G. I., Munteanu, O., Salaru, A., Oroian, B. A., & Cozmin, M. (2023). An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii I Neurologii*, 32(1), 40–48. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.127237>
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166–175. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(02\)00368-3](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(02)00368-3)

- Dahlgren, C. L., & Qvigstad, E. (2018). Eating disorders in premenstrual dysphoric disorder: a neuroendocrinological pathway to the pathogenesis and treatment of binge eating. *Journal Of Eating Disorders*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0222-2>
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Salcuni, S., Lis, A., & George, C. (2014). Anorexia and attachment: dysregulated defence and pathological mourning. *Frontiers In Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01218>
- Denning, D. M., Perry, T., Reilly, E. E., Berner, L. A., Velkoff, E. A., Kaye, W. H., Wierenga, C. E., & Brown, T. A. (2022). Associations of suicide risk with emotional reactivity, dysregulation, and eating disorder treatment outcomes. *Suicide & Life-threatening Behavior/Suicide And Life-threatening Behavior*, 52(6), 1126-1139. <https://doi.org/10.1111/sltb.12907>
- De Santana, M. L. P., Da Costa Ribeiro, H., Giral, M. M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutricion Hospitalaria*, 27(2), 391-401. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Diamond, G., Diamond, G. M., & Levy, S. (2014). Attachment-based family therapy for depressed adolescents. In *American Psychological Association eBooks*. <https://doi.org/10.1037/14296-000>
- Eisler, I., Lock, J., Grange, D. L., Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (2010). Family-based treatments for adolescents with anorexia nervosa: single-family and multifamily approaches. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, 150–174. <https://psycnet.apa.org/record/2009-21675-008>
- Farrow, C., Galloway, A. T., & Fraser, K. J. (2009). Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. *Appetite*, 52(2), 307-312. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.10.009>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). Physical appearance as a measure of social ranking: The role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(1), 55-66. <https://doi.org/10.1002/cpp.769>
- Ferreiro, F., Pesqueira, G. S., & Senra, C. (2011). Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: a 4-year longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 607–622. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9718-7>

- Foran, A., O'Donnell, A. T., & Muldoon, O. T. (2023). Affiliative identity, well-being and eating disorder symptoms during the transition to university. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 34*(1). <https://doi.org/10.1002/casp.2685>
- Foroughi, A., Khanjani, S., & Asl, E. M. (2019). Relationship of Concern About Body Dysmorphia with External Shame, Perfectionism, and Negative Affect: The Mediating Role of Self-Compassion. *Iranian Journal Of Psychiatry And Behavioral Sciences, 13*(2). <https://doi.org/10.5812/ijpbs.80186>
- French, S. A., Leffert, N., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Benson, P. (2001). Adolescent binge/purge and weight loss behaviors: associations with developmental assets. *Journal of Adolescent Health, 28*(3), 211–221. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00166-x](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00166-x)
- Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A. E., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D., & French, S. A. (2006). Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health, 39*(3), 337–345. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>
- Gaete, V., & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista Chilena de Pediatría, 91*(5), 784-793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Ghazzawi, H., Nimer, L. S., Sweidan, D. H., Alhaj, O. A., Abulawi, D., Amawi, A. T., Levine, M. P., & Jahrami, H. (2023). The global prevalence of screen-based disordered eating and associated risk factors among high school students: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal Of Eating Disorders, 11*(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00849-1>
- Gezelius, C., Wahlund, B., & Wiberg, B. (2023). Relation between increasing attachment security and weight gain: a clinical study of adolescents and their parents at an outpatient ward. *Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity, 28*(1). <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01611-x>
- Gorrell, S., Loeb, K. L., & Grange, D. L. (2019). Family-based Treatment of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics Of North America, 42*(2), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>
- Hart, L., Cornell, C., Damiano, S. R., & Paxton, S. J. (2014). Parents and prevention: A systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *The International Journal of Eating*

- Disorders/International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 157–169.
<https://doi.org/10.1002/eat.22284>
- Hazzard, V. M., Miller, A. L., Bauer, K. W., Mukherjee, B., & Sonnevile, K. R. (2020). Mother–Child and Father–Child Connectedness in Adolescence and Disordered Eating Symptoms in Young Adulthood. *Journal Of Adolescent Health*, 66(3), 366-371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.019>
- Ho, P., Erceg-Hurn, D. M., McEvoy, P. M., Campbell, B., Mathersul, D. C., Correia, H., & Raykos, B. (2024). Examining co-occurring social anxiety in cognitive behavioral therapy for eating disorders: Does it change and does it moderate eating disorder outcomes? *The International Journal of Eating Disorders/International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.24191>
- Iwajomo, T., Bondy, S. J., De Oliveira, C., Colton, P., Trottier, K., & Kurdyak, P. (2020). Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *The British Journal Of Psychiatry*, 219(3), 487-493. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.197>
- Izydorczyk, B., Ha, T. T. K., Lipowska, M., Sitnik-Warchulska, K., & Lizińczyk, S. (2021). Psychological risk factors for the development of restrictive and bulimic eating behaviors: A Polish and Vietnamese comparison. *Nutrients*, 13(3), 910. <https://doi.org/10.3390/nu13030910>
- Kininmonth, A. R., Smith, A. C. H., Carnell, S., Steinsbekk, S., Fildes, A., & Llewellyn, C. H. (2021). The association between childhood adiposity and appetite assessed using the Child Eating Behavior Questionnaire and Baby Eating Behavior Questionnaire: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 22(5). <https://doi.org/10.1111/obr.13169>
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>
- Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal Of Eating Disorders*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0141-7>
- Lock, J., Grange, D. L., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomised clinical trial comparing Family-Based Treatment with Adolescent-Focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>

- Lock, J., & Nicholls, D. (2020). Toward A Greater Understanding of the Ways Family-Based Treatment Addresses the Full Range of Psychopathology of Adolescent Anorexia Nervosa. *Frontiers In Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00968>
- López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica las Condes*, *22*(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
- Loth, K. A., Wall, M. M., Choi, C. J., Bucchianeri, M. M., Quick, V., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Family meals and disordered eating in adolescents: Are the benefits the same for everyone? *The International Journal of Eating Disorders/International Journal of Eating Disorders*, *48*(1), 100–110. <https://doi.org/10.1002/eat.22339>
- Ludvigsson, J., & Faresjö, Å. O. (2024). The importance of factors early in life for development of eating disorders in young people, with some focus on type 1 diabetes. *Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, *29*(1). <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01633-5>
- MacDonald, D. E., Dimitropoulos, G., Royal, S., Polanco, A., & Dionne, M. (2015). The Family Fat Talk Questionnaire: Development and psychometric properties of a measure of fat talk behaviors within the family context. *Body Image*, *12*, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.10.001>
- Masten, A. S., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology (Print)*, *2*(4), 425–444. <https://doi.org/10.1017/s0954579400005812>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self And Identity*, *2*(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M. M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N. E., & Van Den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, *33*(5), 359-369.e3. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.031>
- NICE. (2017, 23 mayo). *Overview | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Pinto, C., Ferreira, C., & Trindade, I. A. (2017). Social safeness and disordered eating: Exploring underlying mechanisms of body appreciation and inflexible eating. *Eating*

- And Weight Disorders - Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 22(2), 303-309.
<https://doi.org/10.1007/s40519-017-0384-y>
- Pinto-Cortez, C., Beyzaga, M., Cantero, M. F., Oviedo, X., & Vergara, V. (2018). Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 5(3), 23-29. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.3>
- Rodgers, R. F., Berry, R., Laveway, K., & Carrard, I. (2022). Positive body image, intuitive eating, and psychosocial functioning among older women: Testing an integrated model. *Eating Behaviors*, 45, 101627. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101627>
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & Chabrol, H. (2009). Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. *Body Image*, 6(3), 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.04.004>
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-24>
- Rowlands, K., Willmott, D., Cardi, V., Bryan, D. C., Cruwys, T., & Treasure, J. (2021). An examination of social group memberships in patients with eating disorders, carers, and healthy controls. *European Eating Disorders Review*, 29(5), 733–743. <https://doi.org/10.1002/erv.2840>
- Russell, C. G., Appleton, J., Burnett, A. J., Rossiter, C., Fowler, C., Denney-Wilson, E., & Jansen, E. (2021). Infant Appetitive Phenotypes: A Group-Based Multi-Trajectory Analysis. *Frontiers In Nutrition*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.749918>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Schrepft, S., Van Jaarsveld, C. H. M., Fisher, A., Herle, M., Smith, A. C. H., Fildes, A., & Llewellyn, C. (2018). Variation in the Heritability of Child Body Mass Index by Obesogenic Home Environment. *JAMA Pediatrics*, 172(12), 1153. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1508>
- Scutt, E., Langdon-Daly, J., & Smithson, J. (2022). Experiences of eating difficulties in siblings of people with anorexia nervosa: a reflexive thematic analysis. *Journal Of Eating Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00646-2>
- Shim, J. E., Kim, J., Lee, Y., Harrison, K., Bost, K. K., McBride, B. A., Donovan, S. M., Grigsby-Toussaint, D. S., Liechty, J. M., Wiley, A., Terán-García, M., & Fiese, B. H.

- (2016). Fruit and Vegetable Intakes of Preschool Children Are Associated With Feeding Practices Facilitating Internalization of Extrinsic Motivation. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 48(5), 311-317.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.01.003>
- Simone, M., Hazzard, V. M., Berge, J. M., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Associations between weight talk exposure and unhealthy weight control behaviors among young adults: A person-centered approach to examining how much the source and type of weight talk matters. *Body Image*, 36, 5–15. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.004>
- Simone, M., Scodes, J., Mason, T. B., Loth, K. A., Wall, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2019). Shared and non-shared risk and protective factors of binge eating and binge drinking from adolescence to young adulthood. *Journal Of Health Psychology*, 26(6), 805-817. <https://doi.org/10.1177/1359105319844588>
- Tetley, A., Moghaddam, N., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. In *American Psychological Association eBooks*. <https://doi.org/10.1037/10312-000>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Bryan, D. C., Rowlands, K., & Schmidt, U. (2020). Cognitive Interpersonal Model for Anorexia Nervosa Revisited: The Perpetuating Factors that Contribute to the Development of the Severe and Enduring Illness. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 630. <https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Trofholz, A., Tate, A., Telke, S., Loth, K. A., Buchanan, G., & Berge, J. M. (2022). Associations Between Weight Talk and Biopsychosocial Outcomes in Children from Racially/Ethnically Diverse Households. *Journal Of Child And Family Studies*, 32(1), 31-43. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02351-9>
- Turk, F., Kellett, S., & Waller, G. (2021). Determining the potential links of self-compassion with eating pathology and body image among women and men: A cross-sectional mediational study. *Body Image*, 37, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.007>
- Vasiliu, O. (2023). An integrative model as a step toward increasing the awareness of eating disorders in the general population. *Frontiers In Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1184932>

- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, *5*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>
- Wagner, I., Diamond, G., Levy, S., Russon, J., & Litster, R. (2016). Attachment-Based Family Therapy as an Adjunct to Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy*, *37*(2), 207-227. <https://doi.org/10.1002/anzf.1152>
- Wang, M. L., Walls, C., Peterson, K. E., Richmond, T. K., Spadano-Gasbarro, J. L., Greaney, M. L., Blood, E. A., Mezgebu, S., McCormick, M. C., Subramanian, S. V., & Austin, S. B. (2012). Dietary and physical activity factors related to eating disorder symptoms among middle school youth. *Journal of School Health*, *83*(1), 14–20. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2012.00742.x>
- Webb, J. B., Rogers, C., Etzel, L., & Padro, M. (2018). “Mom, quit fat talking—I’m trying to eat (mindfully) here!”: Evaluating a sociocultural model of family fat talk, positive body image, and mindful eating in college women. *Appetite*, *126*, 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.003>
- White, H. J., Sharpe, H., & Plateau, C. R. (2023). Family body culture, disordered eating and mental health among young adult females during COVID-19. *Eating Behaviors*, *51*, 101792. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101792>
- Zanella, E., & Lee, E. (2022). Integrative review on psychological and social risk and prevention factors of eating disorders including anorexia nervosa and bulimia nervosa: seven major theories. *Heliyon (London)*, *8*(11), e11422. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11422>