



LA INFLUENCIA DE LOS ROLES PARENTALES SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

The influence of parental roles on the maintenance of eating disorders

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria

Curso 2022/2023

Autora: María Rasines Polo

Directora: Ana Bermúdez Saiz

AVISO RESPONSABILIDAD UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
2.	ABSTRACT	1
3.	INTRODUCCIÓN	2
3.1.	JUSTIFICACIÓN	2
3.2.	OBJETIVOS	3
3.3.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	4
3.4.	DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS	5
4.	CAPÍTULO I: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	5
4.1.	EPIDEMIOLOGÍA	5
4.2.	TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	8
4.3.	TRATAMIENTO	10
5.	CAPÍTULO II: LA INFLUENCIA FAMILIAR SOBRE LOS TCA	11
5.1.	LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO	11
5.2.	LAS TEORÍAS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR	13
5.3.	LOS ROLES PARENTALES CONVIVIENTES CON UN PACIENTE CON TCA	15
6.	CAPÍTULO III: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DIRIGIDA HACIA LAS FAMILIAS.....	18
6.1.	EL FAMILIAR COTERAPEUTA.....	18
6.2.	GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	19
6.3.	TERAPIA GRUPAL PARA PADRES	19
7.	CONCLUSIONES.....	27
8.	ANEXOS.....	28
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1. RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) engloban un complejo conjunto de enfermedades que afectan a la salud mental de la población pediátrica y adolescente con una frecuencia cada vez mayor. Se caracterizan por predisponer en los individuos que lo padecen conductas alteradas ante la ingesta de alimentos y comportamientos anormales vinculados con el control del peso y la distorsión de la figura corporal. El desarrollo de estas enfermedades psiquiátricas genera la aparición de otros problemas graves de salud con repercusiones físicas, psicológicas y sociales en la persona.

En el presente trabajo hablaremos de la influencia que tiene el ámbito familiar conviviente con una persona que padece un TCA. La familia constituye un factor determinante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios y, al poder influir en el transcurso de la enfermedad, se ha empezado a involucrar a la familia en el tratamiento de estos trastornos. A través de investigaciones realizadas sobre los diferentes estilos de afrontamiento o roles parentales que desempeñan los cuidadores de los pacientes, se propondrán una serie de intervenciones dirigidas por un equipo multidisciplinar, dentro del cual se destacará la figura de la enfermera de salud mental, enfocadas a las familias con el objetivo de incrementar su implicación en el tratamiento y consecuentemente ayudar al paciente a superar la enfermedad.

Palabras clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Familia, Relaciones Familiares.

2. ABSTRACT

Eating Disorders encompass a complex set of diseases that affect the mental health of the pediatric and adolescent population with an increasing frequency. It is characterized by prejudice over the people who suffer it certain altered behaviors before the intake of food and unusual behaviors link to the control of weight and the distortion of physical appearance. The progress of these psychiatric diseases produce the appearance of another health problems with physical, psychological and social repercussions in the person.

In this study we'll talk about the influence of the family environment coexisting with an eating disorder person. The family founded a decisive variable in the progress and maintenance of the eating disorders and since it can influence about the course of the disease, it has begun to involved the family in the treatment of this disorders. Through some researches about the different coping styles or parental roles that can develop the carers of the patients, it will be proposed some care interventions and activities conducted by a multidisciplinary team, in which it will be stand out the mental health nurse shape, aimed to the families with the objective of increase the implication in the treatment and consequently help the patient to get over the disease.

Keywords: Feeding and Eating Disorders, Family, Family Relations

3. INTRODUCCIÓN

3.1. JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es una etapa relevante en la que el individuo comienza un largo recorrido repleto de vivencias y cambios durante el que trata de construir una identidad con la que sentirse a gusto e identificado (1)(3). Comienza una fase repleta de cambios que encaminará su propio estilo de vida, caracterizado por el desarrollo de un sentido de individualidad a la vez que de vulnerabilidad. Optarán por evitar interaccionar con la familia y aferrarse a sus amistades. La idea que adopten sobre su autoimagen estará determinada por las opiniones de la gente que les rodee, pues hoy en día los adolescentes están muy condicionados por los patrones que la sociedad instaura. Conviven en un entorno donde la perfección es sinónimo de aceptación social, en el que hay establecidos unos rasgos específicos sobre el cuerpo humano que se han de alcanzar, lo cual acaba por influir sobre la conducta de los adolescentes (3).

Existe un crecimiento incesante de los TCA en nuestra sociedad. Los números evidencian que en los últimos años la proporción de pacientes con trastornos alimentarios ha incrementado entre la población pediátrica y adolescente, suponiendo esta una fase de desarrollo con riesgo para el desarrollo de los TCA y convirtiéndolos en la tercera enfermedad crónica más frecuente entre esta población (2)(10). En el Anexo VIII, se puede observar la evolución de la prevalencia de algunas de las etiquetas diagnósticas de TCA entre los años 1982-2002, siendo destacable el notable incremento de la prevalencia total de los TCA en estos últimos 40 años alcanzándose una prevalencia del 12,8% de los casos totales. Actualmente, se calcula una incidencia de trastornos alimentarios entre los niños de 3,01 casos por cada 100.000 individuos, entre los cuales se sitúan en un 37% para la anorexia nerviosa (AN), un 1,4% para la bulimia nerviosa (BN) y un 43% para los trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE) (4).

Se está observando que determinadas conductas como la práctica de dietas, demostrar una preocupación extrema por la delgadez o los comportamientos purgativos, se empiezan a frecuentar entre los adolescentes (2). Añadido a la falta de recursos y guías existentes para valorar estos trastornos se encuentra la difícil detección del diagnóstico entre estas edades. Tanto en la infancia como en la adolescencia, existen dificultades para la expresión emocional (desconocimiento, novedad), la adolescencia es una etapa marcada por el inicio de la menstruación y los periodos irregulares (por lo que la presencia de amenorrea no siempre se puede recoger como criterio diagnóstico) y se trata de una etapa de crecimiento muy variable dependiendo de la persona (por lo que el valor del IMC no se puede tener en cuenta sin revisar gráficas de percentiles y otros parámetros (Anexo V y VI)). Todo ello hace que los criterios diagnósticos aportados por las guías no se puedan aplicar estrictamente sobre estas edades (4).

Los TCA se definen como enfermedades psiquiátricas caracterizadas por la práctica de conductas disfuncionales asociadas a un grave interés por el peso y la figura corporal. Estos comportamientos patológicos se desarrollan en torno al hábito alimentario y hacia la imagen corporal. Los pacientes tienden a mantener en el tiempo estas conductas para aliviar su sufrimiento y sentirse mejor con ellos mismos (3). Debido al impacto en la vida del individuo y de sus familiares, su comorbilidad con otras enfermedades y/o complicaciones sobre su salud, así como las altas tasas de mortalidad (principalmente por suicidio o causa de un fallo cardíaco), los convierte en un grave problema de salud pública (5).

Los TCA desarrollados entre personas adolescentes pueden estar asociados a la falta de resolución de conflictos que sienten en numerosas ocasiones cuando ven acercarse el

momento de emancipación y crecimiento. Se sienten inseguros, no tienen claro qué quieren hacer en el futuro o no creen encajar entre lo que la sociedad les empieza a planificar. Estos sentimientos de miedo y de incapacidad para afrontar situaciones nuevas, es experimentado por una gran parte de los adolescentes con un TCA (6).

Es característico entre las personas con un trastorno alimentario tener una baja autoestima, esto es, no sentirse bien consigo mismos. La autoestima que adopta una persona con TCA puede venir determinada por la propia imagen que se adopta de uno mismo y según la imagen que se cree que el resto tiene de ti, de ahí la relación que tienen estos trastornos con la percepción sobre la imagen corporal. Por ello, los pacientes que muestran una extrema preocupación por su aspecto físico les conduce a tener una baja autoestima y a practicar comportamientos alterados para disminuir su peso (7).

Resulta interesante estudiar la interacción que desarrolla el adolescente con el entorno con el que convive de forma diaria, principalmente con sus padres, dado que esta es una época en la que comienzan los planteamientos de independencia sobre los progenitores y se prefiere mantener las relaciones de las amistades, con las que se considera tener mayor confianza y similitud en la comunicación y pensamientos (1).

Se ha demostrado que el factor familiar juega un papel muy importante en la aparición y evolución de estas enfermedades psiquiátricas. Dependiendo del bienestar tanto conductual como emocional que le aporten al paciente, se establecen unas conductas de riesgo u otras (1). De esta forma, se establecen distintos estilos de afrontamiento dependiendo de las habilidades y la actitud que desarrollen los padres en el momento de cuidar a sus hijas/os con un trastorno alimentario. Es característico dentro del funcionamiento familiar de este tipo de pacientes la disfuncionalidad existente entre las relaciones familiares. Existe una falta de unión manifestada por una escasa expresividad y comunicación entre los miembros, una falta de respuesta emocional y afectiva, la generación de conflictos que tienden a evitar afrontar y una sensación de poca seguridad y confianza demostrada por los pacientes, quienes necesitan y buscan relaciones familiares basadas en el afecto y apoyo emocional (8).

La realización de este trabajo busca demostrar la relación existente entre la aparición y el mantenimiento de los trastornos alimentarios en los adolescentes con el entorno familiar en el que se desarrollan. Para ello, se tratará de analizar y comprender los diferentes roles parentales desarrollados por los cuidadores para proponer un conjunto de intervenciones que justifiquen el importante papel que desarrollan los familiares en la recuperación del estado de salud de su familiar.

3.2. OBJETIVOS

Para la realización de este trabajo, se establecen una serie de objetivos de carácter general y específico a alcanzar durante el desarrollo de esta revisión bibliográfica.

Objetivo general

- Analizar la relación existente entre el factor familiar y el mantenimiento de los TCA.

Objetivos específicos

- Identificar las características que definen los diferentes tipos de TCA.
- Determinar los factores de riesgo que propician la aparición de los trastornos alimentarios.

- Reflexionar sobre el impacto que tienen estas enfermedades psiquiátricas en la población infantil y adolescente y en sus familias.
- Investigar sobre las intervenciones existentes dirigidas hacia los familiares convivientes con una persona con un TCA.
- Proponer un conjunto de intervenciones dirigidas hacia los familiares convivientes con una persona con un TCA.

3.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para adquirir los conocimientos necesarios sobre el impacto de los TCA en nuestra sociedad y plantear una serie de intervenciones dirigidas a las familias convivientes con estos trastornos, se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de recopilar información de diferentes artículos, estudios, revistas científicas, guías de práctica clínica y trabajos científicos.

A través de consultar bases de datos científicas y bibliográficas se han conseguido los datos necesarios para hacer el presente trabajo de fin de grado.

Estas bases de datos han sido: PubMed, SciELO, Medline, Google Académico, Ucrea y bases de universidades nacionales como Zaragoza (3)(6)(13)(21)(32); además de realizar búsquedas a partir de las referencias ya consultadas. Los criterios de inclusión que se aplicaron fueron “artículos de acceso gratuito”, “idioma español e inglés” e “intervalo de cinco años”. En cuanto a los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron “artículos sin acceso gratuito” e “idiomas que no fueran español e inglés”. Debido a la escasez de artículos pertinentes publicados en el periodo de tiempo establecido, se amplió el intervalo de años hasta los últimos 16 años, incorporando información publicada hasta el año 2003.

En primer lugar, se realizó una primera fase de búsqueda basada en obtener información sobre las tasas de prevalencia e incidencia de estos trastornos, los tipos de factores de riesgo con mayor probabilidad de provocar estos trastornos, los diferentes tipos de TCA más comunes, sus respectivos signos y síntomas clínicos o criterios diagnósticos y los tratamientos existentes hoy en día. Los términos de búsqueda combinados que se emplearon a través de los Descriptores de Salud (DeCs) y Medical Subject Heading (MeSh) fueron:

- DeCs: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Adolescente, Anorexia Nerviosa, Epidemiología, Factores de Riesgo.
- MeSh: Feeding and Eating Disorders, Adolescent, Anorexia Nervosa, Risk Factors.

En cuanto a la segunda fase de búsqueda, se investigó sobre el factor familiar como posible variable relacionada con la aparición de los trastornos alimentarios, los roles parentales existentes entre familias convivientes con pacientes con TCA a partir de indagar sobre las teorías de los psicoanalistas más relevantes en la investigación sobre la interacción entre la familia y los TCA. En cuanto a los términos utilizados mediante los descriptores DeCs y MeSh fueron los siguientes:

- DeCs: Familia, Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Relaciones Familiares, Terapia Familiar.
- MeSh: Family, Feeding and Eating Disorders, Family Relations, Family Therapy.

Para enfocar el planteamiento del tercer capítulo, se investigó el material científico existente sobre guías clínicas, programas y manuales que propusieran intervenciones prácticas enfocadas en terapias grupales para familiares de pacientes con TCA. Se recogieron manuales y guías de Comunidades Autónomas como las de Cantabria y Madrid (35)(40) y las propuestas de intervención de algunos trabajos, manuales y programas (8)(34)(39).

Esta recopilación de información se llevó a cabo desde noviembre de 2022 hasta marzo de 2023, siendo finalmente pertinentes para el objetivo de estudio de este trabajo 40 artículos.

3.4. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

El primer capítulo de este trabajo describe qué son los trastornos de la conducta alimentaria. Se desarrolla un apartado en el que se justifica el incremento de estas enfermedades a medida que la sociedad y, más concretamente, los adolescentes, cambian. A través de referencias epidemiológicas, se especifica el género y la etapa de la vida más común que presentan estas patologías. En base a estudios científicos, se exponen los distintos factores de riesgo que explican la probabilidad de padecer un trastorno alimentario, entre ellos el factor familiar. Por último, se definen los tipos de TCA más reconocidos según el DSM-V y según la prevalencia de cada trastorno y, se expone la dificultad terapéutica que se desarrolla durante el inicio del tratamiento de estos trastornos.

El segundo capítulo se centra en el factor familiar como posible factor de riesgo que provoque la aparición, el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos alimentarios en los pacientes. Con el fin de explicar el papel que desarrolla la familia tanto en la etiología como en la recuperación de la psicopatología alimentaria, nos remontamos a las aportaciones de las teorías que se han ido desarrollando desde los años 70 sobre la interacción familiar, que aportan diferentes visiones sobre el funcionamiento de las familias convivientes con un paciente con un TCA. En base a las mismas, y su evolución durante este siglo, quedan descritos en este capítulo los diferentes roles parentales y los distintos estilos de crianza o de afrontamiento que adoptan los cuidadores según afrontan la situación familiar que provoca el trastorno dentro de casa.

Finalmente, en el tercer capítulo, tras revisar el material publicado existente sobre intervenciones enfocadas a familiares, se propone un programa para grupos de familiares convivientes con pacientes con TCA, en el que se plantean una serie de actividades distribuidas en tres sesiones grupales dirigidas por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios especializados en el área de la salud mental. Se toman como referencia determinadas guías clínicas y programas de diferentes comunidades autónomas y las propuestas de algunos trabajos. Con este tipo de intervenciones se busca mejorar la relación desarrollada entre la familia y el paciente y conseguir una mejor adaptación a la enfermedad.

4. CAPÍTULO I: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

4.1. EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos años, la incidencia de estas enfermedades psiquiátricas se centra en la etapa de la adolescencia (entre los 10 y 21 años), momento de la vida culminante para los jóvenes, pues es una etapa de cambios continuos en la que la persona trata de integrarse en una sociedad cambiante y busca establecer su propia identidad (3). Cada vez más estudios justifican esta etapa de la vida como periodo de riesgo para la aparición de estos trastornos y principalmente entre jóvenes del sexo femenino. Es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres, con una proporción de 9:1 en comparación con los varones (9). Sin embargo, esta clásica proporción está empezando a modificarse por el aumento de los casos entre varones que padecen un TCA.

Hasta ahora, la tasa de prevalencia de estos trastornos se encontraba principalmente en mujeres con edades de entre 12 a 24 años, iniciándose generalmente en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta (35). No obstante, los últimos estudios indican un aumento en el inicio de estos trastornos en mujeres de mediana edad y de niñas preadolescentes. El incremento de los TCA en la sociedad y la disminución en la edad de inicio estima una tasa de prevalencia en España entre el 4% y 6,4% en mujeres en edad de riesgo y, supone la tercera enfermedad crónica más frecuente entre la población infantil y adolescente (10)(35).

Por el momento, no se puede concretar con exactitud el origen de estas enfermedades psiquiátricas. Se trata de trastornos mentales de carácter multifactorial, desencadenados por la superposición de diferentes factores de origen biológico, psicológico, familiar, social y cultural, los cuales explicarían el riesgo existente de padecer estos trastornos y que podrían ser desencadenantes e incluso mantenedores de la enfermedad teniendo una grave repercusión sobre el paciente (11). (Anexo VII)

- **Factores biológicos**

Diferentes estudios no dan por concluyentes los resultados obtenidos acerca de la relación entre la variabilidad genética y los TCA. Se consideran factores individuales de la persona con TCA que pueden aparecer solos o actuar sinérgicamente con otros factores ambientales y/o familiares. Es cierto que las probabilidades de desarrollar un trastorno alimentario aumentan si existe un antecedente familiar con TCA. Dependiendo de la genética familiar (entre un 60-80% de vulnerabilidad), la persona tendrá unos rasgos u otros, y es aquí donde entra en juego la constitución y forma corporal y, por lo tanto, la opinión que se crea sobre el propio cuerpo y las posibles conductas posteriores relacionadas con este. Dentro estas características, se engloban como factores de mayor vulnerabilidad el hecho de pertenecer al género femenino y ser joven, así como presentar obesidad premórbida y un inicio precoz de la pubertad. En cuanto a las investigaciones sobre los sistemas de neurotransmisión, se conoce la función de la serotonina sobre la regulación de la saciedad y el apetito, la relación de la dopamina con la impulsividad (rasgo característico entre las personas con BN y AN de tipo atracones/purgas) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (3)(11)(12).

- **Factores psicológicos**

Al igual que el anterior factor de riesgo, se trata de un factor individual en el cual se tienen en cuenta los rasgos de la personalidad, como la rigidez, meticulosidad y el perfeccionismo, característicos de estos trastornos (13). Tanto la insatisfacción como la distorsión de la propia imagen pueden generar problemas emocionales relacionados con la alimentación, como sentimientos incontrolables de ansiedad y depresión, que conllevan al abuso y la realización de dietas restrictivas, seguido de unos valores extremos del IMC, la generación de pensamientos de culpa y vergüenza consecuentes a las conductas alteradas realizadas y sumado a una baja autoestima propia de estos pacientes (12).

En relación con la comorbilidad psiquiátrica existente entre los TCA y otras enfermedades mentales, hay evidencia acerca de la presencia de síntomas previos al desarrollo de estas patologías propios de otros trastornos mentales como los trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos o trastorno de control de impulsos (11).

- Factores conductuales

La ejecución de determinados comportamientos puede llegar a incrementar el riesgo de padecer un TCA, como son las habituales dietas restrictivas o los ayunos injustificados, el uso de laxantes o diuréticos y la práctica de actividades deportivas que requieran de gran rendimiento y, sobre todo, aquellos en los que la exposición de la imagen corporal sea el centro de atención. También se relacionan el consumo de sustancias tóxicas, las acciones autolesivas y el juego patológico a una mayor probabilidad de desarrollar BN y Trastorno por Atracón (TA) (11).

En caso de que la persona afectada de trastorno alimentario haya vivido eventos estresantes como pueden ser abusos sexuales o físicos durante la infancia, antecedentes de crisis vitales, mudanzas, pérdida de seres queridos, separación de los padres o problemas sociales, se asocian a un mayor riesgo de padecer un TCA (11).

- Factores familiares

El clima familiar se considera un factor de vulnerabilidad, al poder participar tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los TCA, al igual que a su vez puede describirse como factor de protección. Hay estudios que afirman que el pertenecer a un entorno en el que existen antecedentes familiares de TCA es considerado factor de riesgo. Familiares con patologías mentales como trastornos afectivos y conductas obsesivo-compulsivas (sobre todo entre las madres) también se destacarían como factores de riesgo (11).

Una mala relación entre los progenitores, cambios dentro de la estructura familiar (pérdida de un familiar, separación, abandono por algún progenitor) y consumo de sustancias y alcohol (más comúnmente del padre), también predisponen el desarrollo de esos trastornos (11). Concretamente las hijas de padres separados o viudos tienen un aumento significativo de padecer estas enfermedades.

Dentro de este posible factor causante de la enfermedad, cabe destacar que los valores que se enseñan y muestran a los hijos influyen directamente en la aparición de estos trastornos, sobre todo aquellos dirigidos hacia la apariencia física. El inculcarles una importancia excesiva sobre la imagen corporal que han de mostrar les puede provocar rechazo sobre su cuerpo y crearles miedo a engordar (32), así como exponerles a determinados hábitos alimenticios o no existir un control parenteral sobre la forma de alimentación. Los modelos familiares sobreprotectores, rígidos, exigentes, conflictivos y desestructurados se engloban como factores precipitantes y/o mantenedores de estos trastornos (11).

- Factores socioculturales/ambientales

Diversos estudios afirman que estos trastornos afectan a personas de diferentes entornos y niveles socioeconómicos, aunque el predominio se da entre mujeres occidentales pertenecientes a clases sociales medias-altas y de áreas urbanas (11). La opinión que se tiene del propio cuerpo está muy influenciada por los ideales instaurados entre la sociedad. El cuerpo de la mujer parece estar obligado a presentarse según un patrón que ha creado la sociedad, un cuerpo regido en base a unos estereotipos que cumplan con la perfección y el éxito social. Por esto, las mujeres tienen una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario. Además, como se explicaba anteriormente, es entre las personas jóvenes donde mayores casos de TCA se confirman, época en la cual los adolescentes tienen mayor número

de inseguridades, sumado a la gran inmersión que tienen con las tecnologías y los medios de comunicación, donde observan qué es considerado como aceptable y que no en cuanto al aspecto físico (13).

4.2. TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), denomina a este tipo de trastornos como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos. Los principales tipos de trastornos alimentarios se diferencian en Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TA) y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Dependiendo de la gravedad del peso, la forma de alimentación y las conductas llevadas a cabo para modificar el peso de la persona con TCA, se diagnostica el tipo de trastorno que padece (14)(15).

Todos ellos se caracterizan por compartir signos y síntomas comunes, pues en todas los pacientes existe una preocupación extrema acerca de la comida, la figura y el peso corporal. Consecuencia de esta excesiva atención hacia la imagen corporal y la pérdida ponderal son consecuentes estados nutricionales carenciales que pueden conllevar riesgos vitales en la persona enferma desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte a causa de complicaciones médicas y/o el suicidio, convirtiendo a los TCA en la enfermedad mental con mayores tasas de mortalidad (9).

Existe una comorbilidad psiquiátrica en los TCA, destacando los síntomas depresivos, los trastornos ansiosos y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (16). También se asocian a abuso de sustancias, comportamientos autoagresivos y trastornos de la personalidad, como el trastorno de la personalidad límite (TLP) en comorbilidad con la BN (9).

- **Anorexia nerviosa (AR)**

En la AN la persona mantiene un peso corporal significativamente bajo justificado por el miedo irrefrenable a aumentar de peso acompañado de una distorsión de la imagen corporal. Los comportamientos que pueden acompañar a dichos pensamientos pueden ser la realización de dietas restrictivas estrictas junto con acciones compensatorias para contrarrestar lo ingerido, como las conductas purgativas o la hiperactividad física. Aparece de manera temprana entre los 14-18 años y la tasa de prevalencia en la adolescencia es de 0,5-1%. Existe una falta persistente de conciencia sobre la gravedad del peso corporal bajo y pueden aparecer otros síntomas como el aislamiento social, hirsutismo y amenorrea. También son característicos rasgos de personalidad como la tendencia al conformismo, al perfeccionismo, la necesidad de aprobación y la hiperresponsabilidad (17). Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V se recogen a modo de tabla en el Anexo I.

- **Bulimia nerviosa (BN)**

En este tipo de trastorno alimenticio son recurrentes los episodios de atracones, definidos según el DSM-V como "ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas sumado a la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio" (15). Posteriormente al episodio, la persona ejecuta conductas compensatorias basadas en la provocación del vómito sumado o no a otras maniobras de purga (abuso de

laxantes, empleo de diuréticos) y la realización de ejercicio excesivo acompañado de sentimientos de culpa y vergüenza. Suele tener comienzo en torno a los 20 años, lo que se conoce como adolescencia tardía, y alcanza unos valores de prevalencia del 2-4% en mujeres jóvenes (16). Este tipo de trastorno se correlaciona con haber sufrido abusos sexuales durante la infancia, que explicarían los problemas de autoimagen y la baja autoestima (22). A diferencia de la AN, la persona bulímica puede presentar un peso bajo, normal o sobrepeso, e incluso mantener valores sin cambios a raíz de la falta de efectividad de las conductas purgativas, considerándose un trastorno oculto y siendo más difícil de detectar. No obstante, si la persona mantiene un bajo peso, se considera que padece AN de tipo atracones/purgas (15). Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V se recogen a modo de tabla en el Anexo II.

- **Trastorno por atracón (TA)**

Anteriormente se categorizaba a este tipo de trastorno dentro de los TCANE, sin embargo, actualmente el DSM-V lo considera como una categoría separada que está en fase de estudio de poder determinar si se trata de un trastorno diferente al resto de TCANE o de una forma leve de BN (9). La persona con TA desarrolla episodios de atracones, sólo que, a diferencia con la BN, tras el episodio de atracón no se siguen comportamientos compensatorios inapropiados, por lo tanto, pasado el tiempo el paciente puede encontrarse en un estado de sobrepeso u obesidad (10). La tasa de prevalencia de este trastorno es de 1,9 % y un estudio reveló que su pico de aparición se aproxima a los 13, 9 años y otro a los 18-20 años (16). Vivir la separación de los progenitores o el fallecimiento de un familiar provoca sentimientos de ansiedad, lo cual explicaría la realización de comportamientos tipo atracón para paliar ese estrés (22). Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V se recogen a modo de tabla en el Anexo III.

- **Trastorno de la conducta alimentaria no específico (TCANE)**

Se trata de un tipo de trastorno alimenticio en el que los síntomas que se desarrollan provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en las áreas social, laboral u otros aspectos de la vida de la persona, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos alimentarios que plantea el DSM-V (15). Los TCANE suelen definirse como cuadros de AN o BN incompletos, en los que existen síntomas similares a los de la AN o la BN, pero sin llegar a alcanzar un cuadro completo. Por ello, se considera al TCANE como una categoría residual en el que se incluyen aquellos TCA que no cumplen todos los criterios específicos de la AN o la BN. Dentro de este trastorno se pueden desencadenar acciones compensatorias como ingerir cantidades pequeñas de alimento, masticarlas y después expulsarlas, y episodios de ingesta sin existir conductas compensatorias seguidas (17). Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V se recogen a modo de tabla en el Anexo IV.

Según López y Treasure, el TCANE es el trastorno más común dentro de la etapa de la adolescencia, seguido de la AN y la BN, respectivamente. Engloban entre un 3,06% de los casos de mujeres adolescentes y pueden ser más propensos a cronificarse en el tiempo (9). Como se observa en la gráfica de la evolución de la prevalencia de los TCA, los TCANE han sido el trastorno que más ha aumentado desde los años 90 en comparación al resto de trastornos alimentarios (Anexo VIII).

El único criterio que diferencia los TCANE a la AN es que quienes lo sufren tienen un peso normal y no padecen amenorrea, y a diferencia de la BN, en los TCANE los comportamientos de atracón-purga se realizan menos de dos veces por semana (9).

4.3. TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico de estos trastornos ha de ser multidisciplinar, es decir, un tratamiento dirigido por diferentes profesionales que actúen sobre los problemas psicológicos y la patología orgánica de manera conjunta y coordinada, mediante una atención integral y holística de cada paciente (18)(19). Es fundamental que el equipo disponga de experiencia acerca del manejo de los TCA al igual que sobre la adolescencia, que sepa identificar las particularidades y las complicaciones que provoca la aparición de estos trastornos (9), y así maximizar el bienestar psicológico, físico y la calidad de vida de los pacientes a la vez que se minimizan los costes financieros (20). Sin embargo, en la gran mayoría, cuando estas intervenciones empiezan, ya existe una pérdida de peso considerable, se han desarrollado conductas compensatorias e incluso los problemas dentro de la familia pueden que se hayan iniciado. Es por esto, que la labor de enfermería en los episodios de variación de conductas alimentarias y en la detección de factores que aumenten la probabilidad de padecer estos trastornos es fundamental para evitar el progreso de la enfermedad y para frenar su prevalencia (21).

Un factor que puede retrasar el inicio del tratamiento es la falta de conciencia de enfermedad del paciente, retrasando el inicio de la consulta y provocando una disminución de la motivación para recuperarse. Por ello, las situaciones en las que la detección del diagnóstico sea lo más pronto posible, implicará un mejor pronóstico y una prevención de la cronicidad de la enfermedad. Se considera que cuando el diagnóstico ocurre entre los tres primeros años de desarrollo del TCA, la evolución y la adhesión al tratamiento mejora notablemente (9).

El tratamiento que se plantee dependerá de una primera evaluación de la situación del paciente, después se determinará el tipo de tratamiento específico dependiendo de la gravedad, pudiendo ser ingreso hospitalario en planta, en hospital de día (donde se observa cómo los pacientes realizan las ingestas y se involucran en diferentes terapias que se plantean, tanto a ellos como a sus familiares) y por último el tratamiento ambulatorio en consulta (19).

Se han desarrollado diferentes terapias terapéuticas a medida que han evolucionado estos trastornos. Por un lado, la terapia cognitivo conductual se centra en la disfuncionalidad expresada hacia el control del peso corporal a través de los comportamientos y pensamientos manifestados. Es uno de los tratamientos con mayor apoyo empírico debido al escaso tiempo en el que remiten las conductas alimentarias, destacando el alcance de mejores resultados entre los pacientes con BN (8).

Sin embargo, se necesitan intervenciones que también enfoquen el cuidado de la autoestima, la expresión de emociones y el trabajo dirigido hacia el cuidado de las relaciones familiares y sociales. Encontramos tratamientos como la terapia interpersonal, psicoeducativa y familiar, de las cuales se profundizará más adelante (8).

El tiempo estimado de remisión en los casos de AN es de 7 años de evolución, en torno a un 50-70% de recuperación, siendo el trastorno con mejores tasas de recuperación. Por otro lado, el resto de los trastornos alimentarios se encuentran con tasas por debajo del 50%, pero el tiempo de recuperación es de 5-6 años. Cuando la enfermedad perdura durante 5 años, la

remisión se limita a un 39%, y en el caso de 15 años de enfermedad se remonta a un 75% (9)(20).

No obstante, a pesar del interés clínico y de la investigación tras el auge de estos trastornos, los resultados obtenidos son de escasa significancia e incluso acaban en numerosas recaídas de la persona. Además, los tratamientos en adolescentes basados en la evidencia escasean (9).

5. CAPÍTULO II: LA INFLUENCIA FAMILIAR SOBRE LOS TCA

5.1. LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO

El ámbito familiar determina el funcionamiento y establece una interacción recíproca entre sus miembros, marca el desarrollo y crecimiento que define a una persona, el aprendizaje que se alcanza desde que comienza la infancia hasta que se consigue la emancipación. Es el entorno donde se proporcionan los valores y creencias que compondrán su identidad como individuo. Las interacciones que se fomentan entre los miembros de una familia tienen una estrecha relación y pueden justificar la forma de actuar que define a una persona (22)(23).

Existe una determinada influencia del entorno familiar (centrándonos en la relación desarrollada entre los progenitores y su hijo) sobre la aparición de los TCA. Dependiendo de cómo se transmitan determinados aspectos y, principalmente aquellos que se relacionen con la alimentación y la imagen corporal, podrán convertir a la familia en uno de los factores de riesgo con mayor probabilidad de provocar un TCA. Puede actuar como factor etiológico, siendo los problemas disfuncionales existentes los precipitantes del trastorno; como factor mantenedor (24), si la familia se involucra demasiado en el problema, si se muestra una falta de interacción o cuando los malos hábitos generados entre la familia provocan la persistencia de los síntomas en el tiempo; y por último, como factor protector en aquellas familias con recursos y facilidades para solventar los síntomas que definen la enfermedad y los factores de riesgo que producen esta (23)(25).

En el momento que exista un factor predisponente que sea vulnerable de provocar un TCA se determinan unas situaciones precipitantes o desencadenantes que desarrollen la enfermedad (opiniones negativas hacia la apariencia física, comentarios sobre su alimentación “cómo te vas a poner”, la magnitud de un proceso estresante...) (32).

Puede haber acciones de los padres que por desconocimiento o falta de control refuercen el trastorno, pudiendo ser la falta de acuerdo entre los progenitores, la imposibilidad de determinar decisiones que se mantengan en el tiempo y la falta de conciencia o negación respecto al trastorno (32).

Familias estructuralmente inestables y con ausencia de figuras autoritarias que eviten las prácticas alimentarias alteradas son propensas a provocar un TCA dentro de su entorno (23). Parece interesante comprender el entorno familiar y aquellos comportamientos vistos como predictores de los síntomas disfuncionales, diferenciando los distintos tipos de TCA con el objetivo de determinar una mejor prevención y elegir las estrategias de intervención más adecuadas según el TCA al que nos enfrentemos (28).

En el caso de pacientes con BN, sus familias desarrollaban conductas que generaban situaciones conflictivas y estresantes habiendo una falta de cohesión, expresión emocional y adaptabilidad (22). Acerca de los TCANE, son un subtipo con pocos estudios realizados sobre las características familiares, a pesar de ser aquellos con mayor prevalencia. Hay quienes los

identifican como familias con falta de cohesión y comunicación, mientras que otros estudios señalan que son familias dispuestas a alcanzar logros y con un funcionamiento organizado y unido, pero con un bajo apoyo emocional. Una expresión emocional disminuida es un rasgo clave que determina la aparición de un TCA. Por otro lado, entre las familias de pacientes con AN, destaca la rigidez, organización y unión en su funcionamiento, la escasa comunicación (sobre todo el tipo de AN purgativa), la evitación hacia situaciones problemáticas y la baja expresividad (28).

Según el rol desempeñado por cada miembro, se encuentran diferentes visiones acerca de la percepción del funcionamiento familiar, encontrando que la percepción de la hija es la más afectada de todas. Consecuencia de estas conductas está la dificultad mostrada entre los miembros en identificar y dar a conocer sus sentimientos (28).

Cuando la enfermedad se prolonga en el tiempo, el entorno que rodea al paciente se involucra exclusivamente en el trastorno, cambiando sus roles y actividades y adoptando nuevos comportamientos. Se acaba produciendo una acomodación al trastorno y un empobrecimiento y sufrimiento conjunto de la familia (6). La comunicación se focaliza en el patrón alimentario (la manera de alimentarse, las proporciones de alimentos, el tipo de alimentos) y en opiniones sobre la imagen corporal. A ello cabe sumar la negación del problema de salud por parte del paciente y el impulso de preocupación generado en los padres. Esto determina patrones de comunicación violentos caracterizando unas relaciones familiares con conflictos continuos, fomentando la aparición y mantenimiento de los síntomas dentro de un círculo sin salida (39).

En cuanto a este último aspecto funcional, la relación entre cuidadores-paciente, los estudios vuelven a ser escasos y se requiere de mayor investigación principalmente sobre la figura del padre. La relación evaluada entre la madre e hija mostraba un vínculo afectivo inseguro, evitativo y ansioso. Las madres identifican este tipo de relación a su edad con su propia madre. A diferencia de la relación madre-hija, la relación con el padre era vista desde la perfección y con grandes propósitos a alcanzar en mente. La satisfacción de los hijos era distinta a la de los padres, posiblemente porque estos últimos carecían de la misma necesidad afectiva y emocional, considerando los pacientes con BN a sus padres como figuras distantes. Los resultados de tales estudios señalaban que el rechazo paterno, junto a la sensación de abandono y daño referido por los hijos, se asociaba a los síntomas típicos de los TCA (28).

Como se ha mencionado anteriormente, el ámbito familiar interviene en la práctica alimentaria y en la transmisión cultural que se crea sobre la figura y el peso corporal. Podría considerarse que la influencia de actitudes y comportamientos relacionados con el hábito alimentario y el aspecto personal transmitidos por el entorno familiar sea el factor familiar más influyente para propiciar los trastornos alimentarios (28)(33).

Varios estudios demuestran que la preocupación expresada por los hijos con respecto a la figura corporal viene determinada por la valoración que hace la familia hacia el físico. Esta influencia queda demostrada cuando los familiares ejercen conductas de control y vigilancia hacia el peso y la figura originando en ellos una disminución en la capacidad de gestionar su alimentación y una falta de autorregulación (22)(28). Esta atención de las familias centrada en la apariencia física hace crecer el estereotipo sobre la delgadez y la obesidad, provocando que tales opiniones negativas hacia el paciente repercutan en la sintomatología del trastorno. Por lo tanto, es cuando se suman los factores familiares junto a determinados aspectos personales y sociales cuando se contribuye al desarrollo de la patología alimentaria (28).

La presencia de un trastorno alimentario requiere que el comportamiento de la familia en su completo sea modificado para ayudar al paciente a que se recupere, por ello la importancia de

observar la disfuncionalidad de la familia en su conjunto e intervenir tanto a nivel individual como familiar durante el tratamiento, como se explicará más adelante (25). Se deben fomentar los entornos familiares adecuados en los que no todo gire en torno a la alimentación. Los padres deben implicarse en el crecimiento de sus hijos, inculcarles buenos valores, y principalmente, fomentar unos correctos hábitos alimenticios y más en aquellas situaciones de enfermedad, por ello se considera a la familia un factor clave en la recuperación de la enfermedad (22).

5.2. LAS TEORÍAS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

Las teorías y aportaciones empíricas propuestas por varios psicoanalistas pertenecientes a diferentes escuelas han contribuido de manera específica al tratamiento de los TCA. El número de investigaciones sobre los trastornos alimentarios ha crecido al mismo ritmo que se observaba el incremento de las tasas de estos trastornos, demostrando la existente relación entre la sintomatología disfuncional y el entorno familiar de los pacientes (6).

Hasta los años 70, los abordajes terapéuticos centrados en TCA que se practicaban eran de tipo individual. En lugar de valorar la influencia familiar, se la excluía del tratamiento, no reconociéndola como posible elemento fundamental relacionado con la aparición y/o el mantenimiento de estas enfermedades psiquiátricas. En la actualidad, el interés de varios investigadores y profesionales médicos por el funcionamiento de las familias y las particularidades de las relaciones formadas entre los individuos está comenzando a considerarse como parte esencial del tratamiento de estos trastornos (1)(6).

Una de las primeras teorías en formularse fue la teoría de los sistemas familiares, por el biólogo y filósofo Ludwig Von Bertalanffy en 1968, que consideraba a la familia como un sistema en su conjunto, esto es, un grupo de individuos que interaccionan entre sí y crean relaciones e interdependencia entre los miembros que componen dicha relación (26). Este modelo explica que el comportamiento de una persona puede justificarse observando la relación que establece con el resto de los miembros pertenecientes a su entorno. La estructura familiar que se consolida, en base a los roles que cada individuo desempeña, las reglas establecidas y los vínculos creados, resultará en las conductas llevadas a cabo por el adolescente a lo largo del tiempo y es, además, la relación existente entre padres e hijos, la que puede generar una gran influencia en torno a aspectos relacionados con la alimentación y el peso corporal. Por lo tanto, la teoría de los sistemas familiares establece una clara relación entre los patrones de interacción familiar y las disfunciones dentro de la organización familiar que determinarían el origen, mantenimiento o desarrollo de los TCA (1).

Varios son los psicoanalistas que desarrollaron teorías y modelos familiares basados en el comportamiento entre los miembros de una familia conviviente con un paciente con TCA. Durante este apartado, se expondrán dos de los modelos más representativos de las teorías sistémicas y las teorías estructurales expuestas por dos autores considerados como los principales contribuidores en la investigación del comportamiento familiar.

Por un lado, Salvador Minuchin fue un psicoanalista creador del modelo familiar estructural aplicado en pacientes con anorexia nerviosa en 1970 a partir de la teoría de sistemas. Introduce un nuevo modelo de organización en familias con hijas con AN, denominado modelo de la familia psicósomática, el cual lo describe como un modelo en el que la familia se caracteriza por ser sobreprotectora y rígida, alejada de cualquier conflicto y con escasa capacidad de resolución de problemas, en el que existe mucha implicación por parte de la hija como reguladora de los problemas, pasando a ser la enfermedad el centro de atención,

mientras que los verdaderos problemas tratan de evitarse por el bienestar de la hija a la vez que parece haber un equilibrio familiar (1)(26).

Minuchin defendía que para entender el conjunto de aspectos que determinan la vida de un niño, se debe tener en cuenta el contexto que le rodea, esto es, la familia. Consideraba que los comportamientos patológicos se tienden a mantener en el tiempo como consecuencia de la organización familiar (26).

Paralelamente a Minuchin, entre 1963 y 1988, la autora Mara Selvini Palazzoli, describe que la organización familiar de pacientes anoréxicas se caracteriza por tener una figura materna que muestra poco respeto hacia el espacio e intimidad de su hija y una falta de labilidad emocional al ser bastante crítica con ella; una figura paterna excelente, sólo que con falta de responsabilidad familiar; y una hija cuya enfermedad desempeña un papel homeostático y estabilizador (6). Se crea un entorno con falta de comunicación y apoyo emocional y en consecuencia un malestar en la paciente que lo traduce en comportamientos disfuncionales relacionados con la alimentación para desarrollar una forma de control y autoafirmación sobre su ambiente familiar, a la vez que consigue una confirmación de su soledad y falta de independencia (1). Justifica que la paciente con anorexia trata de dominar su cuerpo frenando el crecimiento físico a través de comportamientos alterados, marcada por una conducta de protesta y revelación, tratando de dominar su figura corporal y su vida completamente. Palazzoli describía que “Los trastornos de la conducta alimentaria serían un intento de la mujer por ser ella misma la creadora de su propio cuerpo y una manera de afirmar que es libre de hacer lo que desea con su cuerpo y su vida”. Observa que la paciente adolescente con TCA justifica sus acciones a costa de un sentimiento de desvaloración hacia sí misma al mismo tiempo que lo utiliza como escudo para protegerse e intentar sobrellevar el sufrimiento que siente (6).

Los modelos descritos por estos autores reflejan la idea de que la familia de pacientes con AN presenta alteraciones dentro de su funcionamiento y organización como grupo familiar, en el que el trastorno cumple una función homeostática y estabilizadora, confirmando la influencia que tiene el entorno familiar para propiciar el desarrollo de un trastorno alimentario (39).

Con la progresión de estas teorías sobre la interacción familiar se ha demostrado que no existe un único rol parental mantenedor y desencadenante de los TCA (28). Resultados de varios estudios comparan el funcionamiento familiar entre familias con trastornos alimentarios y familias control con ausencia de enfermedad en sus hijos. En ellos se evidencia que no hay un patrón único que defina a todas las familias convivientes con un TCA. Los datos recogidos son igual de divergentes que el comportamiento de las familias. Hay estudios que señalan la existencia de diferencias entre las distintas clases de TCA: en familias con anorexia la unión y el orgullo demostrado hacia sus hijos estaba menos presente que en familias bulímicas, mientras que hay otros que destacan la cohesión y la poca independencia que estas familias fomentan a sus hijos provocando un desinterés emocional (1).

Varios trabajos dirigidos hacia este tema concluyen con lo que las anteriores teorías formulaban: es demostrable la relevancia que tiene la relación familiar con la aparición de estos trastornos, pero la cantidad de resultados hallados distorsionan la idea de considerarla como causa directa. No obstante, gracias a las actuales investigaciones no se puede confirmar que las teorías de los psicoanalistas fundadores de la terapia familiar fueran totalmente correctas, pues no sólo las familias de TCA muestran rasgos disfuncionales y patológicos entre sus miembros, otras enfermedades psiquiátricas como el trastorno obsesivo compulsivo y el de ansiedad están influidas por un funcionamiento conflictivo. Por lo tanto, por un lado, este

patrón alterado entre los individuos que conforman una familia no se puede relacionar únicamente con los trastornos alimentarios y por otro, abre la puerta a otros factores relevantes como causantes del desarrollo de la enfermedad psiquiátrica evidenciando que no se puede declarar con certeza que la relación causal entre la interacción familiar y los trastornos alimentarios sea única causa del origen del trastorno (1).

En resumen, cada familia discrepa en infinidad de rasgos y, concretamente, los comportamientos patológicos desarrollados por estas familias son tan divergentes que es imposible identificar una estructura familiar típica que encaje con las familias convivientes con un trastorno alimentario. Por ello, es importante gestionar desde un enfoque integral el estudio del funcionamiento de la interacción entre los individuos que conforman una familia, incluyendo tanto factores personales como factores establecidos por el entorno, con el fin de evolucionar en la investigación sobre la sintomatología disfuncional de las enfermedades mentales y establecer programas de prevención e intervención (1).

5.3. LOS ROLES PARENTALES CONVIVIENTES CON UN PACIENTE CON TCA

Interpretamos los estilos parentales como las estrategias de crianza que transmiten los padres a sus hijos (33). Se definen según los rasgos que caracterizan a una familia, la manera de organizarse, dependiendo de los factores que le rodean y conociendo los recursos y apoyos de los que disponen. Estas formas de educación son determinantes en la adquisición de cualidades y rasgos que acabarán por definir la personalidad del niño (6).

El estilo de crianza define la estructura familiar y determina las relaciones entre los miembros que la forman. Así mismo, influye en el desarrollo y evolución de los trastornos que se presenten dentro del ambiente familiar, como pueden ser los TCA. Los estilos parentales se determinan en base a las referencias que expresan los hijos acerca de cómo se comportan sus padres con ellos y dependiendo de cómo los padres se adapten y afronten las conductas del adolescente (33).

Treasure desarrolla el método Maudsley de afrontamiento familiar. Un modelo basado en la descripción de los distintos patrones de comportamiento que se dan entre los progenitores y/o cuidadores de pacientes anoréxicas y bulímicas. Según el estilo de respuesta emocional desarrollado por los familiares, se inspira a través de una aproximación psicoeducativa, una figura animal correspondiente, con el propósito de que resulte más fácil identificar el estilo de afrontamiento que están desarrollando. El objetivo que se quiere conseguir es disminuir los sentimientos de desasosiego que sienten los cuidadores de estos pacientes. Se les proporcionan herramientas para entrenar las conductas, la motivación y la resolución de conflictos ocasionados dentro del entorno familiar. A partir de estas personificaciones se intenta facilitar el proceso de adaptación y resolución del trastorno alimentario (29).

Los roles parentales que pueden establecer los familiares de pacientes con trastornos alimentarios propuestos por Treasure se explican a continuación: (29)(30)

- **Prototipo Canguro:** patrón de comportamiento común en progenitores de pacientes con grave afectación de la figura y el peso corporal. Tratan de tener bajo control todos los aspectos de la vida del paciente y que no haya nada que le provoque sufrimiento, con lo cual cualquier situación se acomoda y adapta a las necesidades del paciente tratándole con “guantes de seda” y entrando en el juego de la enfermedad. Estas buenas acciones acaban fomentando los síntomas que mantienen el trastorno y hacen más difícil el hecho de motivar a la persona para cambiar de actitud con respecto a la enfermedad.

- **Prototipo Rinoceronte:** en este rol el cuidador se caracteriza al igual que el anterior por poseer el control de la situación. Puesto que durante el proceso de recuperación destacan tanto los avances como los retrocesos, el familiar se frustra y adquiere conductas disfuncionales culpabilizando a su hijo, “no pones de tu parte”. Este constante control sobre el paciente genera un problema para alcanzar la independencia personal y profundiza en la ejecución de acciones que fomentan el mantenimiento de los síntomas.
- **Prototipo Terrier:** un rol parental que se muestra cansado y realiza críticas contra su hija, la cual acaba sintiéndose presionada y opta por comportamientos que incrementan los problemas familiares. El paciente se involucra aún más en una mala autocrítica y en pensamientos de culpa fomentando el seguimiento de un círculo sin salida (30).
- **Prototipo Avestruz:** rol ejercido por progenitores que no saben cómo afrontar la intensidad emocional y la falta de control que les genera convivir con una hija con un TCA. Tratan de estar ocupados con cualquier cosa que no requiera compartir tiempo con su hija, velan por estar fuera de casa todo el tiempo posible, evitan pensar y compartir las situaciones relacionadas con el trastorno que padece su familiar no queriendo ser conscientes de lo que ocurre.
- **Prototipo Medusa:** al contrario que el rol avestruz, el cuidador medusa desarrolla una intensa respuesta emocional justificada por una errónea interpretación sobre el trastorno alimentario que acaba por empatizar e involucrarse demasiado en el problema. Se culpabiliza constantemente de la enfermedad de su hija a la vez que cree estar ejerciendo un buen papel como progenitor cuyo único fin es conseguir la felicidad de su hija, lo cual acaba originando problemas en su propia salud mental. Las hijas de estos cuidadores se culpan de los sentimientos mostrados por sus padres entrando en un círculo vicioso que no les deja salir del propio refugio que encuentran en la enfermedad.
- **Prototipo San Bernardo:** rol parental que se caracteriza por mostrar una respuesta emocional que transmite tranquilidad. Incluso frente a los problemas se muestra calmado y compasivo con el niño. Se trata de una figura que proporciona apoyo emocional y acompañamiento, fundamental para el proceso de recuperación.
- **Prototipo Delfín:** prototipo de animal que guía, nadando a su lado, y “abre camino” al paciente, nadando delante. Las conductas del cuidador demuestran apoyo emocional y motivan durante el proceso, generando en la paciente seguridad y fomentando su autoestima.

La existencia de trabajos enfocados en los estilos educativos que ejercen los padres y su consecuente influencia sobre el aprendizaje y crecimiento de los niños nos lleva a destacar el modelo de Diana Baumrind (31), quien categoriza cuatro estilos de crianza desarrollados por los progenitores según el patrón de cuidado que establecen, el afecto que demuestran hacia sus hijos y en base al control ejercido (33).

Baumrind clasifica cuatro estilos de crianza que se definen a continuación: el autoritario, el democrático, el permisivo y el indiferente (25).

- **Estilo autoritario:** este estilo educativo se fundamenta en exigir la obediencia para mantener un control estricto del niño. Se caracteriza por ser un patrón estricto en el que se busca la restricción de la autonomía del niño planteando reglas rígidas y medidas de castigo. Se evitan las explicaciones y el diálogo recurriendo a un comportamiento rígido y

una actitud distante, donde la obediencia se considera el método de resolución de cualquier aspecto.

- **Estilo democrático:** los progenitores que se desenvuelven en este tipo de enseñanza velan por la iniciativa personal del niño. Son bastante comunicativos, empáticos y flexibles, muestran apoyo emocional, tratan de orientar y conseguir que su hijo vaya labrando su propio camino a medida que establecen valores y límites basados en la madurez y el control dependiendo de las necesidades que requiere el niño. Pretenden a través del diálogo que su hijo vaya afianzando progresivamente su propia autonomía. Se trata del mejor patrón que pueden adquirir los progenitores ya que consiguen fomentar seguridad y confianza en sus hijos enseñándoles herramientas para enfrentarse a la vida.
- **Estilo permisivo:** en este estilo de crianza prima la búsqueda de la liberación del niño, el “dejar hacer” y no interferir en los comportamientos desarrollados por el niño. A diferencia del patrón autoritario, los padres permisivos evitan el control y la madurez durante el crecimiento. A través del estilo permisivo, los padres no demuestran ser un referente adecuado para el desarrollo del niño. El niño necesita crecer en un entorno estructurado que le enseñe aquello que está permitido y cuente con algún modelo referente que le oriente durante su crecimiento. No establecen límites ni restricciones y tampoco tratar de aconsejarle, velan por un aprendizaje natural y espontáneo.
- **Estilo indiferente:** similar al estilo permisivo, estos padres se muestran indiferentes a las conductas de sus hijos. No buscan el control sobre estos ni les exigen ningún ápice de madurez. La comunicación es escasa al igual que las muestras de apoyo y afecto. No se preocupan por el aprendizaje y crecimiento de sus hijos, la nula exigencia que les piden es similar a los consejos que les aportan.

Ciertas investigaciones señalan que hay cierta relación con un estilo específico dependiendo del tipo de trastorno alimentario. En el caso de la AN, se halló que el mayor estilo educativo desarrollado por parte de los padres era el permisivo, mientras que entre las familias convivientes con una hija bulímica prevalecía el estilo autoritario y, el estilo indiferente, se daba principalmente entre progenitores de adolescentes con TCANE (25).

Baumrind consideraba que el estilo de crianza democrático era el más partidario a la hora de permitir a los niños desenvolverse de manera independiente al mismo tiempo que existía una figura que le guiara y orientara según las necesidades que se requerían cubrir. Visto como el estilo que mejor promueve el desarrollo de la personalidad en los hijos, los otros tres tipos de estilos son categorizados como disfuncionales en algún aspecto, lo cual podría influir en el desarrollo de la patología al poder ser agente causal (25).

A pesar de la existencia de estos roles parentales entre familias de pacientes con TCA, comunes entre determinados entornos familiares, no se puede cerciorar la existencia de roles de interacción familiar específicos que justifiquen el desarrollo de estas enfermedades, puesto que existe una heterogeneidad entre estas familias y una interacción compleja entre factores familiares relacionados con la psicopatología alimentaria. No obstante, si se puede reconocer el importante papel que tiene el funcionamiento familiar a la hora de ayudar a recuperar al paciente con un TCA (6)(29).

6. CAPÍTULO III: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DIRIGIDA HACIA LAS FAMILIAS

6.1. EL FAMILIAR COTERAPEUTA

En el desarrollo del segundo capítulo del presente trabajo se enfatiza en que un factor desencadenante y mantenedor de los TCA son los ambientes familiares cuyas relaciones están deterioradas. Se debe interiorizar que la participación de la familia es clave principal del tratamiento al producirse el problema dentro del entorno familiar y provocar cambios en la estructura, organización e interacción de esta (34).

Una característica de los pacientes que sufren un trastorno alimentario es la baja conciencia de enfermedad y la escasa motivación para realizar cambios. Esta incomprensión dificulta el inicio de un tratamiento y en consecuencia la recuperación de la persona. Por ello, es fundamental conseguir que su entorno le transmita comprensión y refleje empatía por lo que está sufriendo. Hay que velar por transformar en las familias los pensamientos de incapacidad y de culpabilidad por comportamientos de responsabilidad, pues son las personas con las que más confianza y seguridad siente el paciente (35).

Henry Richardson (1948) fue uno de los pioneros en protagonizar el papel de la intervención familiar en la recuperación de la salud, pues consideraba que el apoyo emocional que aporta la familia fomenta la progresión del trastorno a alcanzar buenos resultados (36).

La terapia familiar busca informar a las familias sobre las características de la enfermedad y cómo puede afectar tanto física como psicológicamente a la persona que la padece, incidir en las relaciones existentes dentro del núcleo familiar, intervenir en los diferentes roles que adopta cada miembro e influir en los límites inculcados dentro de la familia (34). Esta terapia no busca la patologización de las familias, es decir, no trata de culpabilizar a los padres sobre el trastorno que sufre su hijo, justificando que el origen del trastorno es causa de la disfuncionalidad de la familia, sino que trata de hacerles partícipes de manera activa en el proceso de recuperación al ser un factor que puede incidir en la aparición y mantenimiento del trastorno alimentario (29).

El desarrollo de programas de psicoeducación grupal son un tipo de intervención utilizada para lograr una mayor implicación familiar en el proceso de tratamiento. A partir de la transmisión de información acerca de la enfermedad (factores de riesgo, etiopatogenia, síntomas) se persigue enseñar las conductas propias de un paciente con TCA, con el fin de fomentar la confianza y la relación paciente-familia (8)(35). Uno de los objetivos que se plantean es fomentar la alianza terapéutica con los padres, mostrarles apoyo emocional y velar por la expresión de sentimientos para evitar los pensamientos de culpa (37).

Con este tipo de intervenciones familiares no se pretende solucionar todos los problemas existentes dentro de la convivencia familiar, sino ayudarlas durante el proceso de adaptación al trastorno para que desarrollen habilidades de afrontamiento ante diferentes situaciones a las que se enfrentarán y puedan gestionarlas mediante la comprensión y la comunicación (38).

6.2. GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La formación de grupos de padres es un método bastante utilizado para alcanzar la implicación familiar dentro del tratamiento del paciente. Principalmente trata de enseñar a los padres a saber manejar los sentimientos y emociones desarrollados durante el proceso al mismo tiempo que busca ayudarles a enfrentarse a los problemas generados por la enfermedad (39).

Con esta clase de programas se quiere conseguir mejorar la calidad de la vida de los cuidadores y respectivamente alcanzar los objetivos de recuperación de los pacientes (8). Entre las ventajas que ofrecen las intervenciones con grupos de padres destacamos la transmisión de información acerca de la enfermedad con el fin de “conocer al enemigo” y saber cómo actuar para que el paciente pueda combatir y vencer al trastorno, fomentar el aprendizaje a través de la aportación de experiencias de otros progenitores como método de alivio y fortaleza, reducir los sentimientos negativos (ansiedad, culpa, fracaso, aislamiento, sobrecarga) e incrementar los sentimientos positivos (comprensión, apoyo, empatía), destacar la responsabilidad adquirida para buscar soluciones, lograr la motivación y consecución de cambios con respecto a la actitud y los comportamientos y conseguir una continua colaboración de la familia durante el tiempo que dure el proceso. (32)(39)(40)

En ocasiones el fomento de este papel de “coterapeuta” entre los miembros familiares puede desencadenar la creación de barreras y problemas dentro de casa durante el proceso terapéutico, principalmente en relación con los patrones disfuncionales existentes y que se pueden observar más comúnmente en torno al momento de las comidas. Ello puede provocar comportamientos de alianza hacia la consecución del trastorno, conductas negativas y permisivas, e incluso actitudes que conlleven desprecio y desesperación (29).

Junto con la consulta individual con el paciente, el trabajo separado con las familias es fundamental, aunque en ocasiones resulta ineficaz. Es común la incompreensión de la enfermedad por el desconocimiento de las familias. Por ello, con la terapia grupal se busca crear un lugar en donde expresar las situaciones a las que se enfrentan y los sentimientos que les generan. Un entorno en el que poder resolver junto con otros familiares las dudas que les surjan acerca del trastorno que padece su hijo(40).

6.3. TERAPIA GRUPAL PARA PADRES

Tras explicar los métodos más utilizados para promover la implicación de la familia en la recuperación del paciente con TCA, a partir de la búsqueda realizada de distintas guías prácticas de varias Comunidades Autónomas (35)(40) y de diferentes programas, trabajos y manuales dirigidos hacia la terapia grupal para padres convivientes con pacientes con TCA (8)(34)(39), se propone en este trabajo un programa que desarrolla un conjunto de intervenciones llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios especializados en el área de la salud mental, entre los que destacamos la figura de la enfermera de salud mental, con el objetivo de conseguir una mejor adaptación del entorno familiar sobre los TCA.

Desarrollo del programa

Un equipo multidisciplinar especializado en la salud mental compuesto por dos profesionales de enfermería, un psicólogo clínico y un psiquiatra, se encargarán de dirigir el programa propuesto en este trabajo que se desarrollará en tres sesiones formativas dirigidas hacia un grupo de familiares de pacientes con TCA. Estará enfocado a cuidadores de pacientes con

edades comprendidas entre los 12 y los 16 años que realicen su primer régimen de ingreso ambulatorio parcial, como puede ser en el servicio de Hospital de Día Infanto-Juvenil.

El tamaño del grupo que se pretende establecer estaría compuesto de un máximo de 16 personas; cuatro profesionales del equipo multidisciplinar y 6 parejas de padres, a los cuales se les pedirá que traten de asistir ambos miembros con el propósito de conseguir una mayor implicación familiar.

Se establecerá un conjunto de normas grupales que tendrán que respetar como participantes de un grupo.

Objetivos generales

El principal objetivo que se busca alcanzar con la realización de estas intervenciones es enseñar a los padres y/o cuidadores a reconocer aquellas pautas familiares que favorezcan el mantenimiento de la enfermedad, para poder modificarlas y fomentar las relaciones familiares con sus hijas/os con el fin de conseguir un cambio que mejore el estilo de vida de las familias y de sus hijos con TCA (39).

También se pretenderá motivar a las familias para que se impliquen en la búsqueda de soluciones, potenciar la responsabilidad y demostrar el importante papel que desempeñan al formar parte del tratamiento, fomentar la oportunidad de compartir experiencias, temores y dudas (40).

SESIÓN 1: PSICOEDUCACIÓN PARA GRUPOS DE FAMILIARES

Objetivos

- Introducción del programa (metodología, organización, plan de tratamiento).
- Presentación del equipo profesional multidisciplinar.
- Presentación de los participantes.
- Definir e instaurar normas grupales.
- Definir qué son los trastornos de la conducta alimentaria.
- Explicar la etiología multicausal y los factores determinantes en la instauración de un TCA.
- Centrarse en el factor familiar como factor precipitante y mantenedor de los TCA.

Primera parte: ¿Qué es un trastorno de la conducta alimentaria?

Se comenzará preguntando a los familiares qué entienden por TCA. Se les preguntará por los conocimientos que han ido adquiriendo con el progreso de la enfermedad con el lanzamiento de la siguiente pregunta: “¿Qué considera que es un TCA?” (40).

Tras la ronda de intervenciones de los padres, el psiquiatra y el psicólogo clínico explicarán cómo se definen estas enfermedades psiquiátricas, cuáles son los indicadores diagnósticos, los tipos de trastornos alimentarios existentes, la sintomatología clínica, las comorbilidades posibles y los procesos de tratamiento y recuperación. La información que se aporte se basará en lo que se explica en el primer capítulo de este trabajo.

Se finalizará esta intervención teórica con un turno de preguntas y se presentará la siguiente intervención que se desarrolle en el próximo día con una tarea para casa: reflexionar qué aspectos pueden haber intervenido en la aparición del trastorno, qué situaciones hacen que la enfermedad se mantenga en el tiempo y si puede haber recaídas (40).

Segunda parte: ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria y qué lo mantiene?

Se empezará esta intervención recogiendo la tarea para casa mandada en la anterior sesión en una puesta en común, la cual está relacionada directamente con esta nueva actividad. También se repasarán los aspectos básicos recogidos en la anterior intervención y se fomentarán los conocimientos de los padres sobre los trastornos alimentarios con el objetivo de poder comprender el proceso de enfermedad que está provocando el desarrollo de tales conductas en su hija/o.

A continuación, se pasará a explicar el carácter multifactorial de estos trastornos, centrándose en la influencia que tiene el factor familiar sobre la aparición y el mantenimiento de la enfermedad. El objetivo fundamental que se propone alcanzar con el desarrollo de esta intervención es ayudar a los familiares a detectar aquellas conductas y actitudes que tienen lugar dentro del entorno familiar y contribuyen al mantenimiento del trastorno (40).

Se definirán qué son los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los TCA y las diferencias entre estos. La teoría que se imparta en esta actividad se explyaya a continuación:

Los factores predisponentes se definen como aquellos factores que están presentes en el individuo y que incrementan las probabilidades de padecer el trastorno. Tienen desarrollo antes de que aparezca el trastorno. No se consideran la causa que incita la aparición del trastorno, pero deben estar presentes para que se desarrolle. Serían factores interpersonales y psicológicos propios del paciente. Ejemplos: baja autoestima, sentimientos de ansiedad y depresión, falta de control de las situaciones... (40).

Los factores precipitantes actúan una vez que los factores predisponentes están presentes. Serían aquellos que “colman la gota sobre el vaso”. Se relacionan con situaciones estresantes dentro del ámbito laboral, en el entorno familiar, situaciones traumáticas o agresiones... Los factores precipitantes más frecuentes son la adolescencia, al ser la etapa con más cambios a nivel físico y emocional, y el inicio de una dieta restrictiva. Son momentos previos al desarrollo de la enfermedad que actúan como desencadenantes de esta (40).

Por último, los factores mantenedores, se tratan de factores que perpetúan y mantienen el trastorno en el tiempo una vez desarrollado. Son aquellos que retrasan la recuperación de la persona y sobre los que podemos intervenir (40).

Al factor al que mayor hincapié se le hará será al factor mantenedor, pues se trata del factor sobre el que mayor influencia tiene la familia y, por lo tanto, en el cual a través de su implicación podrían conseguir cambiar determinados aspectos y ayudar a su hijo en la recuperación.

Una vez explicados cada uno de los factores, se promueve la participación de los padres en el grupo, planteándoles si supieran identificar y reconocer la existencia de alguno de estos factores en sus hijas/os (40).

A continuación, se les hará la siguiente pregunta: ¿Qué situaciones del entorno ante la enfermedad pueden considerarse como factores mantenedores? Tras sus aportaciones se les demostrarán cuáles son ese tipo de conductas que fomentan el mantenimiento del trastorno mediante algunos ejemplos: hacer referencias con respecto a su aspecto físico, repercutir en sus acciones sin tener en cuenta su consideración, determinar la forma de alimentación, no otorgarles control alguno sobre su vida, favorecer situaciones que le provoquen estrés... (40).

Habrá que explicar que no todos los aspectos considerados como mantenedores de la enfermedad se podrán cambiar, se tratará de modificar aquellos sobre los que podamos influir. Será importante hacer ver a los familiares que la combinación de diferentes factores es lo que convierte en distinta a cada persona con esta enfermedad, apareciendo por tanto una sintomatología específica a cada persona (40).

SESIÓN 2: GUÍA PARA CASA

En primer lugar, se repasarán de forma rápida los aspectos hablados en la anterior sesión y se resolverán las nuevas dudas surgidas.

Esta nueva intervención será llevada a cabo por dos profesionales de enfermería. Se centrar  en la aportación de consejos y recomendaciones para que los padres pongan en práctica cuando est n solos en casa con los hijos. El objetivo principal será enseñar a los padres a saber manejar y afrontar las situaciones que no sepan controlar de forma habitual dentro del entorno familiar con el fin de ayudarles a comprender las conductas propias del paciente.

Objetivos

- Enseñanza de habilidades.
- Cambios en la actitud.
- Determinación de límites dentro del hogar.

Primera parte: Modificar los patrones de comunicación

Las profesionales de enfermería plantearán nuevas formas de comunicación que podrán emplear los miembros de la familia en casa. De esta forma se pretende modificar la situación actual dentro del hogar a través de la mejora de la comunicación con el paciente. Ambas enfermeras propondrán las siguientes recomendaciones: (34)

- Fomentar conversaciones abiertas y directas basadas en la expresión sincera de las emociones sentidas. Animar a la expresión de sentimientos en el hogar.
- Afecto verbal y físico.
- Aprender a escuchar, respetando los tiempos y sin juzgar al otro. Evitar generar conflictos mediante la insistencia verbal acerca de las conductas del hijo (come o no come, se va a vomitar...).
- Evitar el chantaje emocional ni implicar el afecto propio con la mejoría por parte del hijo. No usar frases como: "si nos tuvieras cariño comerás más", "mamá dejar  de sufrir si no te vas a vomitar".
- No ponerse a la defensiva cuando justifique sus problemas con el resto. Una parte del largo tratamiento que emprender  el paciente será perdonar a aquellas personas que considere que le han hecho sentirse mal. Al mismo tiempo, los padres tendréis que disculparos por los fallos cometidos para que ella/él entienda que los errores est n presentes de forma continua a lo largo de la vida y que no hay que alcanzar la perfección que tanto buscan.
- Enseñar a comprender "las voces conflictivas que hablan al paciente internamente". Una le dice que est  gorda y fea, que debe dejar de comer (sería la predominante durante el transcurso del trastorno), la otra no se frecuenta de forma habitual y le trata de concienciar de que sufre una enfermedad que le hace perder peso y que debería comer.

Los padres deberán razonar con ella en los momentos que esté presente la segunda voz, pues la voz propia de la anorexia representa falta de lógica.

- No culpabilizar al paciente por el trastorno que padece. Aunque sientan preocupación y frustración, deben guardar esa impotencia y no pronunciarlo en voz alta delante de él. Los grupos de terapia serán el lugar donde transmitir esa rabia y frustración por la situación que viven dentro del hogar.
- Hablar sobre referencias propias que actualmente puede estar sintiendo el paciente: las experiencias de su adolescencia, los problemas internos que les causaban preocupación. Achacarlas a experiencias que ellos vivían a la edad de su hijo, pero reflejar que sus vivencias van a ser diferentes y únicas. De esta manera se fomenta el acercamiento entre las relaciones personales.
- Felicitar por los logros positivos y evitar centrarse en las cosas que haga mal.
- Entender que las discusiones son situaciones puntuales. Tratar de dialogar para resolver el problema en lugar de evitarlo y no enfrentarse a ello.

Segunda parte: Establecimiento de límites

Se determinarán una serie de pautas para que los padres establezcan unos límites que se deberán incorporar dentro del entorno familiar. Estas reglas tendrán que ser claras y concisas, flexibles y no excesivas. Habrá circunstancias en las que sobrepasará estas normas como intento de lucha por su individualidad y rebeldía (34).

- Debemos enseñar a los padres a respetar aquellas elecciones que tome el adolescente, aunque no sean de su agrado. Por ejemplo: la vestimenta, la decoración de su habitación...
- Ambos padres tienen que tomar decisiones juntos, trabajando de manera coordinada en casa y durante la terapia grupal e individual con el equipo profesional.
- En cuanto al hábito alimentario, los padres serán quienes decidan qué se come en casa. Evitarán preparar comidas especiales para la hija. Explicarles que tratarán de manipularles para que accedan a elegir los alimentos que deseen, haciéndoles pensar que así al menos comerá lo que pida o se comerá aquello que lo prefiere más, acabando el paciente ejerciendo un rol de gobernante en la casa.
- No relacionar a los hijos en los problemas que surjan entre los progenitores ni inculcar a los hermanos la responsabilidad de cuidar a su hermana/o. Todos los hijos necesitan la misma atención de cuidados.
- A la hora de las comidas, el papel de policía vigilante de si se acaba el plato o no, no funciona y crea posturas de tensión que no agradan a ningún miembro.
- Enseñar que para alcanzar una buena organización y funcionamiento hay que aprender a saber proporcionar lo que cada uno hace con lo tiene y quiere, no en prescindir entre el "todo o nada".
- Respetar la privacidad del hijo dentro y fuera del hogar, respetando sus espacios e intimidad. No hablar con amigos y otros familiares sobre ella si no se lo permite, ni hacer referencias sobre la comida o el aspecto físico del paciente.

Tercera parte: Normalización de la vida familiar

Como ya habrán notado los padres, la vida familiar se habrá vuelto distinta tras la aparición del TCA. Lo que antes era normal dentro de la rutina diaria, ahora se habrá vuelto distinta. Explicaremos que tendrán que esforzarse por recuperar el equilibrio perdido. Las enfermeras

propondrán una lista de consejos que impartirán a los familiares para aplicar en casa e ir recuperando la anterior normalidad (34).

- Mantener las pautas de alimentación cotidianas (a la hora de la compra, preparación de los alimentos, sentarse todos juntos alrededor de la mesa...).
- No hacer que el trastorno se convierta en el eje central de su vida, es decir, no desatender su vida, sus amistades, pareja y demás hijos.
- No premiar ni otorgar privilegios, al igual que insistir por mantener las obligaciones diarias, no eximirle de estos aspectos por estar enfermo.
- Evitar el aislamiento social de la familia. No obstante, apoyar al paciente cuando no quiera acudir a contextos sociales que impliquen actos de comida, como las comidas familiares.
- Apoyar el criterio del paciente: apoyar en aquellas decisiones personales que tome con su propio criterio, ofreciéndole ayuda y sin suponer ningún control, con el fin de transmitirle independencia a la hora de tomar elecciones e ir marcando su propio camino.
- Tratar de tolerar los sentimientos de ansiedad e irritabilidad frecuentes antes de cada comida y la culpabilidad y tristeza que sienten tras ellas. Enfrentarse a comentarios dolorosos que reciban y limitar ciertas conductas (responsabilizar por sus cosas). Continuar por transmitir y demostrar el amor que sienten hacia él y enseñarle a ver que la solución no es ir en contra de él sino del trastorno.
- Responsabilizar por sus actos: en caso de vomitar, recoger el baño él; si se frecuenta un atracón, poner su dinero para comprar la comida del resto; en caso de hacer ejercicio por la noche, no molestar a los demás. En resumen, que haya respeto por todas las partes.
- No manipular: "Si te acabas todo lo del plato, te compro las playeras que te gustan". Acabas provocando un control que refleja de manera externa ante ti, pero no evita que los síntomas desaparezcan.
- No poner en evidencia los comportamientos que realiza.
- Evitar transmitirle pena. Mostrarle oportunidades para responsabilizarse por vida e incrementar su independencia y autoestima.
- No realizar comentarios sobre su físico, ni decirle lo delgada que está o felicitar cuando gana peso.

Se concluirá explicando a las familias que lo más importante de entender es que para ayudar a su hijo, no deben tratar de controlar la vida del paciente, aunque crean que deben dirigir la situación para mejorar el estado de salud porque piensan que no puede hacerlo solo. Cuanto mayor sea el control ejercido sobre su entorno, peor será la ayuda que le estén ofreciendo para salir del trastorno, pues sentirá que no tienen poder ninguno sobre su vida y relacionará el control de su propio cuerpo a través del desarrollo de conductas disfuncionales (34).

Los padres tendrán que aprender que para ayudar a su hijo deberán hacerle ver que tiene su apoyo al mismo tiempo que le dejan controlar las riendas de la enfermedad por sí mismo. Quien decide recuperarse y enfrentarse al trastorno para poder superarlo es el paciente (34).

SESIÓN 3: ROLES PARENTALES

Lo que se persigue con la realización de esta sesión es cambiar las relaciones familiares. Se quiere desvincular a los padres el pensamiento de actuación sobre la conducta alimentaria de sus hijos para enforcales en mejorar la convivencia en casa a través de cambios en las expectativas, la comunicación y la búsqueda de situaciones que fomenten la satisfacción de todos los miembros (39).

Objetivos

- Enseñar los diferentes estilos de crianza desarrollados en familias convivientes con pacientes con TCA a través del Modelo Maudsley de Treasure.
- Determinar conductas familiares que favorezcan la relación interpersonal entre los padres y sus hijos.
- Determinar comportamientos adaptativos que cambien el tipo de rol parental que influye sobre las reacciones del paciente.

Primera parte: Relación del TCA con el entorno familiar

Con esta intervención se propone ayudar a los familiares a identificar los cambios que buscan en la relación desarrollada con sus hijos en casa y enseñarles a llevar ese cambio deseado hacia una dirección más amplia y con más visiones, que trate de modificar esa relación familiar hacia una relación satisfactoria que no gire en torno al TCA (39).

Actividad (39)

Traer por escrito de casa aquellas cosas que cambiarían en la relación con su hijo, los objetivos que se proponen alcanzar con la realización de estas intervenciones y si quieren conseguir ese cambio en su relación familiar.

Buscar aquellos síntomas de la enfermedad que estén influidos por las relaciones familiares y reflexionar si la relación familiar es distinta a cuando comenzó el trastorno. Se propondrá que hallen diferencias con las relaciones que mantienen con sus amistades y especialmente con sus otros hijos.

Comparar las expectativas que esperaba la familia de su hijo antes del inicio del TCA con las nuevas expectativas que habrá que satisfacer en la actualidad. Se cambiarán aquellas proposiciones del pasado que no involucraban al trastorno, para centrarse en aquellas que se desarrollan en la actualidad junto a la enfermedad.

Identificar tanto las características positivas como negativas de las relaciones familiares desarrolladas durante el transcurso de la enfermedad. Para ello se ayudará a los familiares a buscar aquellos aspectos que satisfacen una buena relación con su hijo, los momentos que les hacían sentir gratitud y cercanía junto a sus hijos. También se identificarán las situaciones que provocan sentimientos negativos y fomenten las relaciones insatisfactorias.

Determinar la influencia sobre la generación de conflictos. Durante el desarrollo del trabajo, se ha descrito que una característica propia de varias familias de pacientes con TCA es la consecución de conflictos al no compartir expectativas similares sobre su relación. En caso de identificarse estas disputas entre alguna familia, se propondrá: definir las situaciones en las que se produce la disputa, determinar un plan de acción y planificar las transformaciones que

se van a llevar a cabo relacionadas con las expectativas y la comunicación. Si se considera que el foco de la terapia debe centrarse en la resolución de conflictos se trasladará a terapia individual junto con el paciente por ser un problema sobre el que no podemos intervenir a través de un grupo de familiares.

Segunda parte: ¿Qué tipo de cuidadores somos?

Con esta intervención se propone utilizar el modelo Maudsley de Treasure para identificar el tipo de cuidador con el que nos encontramos a través de las similitudes que hace con diferentes figuras animales, sobre lo cual se profundiza en el segundo capítulo. El objetivo que plantean los profesionales es aportar habilidades para mejorar la comunicación y los estilos de afrontamiento que desarrollan las familias con sus hijos. De esta forma, se fomenta el apego y el vínculo con el paciente, se mejora la adaptación y la comprensión sobre el TCA, a la vez que disminuye el malestar psicológico (8).

Actividad (8)

Se plantearán las distintas figuras que explica Treasure en su trabajo y se trabajará con las familias la actividad de encontrar similitudes que crean contemplar cuando desempeñan su estilo de crianza con su hijo. Deberán identificarse con un tipo de animal y razonar si esas características que definen a esa figura ayudan a su hijo en su recuperación.

Se tratarían de identificar con el estilo sobreprotector típico de la mamá canguro, el estilo agresivo del papá rinoceronte, el estilo sumiso y evitativo de conflictos propio del avestruz, el victimismo y la culpabilidad de la mamá medusa... A continuación, se expondrá la siguiente pregunta sobre el grupo: ¿Qué tipo de cuidador eres según la relación que encuentras con la figura animal? Los padres deberán explicar las similitudes encontradas con el animal tipo y por qué consideran que el estilo de afrontamiento que tienen sobre el trastorno de su hijo se desarrolla de esa manera que personaliza a ese tipo de animal.

El fundamento de esta intervención será responsabilizar a los padres en cuanto a sus conductas y las reacciones que provocan estas sobre el niño. A partir de la identificación educativa con un animal, se trabajará con ellos las destrezas y los conocimientos, con el fin de aprender a modificar las actitudes y los comportamientos que caracterizan el tipo de cuidador que son.

7. CONCLUSIONES

La evolución de un TCA puede estar influenciado por determinados aspectos que caracterizan a una familia. La familia es un factor esencial pero no en sí mismo suficiente como para justificar la aparición de un TCA (22)(28); no obstante, la forma en la que el entorno del paciente afronte y se adapte a la enfermedad puede determinar la recuperación de este. Por lo tanto, queda demostrado que existe una relevante relación entre la familia y la psicopatología alimentaria (23)(25).

Como se ha ido desarrollando durante el trabajo, no existe una tipología familiar única establecida para las familias convivientes con un TCA, las familias son heterogéneas. Existe una gran diversidad de roles parentales dependiendo del estilo de afrontamiento que desarrolle la familia cuando se instaura el trastorno en el hogar (29). Habrá algunos estilos parentales que actúen como factores protectores y otros que se consideren de riesgo para la aparición y mantenimiento del trastorno. Aquellas familias que muestren un exceso control e impidan la independencia de los hijos, siendo demasiado sobreprotectores o autoritarios, pueden determinarse como aspectos clave que produzcan un trastorno alimentario, generando conflictos entre las relaciones familiares y fomentando en la hija un sentimiento de falta de control sobre su vida haciendo que su único recurso para ejercer control sobre algo sea su cuerpo (28).

El crecimiento incesante de los TCA en nuestra sociedad es un problema que supone a nivel sanitario elevadas tasas de ingresos hospitalarios y largas estancias por la cronicidad típica de estas enfermedades. La falta de especialización de los profesionales sanitarios en esta área de la salud mental resulta perjudicial en sí misma para conseguir la resolución del trastorno. En este trabajo, se estudia la creación de programas por equipos multidisciplinares, donde se destaca la figura de la enfermera de salud mental, que impliquen la terapia grupal para padres. Con este tipo de intervenciones se busca incrementar la implicación de la familia en la recuperación del paciente mediante la enseñanza de habilidades comunicativas eficaces y asertivas, la expresión y manejo de emociones y sentimientos, el apoyo emocional, el establecimiento de ciertos límites dentro del hogar y el desarrollo de estrategias de resolución de conflictos (34)(35)(40). Se consigue que los cuidadores se doten de conocimientos y técnicas resolutivas con el fin de mejorar la sintomatología típica y las relaciones interpersonales. Se trata de convertir el factor familiar en un factor protector que ayude al paciente a superar el TCA (8)(39).

Por ello, invertir en la organización de programas estructurados en los que destaque la figura de la enfermera de salud mental, formada de conocimientos para abordar la influencia de los roles parentales sobre el mantenimiento de los TCA, puede resultar beneficioso para la recuperación de los pacientes con esta patología alimentaria.

8. ANEXOS

(Anexo I) Tabla 1. Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-V

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
--

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
--

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.
--

Nota de codificación: el código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación)

D. Especificar si:
a. Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
b. Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

E. Especificar si:
a. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
b. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

F. Especificar la gravedad actual:
La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.
a. Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
b. Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

-
- c. Grave: IMC 15-15.99 kg/m²
 - d. Extremo: IMC <15kg/m²
-

(Anexo II) Tabla 2. Criterios diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-V

-
- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - a. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - b. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

 - B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

 - C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

 - D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

 - E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

 - F. Especificar si:
 - a. Tipo purgativo: durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
 - b. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
 - c. En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

 - G. Especificar la gravedad actual:
 - a. La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
 - b. Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
 - c. Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
 - d. Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
-

-
- e. Extremo: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.**
-

(Anexo III) Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado según el DSM-V

-
- A. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).**
-

(Anexo IV) Tabla 4. Criterios diagnósticos de Trastorno por Atracón según el DSM-V

-
- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:**
- a. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un periodo similar en circunstancias parecidas.**
 - b. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).**
-
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:**
- a. Comer mucho más rápidamente de lo normal.**
 - b. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.**
 - c. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.**
 - d. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.**
 - e. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.**
-
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.**
-
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.**
-
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.**
-
- H. Especificar si:**
-

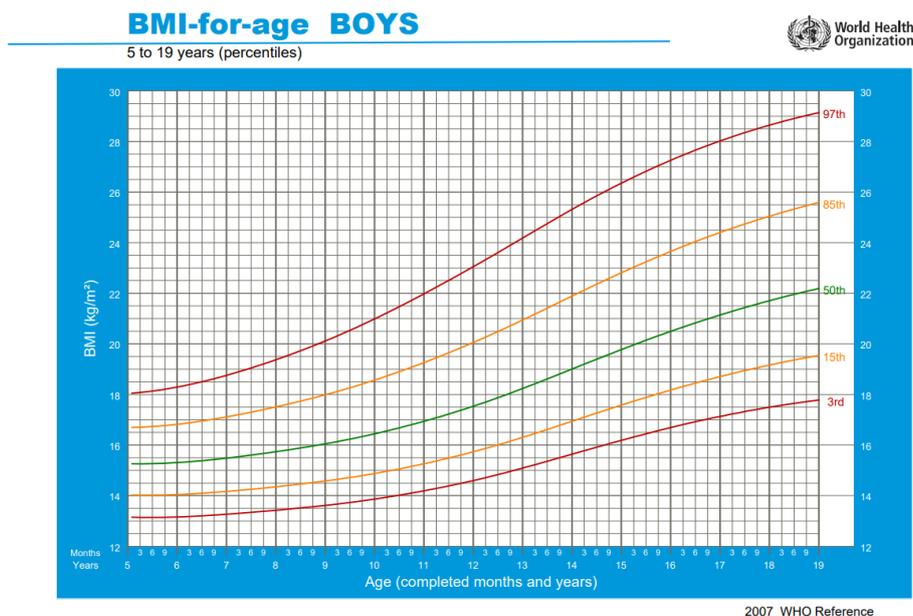
- a. En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- b. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

F. Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

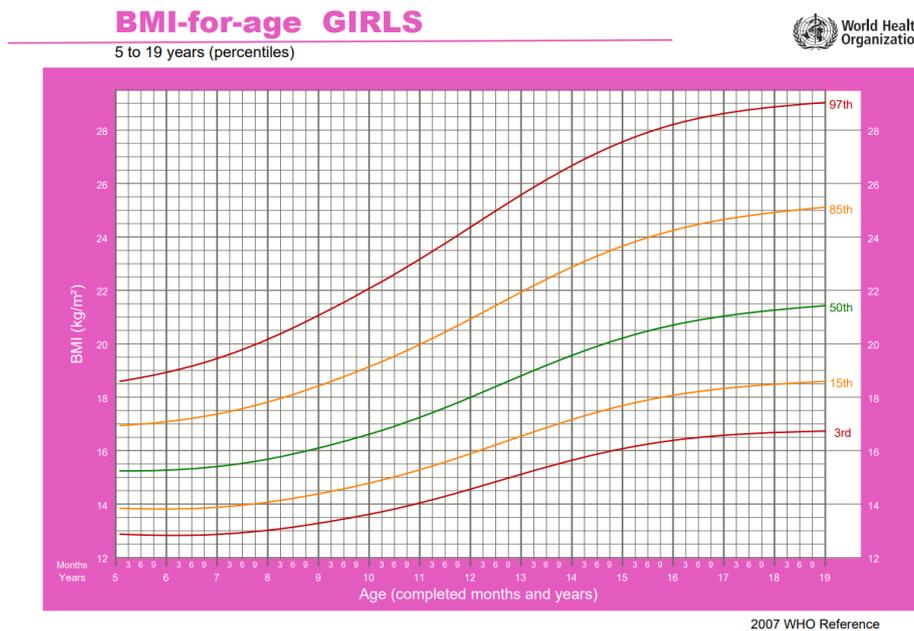
- a. Leve: 1–3 atracones a la semana.
- b. Moderado: 4–7 atracones a la semana.
- c. Grave: 8–13 atracones a la semana.
- d. Extremo: 14 o más atracones a la semana.

(Anexo V) Gráfica de percentiles. IMC para niños con edad comprendida entre 5-19 años



IHAN [Internet]. *Estándares de crecimiento*. IMC para la edad en niños entre 5-19 años (OMS). Disponible en: [Estándares de crecimiento | iHan](#)

(Anexo VI) Gráfica de percentiles. IMC para niñas con edad comprendida entre 5-19 años



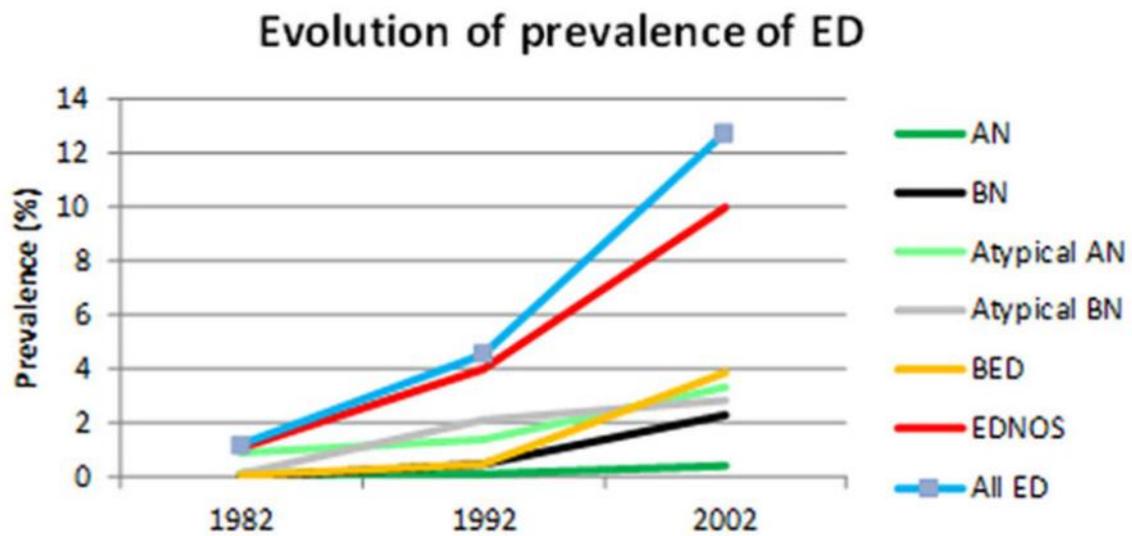
IHAN [Internet]. *Estándares de crecimiento*. IMC para la edad en niñas entre 5-19 años (OMS). Disponible en: [Estándares de crecimiento | iHan](#)

(Anexo VII) Tabla 5. Factores de riesgo según la etiopatogenia de los TCA

I- Factores individuales	Biológicos	Sexo femenino. Edad. Obesidad previa. Pubertad precoz. Enfermedades o problemas físicos o del desarrollo. Herencia. Alteraciones genéticas. Cambios anatómo-fisiológicos en SNC. Factores obstétricos y perinatales.
	Psicológicos	Psicopatología previa. Factores psicológicos. Rasgos de personalidad. Vulnerabilidad neurobiológica.
	Conductuales	Historia de dietismo. Nivel educativo. Nutrición en la infancia. Actividad física. Consumo de sustancias. Acontecimientos vitales estresantes.
II- Factores ambientales y socioculturales		Influencia de la sociedad. Interacciones sociales anómalas. Presión social percibida.
III- Factores familiares		Nivel socioeconómico familiar. Estructura familiar y funcionamiento. Psicopatología previa. Sobrepeso materno. Hábitos alimentarios y deportivos. Estereotipos negativos. Estilos de crianza.

Rev Med Valdecilla [Internet]. Factores de riesgo según la etiopatogenia de los TCA. Disponible en: [Rev Med Valdecilla Trastorno conducta alimentaria.pdf \(uncan.es\)](#)

(Anexo VIII) Gráfica evolución de la prevalencia de TCA entre 1982-2002



Evolución de la prevalencia puntual de diferentes tipos de TCA durante el período 1982-2002, adaptada de Nakai et al. (39). AN, anorexia nerviosa; BED, trastorno por atracón; BN, bulimia nerviosa; DE, trastorno alimentario; EDNOS, trastornos de la alimentación no especificados.

Galmiche M. Evolución de la prevalencia puntual de diferentes tipos de TCA durante el período 1982-2002. *ResearchGate*. [Internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/figure/Evolution-of-the-point-prevalence-of-different-types-of-EDs-over-the-1982-2002-period_fig10_333377747

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. El papel de las relaciones familiares en los trastornos alimentarios en adolescentes: una revisión narrativa. *Ciencias del comportamiento* [Internet]. 2020; 10(4):71.
Disponible en: [Ciencias del Comportamiento | | de texto completo gratuito El papel de las relaciones familiares en los trastornos alimentarios en adolescentes: una revisión narrativa \(mdpi.com\)](#)
- (2) Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora M.E. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental* [Internet]. 2012; 35:483-490. Disponible en: [v35n6a5.pdf \(scielo.org.mx\)](#)
- (3) Calvo D, Gaimón O. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Propuesta de intervención preventiva para docentes. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Zaragoza. [Internet]. 2020 [consultado en febrero de 2023].
Disponible en: [Trastornos de la Conducta Alimentaria \(TCA\). Propuesta de intervención preventiva para docentes - Repositorio Institucional de Documentos \(unizar.es\)](#)
- (4) Elvira Sáez E. Programa de formación a profesionales de enfermería: detección precoz de Trastornos de Conducta Alimentaria en Atención Primaria. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com*. [Internet]. 2023; 2:58.
Disponible en: [Programa de formación a profesionales de enfermería: detección precoz de Trastornos de Conducta Alimentaria en Atención Primaria - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com \(revista-portalesmedicos.com\)](#)
- (5) Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalencia y correlatos de los trastornos alimentarios en adolescentes: resultados del suplemento adolescente de replicación de la encuesta nacional de comorbilidad. *Arch Gen Psiquiatría*. 2011; 68(7):714-723.
Disponible en: [Prevalencia y correlatos de los trastornos alimentarios en adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad Replica el suplemento para adolescentes | Medicina del adolescente | JAMA Psiquiatría | Red JAMA \(jamanetwork.com\)](#)
- (6) Garcés Trullenque, E.M. Anorexia nerviosa: una mirada relacional. Universidad de Zaragoza. [Internet]. 2005; 1-44. Disponible en: <http://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Garc%C3%A9s-Trullenque-Eva-3%C2%AA-ZA-03-04.pdf>
- (7) Fundación Imagen y Autoestima. ¿Qué le pasa? Cuando los trastornos del comportamiento alimentario entran en casa. Guía para familias. [Internet]. 2007 [consultado en marzo de 2023].
Disponible en: [Maquetación 1 \(f-ima.org\)](#)
- (8) Cuervo S. Diseño de un programa psicoeducativo para familiares y pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria: Estudio piloto. (Trabajo Final de Máster). Universitat Jaume I. [Internet]. 2017 [consultado en marzo de 2023]; 1-48.
Disponible en: [TFM 2017 Cuervo Gonzalez Sara.pdf \(uji.es\)](#)

- (9) López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. [Internet]. 2011; 22(1): 85-97. Disponible en: [Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo | Lector mejorado de Elsevier](#)
- (10) Moreta A. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: papel de enfermería. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Cantabria. [Internet]. 2020 [consultado en diciembre de 2022]. Disponible en: [MORETA CACICEDO, ANDREA.pdf \(unican.es\)](#)
- (11) González Gómez J, Madrazo I, Gil Camarero E, Carral Fernández L, Benito González P, Calcedo Giraldo G, Gómez del Barrio A. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Rev Med Valdecilla* [Internet]. 2017; 2(1): 14-19. Disponible en: [Rev Med Valdecilla Trastorno conducta alimentaria.pdf \(unican.es\)](#)
- (12) Maganto C. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Infocop*. [Internet]. 2011 [consultado en diciembre de 2022]. Disponible en: [FACTORES DE RIESGO O VULNERABILIDAD ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA \(infocop.es\)](#)
- (13) Jiménez M, Marín A. Estudio de aproximación a la realidad social de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y sus familiares en Zaragoza. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Zaragoza. [Internet]. 2020 [consultado en diciembre de 2022]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/102219?ln=en>
- (14) Guarda A. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? *American Psychiatric Association*. [Internet]. 2023 [consultado en noviembre de 2022]. Disponible en: [Psychiatry.org - ¿Qué son los trastornos alimentarios?](#)
- (15) Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 2 ed. Arlington (EEUU): Asociación americana de psiquiatría; 2014 [consultado en noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- (16) Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*. [Internet]. 2020; 91(5): 784-793. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020005001109&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- (17) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de

- Cataluña; 2009. Disponible en: [GPC 440 Tt Conduc Alim resum 4 jun.pdf \(guiasalud.es\)](http://guiasalud.es/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_resum_4_jun.pdf)
- (18) Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia*. [Internet]. [consultado en enero de 2023].
Disponible en: <http://adaner.org/anorexia-y-bulimia/tratamiento/>
- (19) Lechuga L, Gámiz N. Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. *Spain Documents*. [Internet]. 2005. 142-157. Disponible en: [TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA ... · L. Lechuga y Nieves Gámiz Trastornos de la Conducta Alimentaria 2 \(2005\) 142-157 142 ... Orientación educativa, modificación - \[PDF Document\] \(fdocuments.es\)](http://fdocuments.es/TRATAMIENTO_PSICOLÓGICO_DE_LOS_TRASTORNOS_DE_LA...L_Lechuga_y_Nieves_Gámiz_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria_2_(2005)_142-157_142..._Orientación_educativa_modificación_-_[PDF_Document]_(fdocuments.es))
- (20) Peñalba C. Cuidados de enfermería en trastornos de la conducta alimentaria. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Cantabria. 2018 [consultado en enero de 2023].
Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14204/Pe%c3%b1albaOlivasC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (21) Martínez S.G. Programa de detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes en atención primaria. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Zaragoza. 2022 [consultado en enero de 2023].
Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/112670>
- (22) Fuentes J, Herrero Martín G, Montes Martínez M, Jáuregui Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista journal*. [Internet]. 2020; 5(10): 1221-1244. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n10/2529-850X-jonnpr-5-10-1221.pdf>
- (23) Rodríguez M, Hernández J.D, Bolaños P, Ruiz I, Jáuregui I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*. [Internet]. 2015; 32(4): 1786-1795.
Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9635.pdf>
- (24) Maglio A.L, Molina M.F. La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. [Internet]. 2012; 3(1), 1-10.
Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v3n1/v3n1a1.pdf>
- (25) Losada A.V, Charro A. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. [Internet]. 2018; (1): 90-110. Disponible en: [\(PDF\) Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales | Analia Veronica Losada - Academia.edu](http://AnaliaVeronicaLosada-Academia.edu)

- (26) Roda C. Terapias sistémicas: orígenes, principios y escuelas. *Revista la mente es maravillosa*. [Internet]. 2019 [consultado en febrero de 2023]. Disponible en: [Terapias sistémicas: orígenes, principios y escuelas - La Mente es Maravillosa](#)
- (27) Sabater V. Salvador Minuchin, biografía del creador de la terapia estructural. *Revista la mente es maravillosa*. [Internet]. 2018 [consultado en febrero de 2023]. Disponible en: [Salvador Minuchin, biografía del creador de la terapia familiar estructural \(lamenteesmaravillosa.com\)](#).
- (28) Ruíz A.O, Vázquez R, Mancilla J.M, Viladrich C, Halley M.E. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. [Internet]. 2013; 4(1): 45-47.
Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a6.pdf>
- (29) Mayorga J, Pino S, Gempeler J, Rodríguez M. Observación y análisis “en vivo” de comidas familiares de pacientes con trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2018; 9(1): 82-94. Disponible en: <2007-1523-rmta-9-01-82.pdf> ([scielo.org.mx](https://www.scielo.org.mx))
- (30) García G. Modelo de Maudsley de afrontamiento familiar. *Cómete el Mundo*. [Internet]. 2017.
Disponible en: <http://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/101-modelo-maudsley-de-afrontamiento-familiar>
- (31) Torio S, Peña J.V, Inda M. Estilos de educación familiar. *Psicothema*. [Internet]. 2008; 20(1): 62-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72720110.pdf>
- (32) Rodríguez A. Papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Zaragoza. [Internet]. 2013 [consultado en marzo de 2023]. Disponible en: <TAZ-TFG-2013-751.pdf> (unizar.es)
- (33) Marmo J. Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. [Internet]. 2014; 22(2): 165-175. Disponible en: [\(PDF\) Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria \(researchgate.net\)](#)
- (34) Equipo de la Unidad de Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trastornos de la conducta alimentaria: cómo actuar desde la familia. Claves para prevenir y tratar trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia desde la familia. [Internet]. Comunidad de Madrid: Conserjería de políticas sociales y familia; 2016.
Disponible en: [16 TCA Como actuar desde la familia.pdf](#)
- (35) Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2011. Disponible en: <https://infosal.es/wp-content/uploads/2017/12/Guia-Prevencion-Trastornos-Conducta-Alimentaria-.pdf>.

- (36) Jauregui I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Hospital Infanta Luisa, Sevilla. 2005; 158-198. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382756.pdf>
- (37) Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *SOM*. [consultado en febrero de 2023]. Disponible en: <https://tca.som360.org/es/libro/trastornos-conducta-alimentaria/tratamiento>
- (38) Resina E, Samaniego A. Intervención familiar en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria. *SOM*. [Internet]. 2022 [consultado en marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.som360.org/es/articulo/intervencion-familiar-unidad-trastornos-conducta-alimentaria>
- (39) Fernández M.L, Solé J. Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. [Internet]. 2003; 8(1): 67-78. Disponible en: [Vista de Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con trastorno de conducta alimentaria \(uned.es\)](#)
- (40) De Frutos J.J, Bernal A.I. ¿Qué le está pasando a mi hija? Manual para psicoeducación grupal de padres en trastornos de la conducta alimentaria. Hospital Universitario de Móstoles. Comunidad de Madrid. 2012; 1-107. Disponible en: [Manual \(madrid.org\)](#)