



## REVISIÓN

# Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria

## *Family feeding: eating disorders development and maintenance influences*

Raquel Marfil<sup>1</sup>, María Isabel Sánchez<sup>1</sup>, Griselda Herrero-Martín<sup>1,2</sup>, Ignacio Jáuregui-Lobera<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España

<sup>2</sup> Norte Salud Nutrición. Sevilla. España

<sup>3</sup> Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla. España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ijl@tcasevilla.com](mailto:ijl@tcasevilla.com) (Ignacio Jáuregui-Lobera).

Recibido el 20 de junio de 2019; aceptado el 14 de julio de 2019.

### Como citar este artículo:

Marfil R, Sánchez MI, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. JONNPR. 2019;4(9):925-48. DOI: 10.19230/jonnpr.3171

### How to cite this paper:

Marfil R, Sánchez MI, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Family feeding: eating disorders development and maintenance influences. JONNPR. 2019;4(9):925-48. DOI: 10.19230/jonnpr.3171



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

## Resumen

**Objetivos.** Esclarecer la importancia de la familia en el desarrollo del niño desde la infancia, poniendo el foco de estudio en la influencia que ejercen los estilos de crianza, las relaciones interpersonales en el núcleo familiar y los comportamientos respecto a la comida en la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se indicarán los rasgos de los distintos estilos parentales y las diferencias entre factores de riesgo, precipitantes, protectores y mantenedores. Así como subrayar la importancia de los procesos de prevención, detección precoz e intervención clínica.

**Método.** La información se recopiló a través de la búsqueda en bases de datos online y la posterior selección de aquellos artículos, tesis y estudios relacionados con nuestro ámbito de estudio.



**Resultados.** Se encontraron diferencias entre las características de familias con TCA y sin él, mayor disfuncionalidad familiar y una preocupación excesiva por el peso, la figura corporal y la alimentación; además de consecuencias significativas de los estilos parentales en el desarrollo y mantenimiento de trastornos alimentarios.

**Conclusiones.** La presente revisión muestra diferencias pero con necesidad de mayor investigación, dada la naturaleza multicausal de los TCA. Para estudios futuros sería de interés incrementar la participación de hombres, además de tener en cuenta los distintos núcleos familiares actuales (homoparental, monoparental, etc.), el impacto de la globalización y el flujo de migración hacia diferentes culturas, cánones estéticos y costumbres gastronómicas.

#### Palabras clave

trastornos de la alimentación; entorno familiar; factores socioculturales; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; obesidad

#### Abstract

**Objectives.** Clarify the importance of the family in children development since childhood, focusing in how parenting styles, interpersonal relations between family members and food behaviours influence in the onset and keeping of eating disorders. We will indicate the characteristics of parenting styles and differences between risk factors, precipitating factors, protective factors and keep factors. Just as, emphasise the importance of prevention, early diagnosis and clinical intervention.

**Method.** Information and data were compiled from online database and then we selected those articles, thesis and studies associated to our field of study.

**Results.** Characteristics differences between ED families and non ED families, higher family malfunction and excessive concern about weight, body shape and feeding. Besides, significant consequences from parenting styles in the onset and keeping of eating disorders.

**Conclusions.** The present review shows differences, but it needs more research due to the multi-causal nature of ED. For future studies, it would be interesting increasing men sample, and keeping on mind some peculiar family circumstances more usual nowadays as homosexual or single-parent families, impact of globalisation and migration to different cultures, canons of beauty and gastronomic traditions.

#### Keywords

eating disorders; family environment; sociocultural factors; anorexia nervosa; bulimia nervosa; obesity

## Introducción

Tradicionalmente la hora de comer ha sido motivo de encuentro familiar, sin embargo, los ritmos de vida frenéticos, la abundancia de bienes de consumo y el abandono de los



esquemas convencionales de la mujer como encargada de las comidas por su incorporación al mundo laboral, han favorecido las comidas desestructuradas, a destiempo, poco elaboradas y en suma la probabilidad de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA). Este hecho pone de manifiesto la importancia de los hábitos y las costumbres alimentarias que se adoptan y transmiten en el núcleo familiar.

Los TCA que se van a tratar en relación a la influencia que ejerce la familia en su desarrollo y mantenimiento son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), cuyas características diagnósticas se encuentran en las Tabla 1 y Tabla 2 respectivamente<sup>(1)</sup>. También, a pesar de la escasa investigación existente, se incluirá la obesidad.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa. Extraído de DSM-5 <sup>(1)</sup>.

<b>Anorexia Nerviosa (AN)</b>
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, llevando a un peso corporal significativamente bajo en relación a la edad, sexo, curso del desarrollo y la salud física, es decir, peso inferior al mínimo normal o al mínimo esperado en niños y adolescentes.</p> <p>B. Miedo intenso a la ganancia de peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso a pesar de ser este significativamente bajo.</p> <p>C. Percepción del propio peso o constitución alterada, influencia inapropiada del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente en reconocer la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p>Puede presentarse en dos formas:</p> <p><i>Tipo restrictivo:</i> durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado o uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p><i>Tipo con atracones/purgas:</i> 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).</p> <p>Especificar si se encuentra en remisión parcial, es decir, el criterio A no se cumple durante un tiempo continuado pero B o C siguen estando presentes; o remisión total si ninguno de los criterios se cumple durante un período prolongado. Establecer también la gravedad actual en base al IMC.</p>



**Tabla 2.** Criterios diagnósticos para la Bulimia Nerviosa. Extraído de DSM-5 <sup>(1)</sup>.

<b>Bulimia Nerviosa (BN)</b>
A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. 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 compensatorios inapropiados 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.
Especificar si se encuentra en remisión parcial, algunos pero no todos los criterios no se han dado durante un período de tiempo continuado; o remisión total si ninguno de los criterios se cumple en un período continuado. Así mismo, especificar la gravedad actual en base a la frecuencia de comportamientos compensatorios.

La presente revisión, se va a centrar en el papel de la familia y los padres como transmisores de valores socioculturales en la conducta alimentaria, esencial en nuestra vida y supervivencia y vehículo de sensaciones de placer y malestar, además de la influencia de los estilos parentales adoptados sobre la alimentación, el desarrollo de la insatisfacción corporal y la preocupación por comer<sup>(2)</sup>. Por último, se destacará la relevancia de desarrollar métodos de prevención que promuevan una alimentación saludable, no restrictiva y comidas familiares regulares; educar tanto a padres y madres como a la población de riesgo, especialmente adolescentes, para evitar estas patologías y capacitarlos para reconocer su sintomatología precozmente<sup>(3)</sup>; así como, elaborar terapias que incluyan a los familiares como agentes activos en la recuperación, facilitándoles recursos para ayudar a cubrir necesidades nutricionales que modifiquen el peso y beneficien a la salud de la/ el paciente<sup>(4)</sup>.



## Método

El ámbito de investigación ha sido el universitario y ha tenido lugar desde el mes de noviembre de 2018 a marzo de 2019. Para la elaboración de esta revisión, se ha realizado una búsqueda exhaustiva, empleando diversas bases de datos online, en concreto *Pubmed*, *Scielo*, *Dialnet* y *ELSEVIER*, y utilizado los comandos: “eating disorders AND family”, “eating disorder AND obesity AND family”, “family AND influence in eating disorders”, “trastornos alimentarios AND familia”, “trastornos alimentarios AND familia AND obesidad”, “familia y mantenimiento de TCA” y “alimentación familiar y desarrollo de TCA”.

A partir de los resultados arrojados se han seleccionado aquellos artículos, tesis y estudios, relacionados con la temática de nuestro proyecto. Como primer criterio de cribado se ha utilizado el título y el resumen y, una vez leídos los textos completos, se han descartado aquellos que no mantenían relación con nuestra temática.

## Resultados

### Aprendizaje por imitación: Modelado

La familia es el primer grupo social al que pertenece una persona, dentro de la que se desarrollan las funciones más importantes para el ciclo vital, formando parte del desarrollo humano integral. Como es sabido, el modo en el que se acoja al niño en la estructura familiar y la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con sus miembros serán importantes para el desarrollo, el funcionamiento efectivo de la personalidad y su salud mental<sup>(5)</sup>. Dentro de estas funciones básicas se encuentra la tarea de socialización, que implica el transmitir las normas, ideales, cultura, costumbres y hábitos que influyen en los distintos estilos de vida y, por ende, en estilos y actitudes alimentarias. Por ello, la ausencia de estrategias que promuevan un modelo estético corporal normopeso y conductas alimentarias saludables puede desembocar en la aparición de un TCA<sup>(5,6)</sup>.

El papel de modelo que los padres desempeñan para sus hijos permite que se imiten patrones de comportamiento similares. Por tanto, si los padres tienen algún riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación, es posible que esto se conserve en sus hijos<sup>(7)</sup>.

### Socialización primaria: La familia

Cada vez es más frecuente escuchar a adolescentes y jóvenes cómo se someten a dietas restrictivas por su cuenta o de la mano de otras personas que no son profesionales del



campo de la nutrición. Y aunque estas prácticas aparenten ser una decisión individual, el contexto sociocultural tiene una gran influencia en este sentido, pues es uno de los factores que van a intervenir en los procesos de socialización y aprendizaje, forjando su identidad personal<sup>(5)</sup>.

La familia como agente de socialización primaria en general y socialización alimentaria en concreto, es clave en la transmisión y adquisición de las responsabilidades doméstico-culinarias. No solamente influye en cómo aprendemos a comer e interiorizar unos hábitos alimentarios, sino que a través de las experiencias de aprendizaje significativo compartidas entre padres e hijos en torno a la alimentación, también influyen profundamente a nivel de desarrollo psicosocial, en la manera en que aprendemos a identificarnos y a relacionarnos con los demás y con nosotros mismos (autoestima, autovaloración, etc.)<sup>(8)</sup>. Por ejemplo, el hecho de comer juntos fomenta la comunicación con el resto de participantes y/o comensales, estrechando y fortaleciendo los vínculos afectivos.

Aunque las familias están adquiriendo progresivamente diferentes formas, más allá de la tradicional de una madre y un padre casados, se observa que otros factores pueden ser más determinantes para el bienestar subjetivo que la estructura familiar, como los recursos de la familia, el apoyo social, la calidad de las interacciones entre padres e hijos y las relaciones, así como el clima y la estabilidad emocional de la familia<sup>(9)</sup>.

Por ejemplo, el hecho de que trabajen ambos padres ha provocado que se realicen más comidas fuera, no solamente empeorando la calidad de éstas y el tiempo dedicado a ellas en algunos casos, sino que además esto conlleva a menos comidas en casa, privando a la familia de poder compartir estos momentos de encuentro y expresión afectiva. Los resultados del estudio confirman que la terapia/tratamiento mejoran el esfuerzo que hacen los padres y madres por llevar a cabo hábitos alimentarios adecuados para la familia en general<sup>(10)</sup>.

## Estilos Parentales

Los estilos parentales (EP) son pautas de crianza que refieren la modalidad en que son impartidas las normas de socialización<sup>(5)</sup>, jugando el comportamiento de los padres un papel fundamental en la salud mental de la familia<sup>(7)</sup>.

Dentro de la dinámica familiar, las prácticas educativas de los padres implican dos aspectos: uno de contenido; que hace referencia a los valores inculcados en la familia y, otro de forma; que se refiere a las estrategias y mecanismos que utilizan los padres para transmitir esos contenidos. Éstos varían entre las familias, por lo que para su mejor comprensión, se han desarrollado distintas tipologías de estilos parentales de socialización<sup>(5)</sup>. (Figura 1).

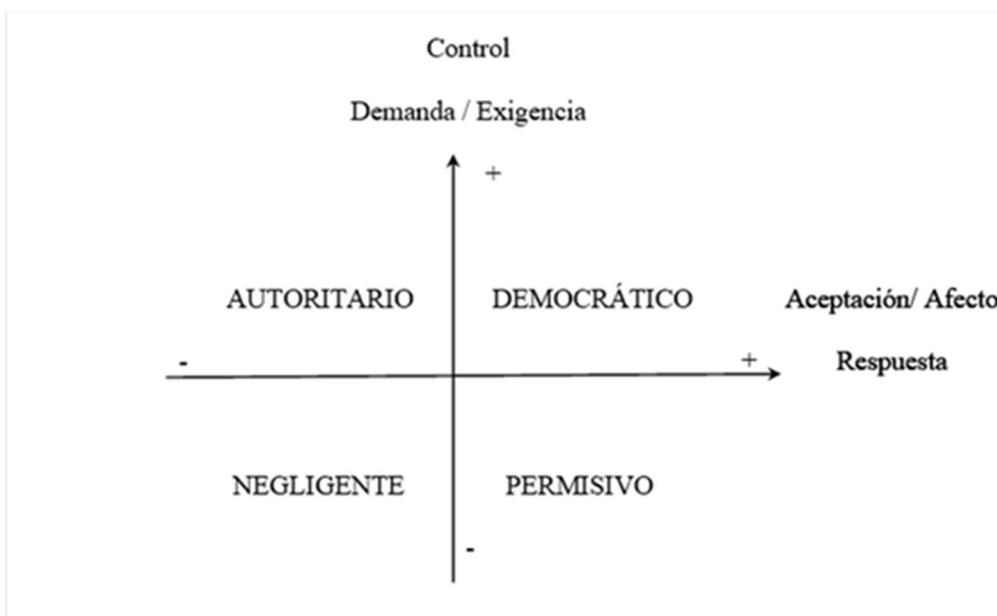


Figura 1. Estilos parentales, basado en Marmo J. (5)

Baumrind (1966) clasificó los estilos parentales en función de los parámetros de control y aceptación (afecto), y Maccoby & Martin (1983), tipología más difundida en el ámbito de la investigación científica, en función de la demanda (exigencia) y la respuesta (consecuencias). Aunque faltaría por contemplar el estilo sobreprotector, que lleva al extremo tanto la demanda como la respuesta. Destacan que<sup>(5)</sup>:

- Los modelos autoritarios, poco afectuosos y que no brindan apoyo a sus hijos, pueden provocar baja autoestima e inseguridad en ellos (escasa confianza en sí mismos), dando lugar a ciertas conductas inadecuadas y la posible aparición de TCA.
- Quienes han crecido en un ambiente indiferente también suelen tener baja autoestima y tienden a presentar ciertos problemas emocionales y conductuales. La falta de apego y supervisión de estos padres tienen un efecto negativo en el desarrollo de los chicos, que muchas veces presentan desajustes a nivel social, impulsividad e incluso conductas delictivas.
- Los adolescentes que crecieron en un hogar permisivo, no suelen tener baja autoestima pero sí presentan altos niveles de conducta antisocial y bajo nivel de madurez.
- Finalmente, los hijos con padres que utilizan un estilo democrático, caracterizado por el afecto, el control y las exigencias de madurez, muestran un mejor ajuste emocional y



comportamental, niveles altos de autoestima y de desarrollo moral, mayor interés hacia la escuela y un mejor rendimiento académico.

Adoptar un estilo democrático promueve el desarrollo de hábitos alimentarios más saludables, al establecerse una disciplina congruente, con normas y dotar de autonomía al niño durante las comidas en la etapa de crecimiento. Siendo esta crianza democrática, un factor protector que previene de la aparición de TCA en adolescentes<sup>(11)</sup>.

En el caso concreto de la obesidad, Carbert et al. señalan que el modelado parental influye significativamente en la calidad de la dieta de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad, y que un estilo de crianza autoritario basado en estrategias restrictivas o procesos de negociación, desarrolla hábitos alimentarios poco saludables, aumenta los conflictos familiares y disminuye la cohesión entre los miembros<sup>(12)</sup>. (Figura 2).

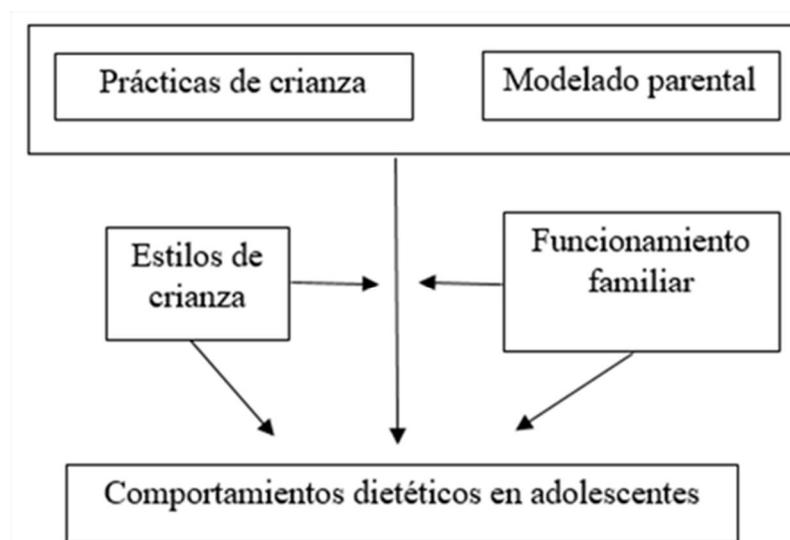


Figura 2. Moderadores en la conducta dietética adolescente. Extraído de Carbert et al. <sup>(12)</sup>

### Factores de Riesgo y Factores de Protección

Los factores de riesgo (FR) son peculiaridades o circunstancias que predisponen a un sujeto a padecer un desajuste, aumentando el riesgo de psicopatología (por ejemplo, la evitación de los conflictos que aumenta la falta de conciencia de la problemática). Mientras que los factores protectores (FP) son influencias que modifican, mejoran, amortiguan o eliminan la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (por ejemplo, cohesión familiar, apoyo, afecto, adaptabilidad son factores protectores)<sup>(5)</sup>.



A grandes rasgos, los datos muestran que la prevalencia de estos trastornos es mayor en mujeres jóvenes, adolescentes y niñas. Además, estamos de acuerdo con García Arnaiz<sup>(13)</sup> en que los TCA son un problema de socialización, donde la familia juega un papel primordial desde el nacimiento del niño e incluso antes, así como, la escuela, el grupo de iguales y los medios de comunicación también tienen una enorme influencia<sup>(13,14)</sup>.

No se puede evitar lo que niños y niñas ven, pero si se les pueden transmitir valores que contribuyan al desarrollo de una mente crítica, una buena autoestima, seguridad en sí mismos, capacidad de reflexión e independencia, es decir, que puedan elegir y construir su propia identidad al margen de estas influencias. A este respecto Esteve et al. aportan algunas recomendaciones para padres y madres como usuarios/as de los medios de comunicación<sup>(15)</sup>.

La literatura demuestra que los hijos/as de madres con patologías alimentarias presentan mayor riesgo de desarrollar TCA, así como otras alteraciones nutricionales, del crecimiento y del desarrollo normal del niño/a. Puesto que la madre va a transmitir no solamente hábitos alimentarios, sino que, al mismo tiempo, los hijos están interiorizando valores, creencias, pensamientos, obsesiones, así como códigos para la construcción de su propia imagen corporal y aceptación de sí mismos<sup>(7,16)</sup>. De manera que, el funcionamiento y el apoyo familiar pueden ser factores protectores de TCA, o bien convertirse en factores de riesgo, según la calidad de los mismos<sup>(5,7)</sup>.

Aunque existen distintos modelos explicativos de los TCA: psicoanalíticos, cognitivo-afectivos, conductuales, ecológicos, estructurales, multidimensionales, etc.<sup>(17)</sup>, los estudios actuales coinciden en que la etiología de los TCA es multicausal, resultante de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Apuntando hacia un modelo etiopatogénico de los TCA biopsicosocial<sup>(18)</sup>.

Siguiendo el modelo multidimensional los factores que pueden llegar a explicar por qué alguien es más vulnerable a estos trastornos se clasifican en: predisponentes, precipitantes o desencadenantes y mantenedores<sup>(5,15,18-20)</sup>.

Los factores predisponentes son los que hacen que seamos más vulnerables a desarrollar un trastorno cuando se dan determinadas combinaciones de características individuales, familiares y socioculturales.

- Individuales: genéticos, biológicos, hormonales. Sexo femenino. Adolescencia. Sobrepeso previo. Dietas restrictivas.
- Psicológicos: baja autoestima, insatisfacción con la imagen corporal, distorsiones cognitivas, pensamiento dicotómico, rasgos de personalidad, dificultad para expresar emociones, evitación de conflictos, perfeccionismo, alta autoexigencia. Neuroticismo.



Depresión. Ansiedad. Impulsividad y conductas desorganizadas (BN). Abuso sexual, malos tratos en la infancia.

- Socio-culturales: cánones de belleza y delgadez asociados al éxito. Prejuicios contra la obesidad. Enormes intereses económicos de las industrias. Influencia de medios de comunicación y redes sociales. Enfoque del ejercicio para perder peso en lugar de disfrutar, ganar salud y bienestar. Falta de unificación de las tallas. Ciertas profesiones o deportes (moda, danza, gimnasia rítmica, etc.).

- Familiares: antecedentes de sobrepeso, TCA u otros trastornos mentales. Disfunción familiar, falta de límites entre generaciones, aplicación rígida o imprevisible de las normas y sus consecuencias, evitación o mala afrontación de los conflictos, problemas conyugales (generalmente no reconocidos), malos hábitos alimentarios o elevada preocupación por los alimentos, gran preocupación de los padres por la figura, valorar a los hijos a través de los logros, alto nivel de exigencia hacia los hijos (estudios, trabajo, deportes). Padres sobreprotectores, con dificultad para asumir la autonomía y la independencia de los hijos creando relaciones de dependencia enfermizas. Excesivo control sobre los hijos. Problemas de comunicación, falta de apoyo, afecto y empatía.

Los factores precipitantes se observan antes de la aparición de la enfermedad y son los que hacen que se desencadene la enfermedad en un determinado momento o circunstancias estresantes.

- Acontecimientos vitales estresantes: desengaños amorosos, pérdida de algún ser querido, separación de los padres, bullying, cambio de casa/escuela.
- Conflictos familiares.
- Cambios físicos y emocionales en la pubertad/adolescencia. Incremento brusco de peso. No aceptación de la imagen corporal.
- Ejercicio físico excesivo. Dietas hipocalóricas. Restricciones alimentarias.
- Trastornos emocionales. Enfermedad. Embarazo.

Finalmente, los factores de mantenimiento son los que hacen que se perpetúe o perdure la enfermedad y tienen que ver fundamentalmente con las consecuencias del trastorno, con los efectos fisiológicos y emocionales de las conductas alteradas.

- El propio estado de desnutrición (consecuencias físicas y psicológicas).
- La negación de la enfermedad.
- Tener una clara identidad con "ser anoréxica".



- Distorsiones cognitivas: percepción negativa de su imagen corporal. Miedo fóbico a la obesidad, a ganar peso, a perder el control de la comida, etc.
- Pautas alimentarias inadecuadas. Negación a la ingesta de determinados alimentos. Hábitos anómalos de alimentación: alternancia de atracones y ayunos, y otras conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo).
- Rigidez, sobreprotección, falta de autonomía, preocupación por la apariencia. Aislamiento social. Conflictos emocionales, ansiedad.
- La permanencia de conflictos familiares y de la presión social (estereotipos). Falta de apoyo familiar y/o social.
- Trastornos de personalidad y conductas adictivas.
- Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas.

Una manera de conocer los factores que influyen en los TCA es examinando los Comportamientos de Riesgo Alimentario (CRA), ya que se consideran desencadenantes de los trastornos alimentarios. Aunque no todos los CRA tienen porqué terminar en un TCA<sup>(21)</sup>. La presencia de un factor de riesgo no quiere decir que se vaya a dar el trastorno, pero lo ideal es mediatizarlo para evitar, en la medida de lo posible, el desarrollo de algún desajuste. Para Marmo<sup>(5)</sup> estos CRA se pueden determinar en función de los síntomas del cuadro clínico de los TCA definidos en la Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM-5.

## Familias con TCA

La literatura consultada señala que las familias en las que algún miembro sufre un trastorno alimentario adquieren características particulares pero comunes a todas ellas, con algunas variaciones según el trastorno alimentario que esté presente.

De hecho, incluso hay constancia de la presencia de algunos de estos rasgos en la población de riesgo, lo que magnifica la importancia de la prevención. Exhiben también una mayor presencia de antecedentes psicopatológicos, modelos estructurales y un funcionamiento familiar significativamente disfuncionales basados en relaciones entre los miembros anómalas y deterioradas, así como una percepción de la alimentación, el peso y la figura corporal distorsionada. En el caso de la persona afectada de TCA, esta muestra una peculiar forma de afrontar las experiencias estresantes y las críticas o burlas de familiares y/o amigos<sup>(22,23)</sup>.



### ***La estructura familiar***

Son muchos los que han intentado explicar la relación entre la estructura familiar y los TCA. En lo que nos incumbe, se describirá en mayor profundidad el Modelo Circumplejo elaborado por Olson, Sprenkle y Russell en 1979<sup>(24)</sup>. Este modelo consta de tres dimensiones: Cohesión, Flexibilidad y Comunicación, con diferentes niveles que indican el mejor o peor funcionamiento del núcleo familiar.

Olson define la Cohesión como los lazos familiares, el grado de proximidad entre los miembros en la toma de decisiones, intereses, etc. Distingue los niveles desligado, separado, conectado, muy conectado y enmarañado; representando los extremos un funcionamiento problemático y los niveles intermedios un funcionamiento óptimo. Los niveles extremos (desligado y enmarañado) adquieren gran importancia en las familias con TCA por el excesivo desarrollo de la autonomía y la falta de sentimientos de seguridad y pertenencia por un lado, y la dependencia excesiva, la poca privacidad y el poco interés por el ámbito fuera de la familia por otro<sup>(24)</sup>.

La Flexibilidad hace referencia a la capacidad de cambio en el liderazgo, los roles y las reglas. Esta capacidad puede ser rígida, poco flexible, flexible, muy flexible y caótica; siendo los niveles rígido y caótico los más disfuncionales y frecuentes en familias con TCA.

Por último, la Comunicación es una dimensión mediadora entre las dos anteriores y se refiere a las habilidades de comunicación positiva mediante frases de apoyo, empatía, resolución de problemas, etc. Otra variable a tener en cuenta, aunque no está integrada en el modelo, es la Satisfacción Familiar, es decir, el grado de complacencia de los miembros familiares sobre las relaciones entre sí.

### ***Diferencias entre familias con TCA y familias de control***

En general todos los resultados arrojados coinciden en la incidencia de los progenitores en el desarrollo y mantenimiento de un TCA, fundamentalmente las madres, y establecen múltiples características comunes presentes en las familias con una hija o hijo que lo padece, con ciertas diferencias en función del trastorno específico. Únicamente en una de las referencias hemos hallado patrones compartidos entre las familias con TCA y familias control, aunque cabe señalar que los sujetos mostraban comportamientos anoréxicos o bulímicos pero no habían sido diagnosticados con ningún trastorno<sup>(8)</sup>.

Mateos et al.<sup>(23)</sup> concluyen que estas familias en las que uno de sus miembros padece un TCA presentan más antecedentes psiquiátricos, escasas habilidades de afrontamiento, una jerarquía poco definida, liderazgo difuso con normas imprevisibles y rígidas, una relación



distante y/o conflictiva entre los padres y conductas complacientes o egoístas hacia los hijos/as que dan lugar a vínculos ambivalentes y poco afectuosos, así como una peor organización de las comidas familiares. Todos estos aspectos junto a los definidos por Rodríguez Lazo et al.<sup>(24)</sup>, más dirigidos a patrones relacionados con la comida y la percepción de la figura y el peso corporal; como la obesidad materna, la práctica de dietas restrictivas, la insistencia en el control y la pérdida de peso, la gran importancia que adquiere la apariencia y la presencia de conductas alimentarias compulsivas; se convierten en factores de riesgo.

Para Ruíz Martínez<sup>(26)</sup>, son también relevantes las situaciones anteriores, sin embargo, falta evidencia para poder establecer una relación causal real entre el funcionamiento familiar y el desarrollo de TCA, sin olvidar su naturaleza multifactorial (variables familiares, individuales y sociales).

### ***Antecedentes psicopatológicos***

En las familias de pacientes con TCA, en comparación con familias de control, son más frecuentes los trastornos de la afectividad (trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad), la ansiedad, las fobias, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), el abuso de alcohol u otras sustancias por parte de uno o ambos progenitores, los casos de obesidad o preocupación excesiva por el peso, trastornos alimentarios o haber sufrido abusos sexuales<sup>(2)</sup>.

En algunos estudios se ha tratado la influencia intergeneracional de dichos trastornos y su "transmisión" de abuelos a nietos al ser estos los agentes directos en la educación de los progenitores y poder favorecer el padecimiento de una u otra psicopatología en ellos que plantee un factor de riesgo para su descendencia<sup>(27)</sup>. De hecho, Valdanha-Ornelas y Santos<sup>(28)</sup> afirman que los TCA son la expresión de esta transmisión psíquica entre generaciones y de las ideas cargadas de mitos y tabúes sobre el cuerpo, la sexualidad y la alimentación. Asimismo, apostillan que la herencia intergeneracional no justifica por sí misma la aparición de un trastorno pero sí constituye una de las partes de un todo. En palabras de Valdanha-Ornelas y Santos la expresión de esta sintomatología:

"It is in the link between what has been passed down from previous generations and the current experiences of the family that can allow the symptom to emerge as an emissary of mental suffering, related to the resonances between past and present."



### **TCA y obesidad en la infancia**

Las experiencias tempranas en relación a la alimentación guardan también una estrecha relación con el padecimiento de TCA y obesidad en la adolescencia o durante la edad adulta. Según datos del DSM-IV-TR, entre el 1 y el 5% de los niños en edad infantil son diagnosticados con trastornos alimentarios, siendo los más frecuentes el ser quisquilloso con la comida o mostrar irritación o rechazo ante ciertos alimentos. La continuidad de estos problemas con la alimentación puede conllevar graves consecuencias, como un bajo aumento de peso, déficit nutricional, adquisición de una dieta pobre y poco variada e incluso el desarrollo de un TCA en el futuro<sup>(11)</sup>.

No obstante, es necesario distinguir entre *Feeding Disorders* (FD) e *Eating Disorders* (ED). Durante la infancia (0 a 6 años), la alimentación del niño depende de un sujeto-agente, es decir, es alimentado (del inglés *feeding*) y surgen complicaciones alimentarias como la pica, la rumiación o trastornos alimentarios de la infancia; es a partir de los 6 años cuando comienzan a considerarse TCA (en inglés *eating*, alimentarse por uno mismo). Se han encontrado indicios de que pacientes con TCA presentan antecedentes de FD y que la dificultad en edades tempranas para diferenciar las señales fisiológicas de hambre y saciedad de los estados de ánimo actúa como factor de riesgo para la aparición de AN<sup>(14)</sup>.

En suma, sufrir un TCA u obesidad en la adolescencia o en la edad adulta también guarda factores comunes, como haber tenido sobrepeso en la infancia, comportamientos inadecuados de los padres en relación con la conducta de comer y el control de la comida o el peso<sup>(29)</sup>.

### **Experiencias estresantes**

Las pacientes de AN y BN presentan una destacada vulnerabilidad ante ciertos eventos de naturaleza estresante; ya sean situaciones de gran impacto (fallecimiento de un familiar, abuso sexual y su correspondiente daño en el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima, etc.) o cotidianas (discusiones familiares, cambio de hábitos...), por las dificultades en su manejo al no poseer los recursos de afrontamiento adecuados y recurrir a conductas alimentarias nocivas para apaciguarlos. La repercusión de este tipo de eventos depende de la eficacia de la red de apoyo social que en base a su calidad, puede actuar como factor protector o de riesgo<sup>(26)</sup>.



### ***Funcionamiento familiar***

A lo largo de los últimos años se han realizado múltiples estudios para conocer cómo afectan los TCA en el funcionamiento familiar y se obtuvo que existe una tendencia a un funcionamiento deteriorado mayor en estas familias que en las de control<sup>(26)</sup>. Suele tratarse de familias muy centradas en la importancia de la apariencia exterior y el éxito sobre la construcción personal<sup>(23)</sup>, sobre todo por parte de la figura materna que ejerce más presión sobre la imagen corporal y los hábitos alimentarios; supervisando y controlando el peso en los casos de sobrepeso y estableciendo una comunicación estresante durante las comidas en los de bajopeso.

Se puede afirmar que suele tratarse de familias disfuncionales, con madres controladoras que persiguen estar delgadas y presentan sentimientos de ineficacia e inseguridad social; y padres que, a pesar de estar más ausentes, son muy perfeccionistas, muestran una insatisfacción corporal mayor, más preocupación por el peso y llevan a cabo dietas restrictivas frecuentemente. Todas ellas son actitudes que combinadas entre sí, dan lugar a una limitación de la autonomía y un pobre desarrollo de recursos personales en la descendencia para afrontar conflictos; dado que reciben la constante desaprobación de sus progenitores y críticas y burlas acerca de su forma, peso y apariencia corporal, que siembran sentimientos de vergüenza de sí mismos, problemas alimentarios, insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos y aumentan el riesgo de suicidio<sup>(2,28)</sup>.

Como se ha venido diciendo a lo largo de la revisión y más concretamente bajo este epígrafe de Familias con TCA, el funcionamiento familiar se muestra deteriorado, lo que dificulta a los pacientes con TCA la expresión de afecto, les da sensación de limitación y los distancia del resto de integrantes, favoreciendo los conflictos familiares<sup>(22)</sup>.

Ruiz Martínez<sup>(22,26)</sup> añade que además de las comunes, cada trastorno presenta sus propias características. (Tabla 3).



**Tabla 3.** Características de las familias con TCA. BN, AN y TCANE <sup>(22, 26)</sup>

<b>Familias con TCA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente deteriorado</li> <li>- Bajos niveles de cohesión</li> <li>- Menos capacidad de adaptabilidad</li> <li>- Escasa comunicación</li> <li>- Niveles bajos de expresividad</li> <li>- Dificultad en la resolución de problemas</li> <li>- Alto grado de dependencia</li> <li>- Mayor riesgo de conflicto</li> <li>- Reglas y límites estrictos</li> <li>- Satisfacción baja en involucramiento y respuesta afectiva</li> <li>- Escasa promoción de actividades sociales, intelectuales y morales</li> </ul>	
<b>BN</b>	<b>AN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca cohesión</li> <li>• Baja adaptabilidad</li> <li>• Carencias expresivas, poco apoyo emocional y social</li> <li>• Baja comunicación</li> <li>• Alto nivel de conflicto</li> <li>• Funcionamiento familiar { Rígido Caótico</li> <li>• Dificultades en la estabilidad familiar                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menos organización, reglas y límites</li> <li>○ Baja cohesión y expresión afectiva</li> </ul> </li> <li>• Ambiente con poco soporte, inestable y poco desarrollado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez</li> <li>• Dificultades en la comunicación y en la resolución de problemas</li> <li>• Sobreprotección</li> <li>• Vinculos poco cohesionados</li> </ul>
	<b>TCANE y Población de riesgo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presentan diferencias en funcionamiento familiar</li> <li>• Investigaciones previas encontraron diferencias con niveles de expresividad y comunicación más bajos en TCANE</li> <li>• Necesidad de más estudio</li> </ul>

A pesar de que no se obtuvieron datos relevantes de disfunción familiar en la población de riesgo, no se debe olvidar el valor de la intervención temprana tan pronto como se detecten conductas nocivas o síntomas incipientes; pues este grupo mostraba vulnerabilidad a desarrollar un TCA por indicar sensación de que los alimentos controlan su vida y la necesidad de quemar calorías por miedo a engordar aunque no practicasen conductas perjudiciales ni presentasen una alimentación alterada<sup>(22)</sup>.



### ***Relaciones materno y paterno filiales***

En la presente sección se señalarán pormenorizadamente la naturaleza de los vínculos entre madre-hija/padre-hija por su importancia en la intervención psicológica.

Aunque algunos autores señalan la necesidad de mayor estudio sobre estas relaciones, la mayoría de ellos establecen la existencia de nexos ambivalentes, que varían entre el amor y el odio en cuestión de segundos<sup>(23,25,28)</sup>. En el caso de la relación madre-hija, hay investigaciones que establecen su mantenimiento intergeneracional, de abuelas a madres y de madres a hijas<sup>(26)</sup>, con vínculos afectivos inseguros, evitativos y ansiosos bajo el manto de la sobreprotección y el rechazo. Son madres cuya sobreprotección sobre sus hijas ocasiona desconfianza e invasión de la privacidad, dificultando la comunicación y cohesión entre ellas<sup>(30)</sup>.

Para Keuchguerian et al.<sup>(30)</sup> la relación materno-filial y el papel de “salvadora” que adopta la madre, anula por completo la autonomía, individualidad y labor como agente activo de la hija en el proceso de curación, por lo que el mantenimiento del TCA produce un sentimiento de culpabilidad e impotencia en la madre que lo perpetúa en el tiempo.

A su vez, las madres califican la figura paterna como un obstáculo entre madre e hija incapaz de comprender la importancia de la situación, que perturba el vínculo materno-filial y no ayuda en la recuperación; cuando desde el ámbito del tratamiento es de vital importancia la implicación del padre en la modificación de la dinámica familiar<sup>(30)</sup>. No obstante, en ocasiones las pacientes con Bulimia Nerviosa (BN) prefieren no incluir a sus progenitores en el tratamiento por la actitud negativa que muestran y culparlas de padecer la enfermedad<sup>(22)</sup>.

La relación padre-hija, a pesar de no existir una amplia bibliografía, la consultada coincide en que está marcada por el perfeccionismo y las altas expectativas, con conductas distantes e incapacidad por parte del padre de imponer una ley familiar, jerarquía y liderazgo. Suelen existir diferencias significativas en la percepción de la satisfacción familiar, dado que el padre suele evadirse de la presencia de la enfermedad y para la hija esta situación genera malestar, incompreensión y refuerza su conducta de intromisión y falta de confianza para tratar el problema<sup>(26)</sup>.

### ***Peso, figura corporal y alimentación***

Las familias con TCA expresan una preocupación excesiva por el peso y la figura que se traduce en burlas y críticas si la hija no cumple estos cánones, comparaciones entre hermanas, expresión afectiva basada en la forma y peso corporal, presión por perder kilos, limitaciones en la comida que se ingiere o una alta frecuencia en la realización de actividad



física y dietas restrictivas. Esta percepción distorsionada afecta directamente a la alimentación y a la actitud, comportamientos y respuesta emocional presentes durante las comidas<sup>(25,26,31)</sup>.

La importancia de la familia en la recuperación ha incrementado los mecanismos de intervención centrados en la dinámica familiar, la conocida como Terapia Basada en la Familia (TBF), que persigue capacitar a los padres para cubrir las necesidades nutricionales y restaurar el peso y la salud de la paciente, adoptando un papel activo en la intervención para adquirir y mantener los comportamientos alimentarios que se les ofrecen<sup>(4)</sup>. La utilidad de la TBF se ha estudiado tanto en casos de AN y BN como en obesidad, aunque existen aún pocos estudios al respecto. El interés por esta terapia se alberga en que combina estilos saludables y aspectos emocionales y relacionales<sup>(12)</sup>.

Según los datos obtenidos por Mayorga et al.<sup>(4)</sup> en su estudio sobre el empleo de la Comida Terapéutica Familiar (CTF), incluida en la TBF, que guía a los familiares para lograr que la paciente coma, encontramos resultados variados. El objetivo era observar los patrones de interacción, los prototipos de comportamiento y la respuesta emocional en progenitores, pacientes y otros cuidadores presentes (hermanos, tíos, etc.) y establecer diferencias entre estos bajo observación y en casa.

Respecto a los patrones de interacción se encontró un clima emocional afable, con una comunicación cordial, acompañamiento y apoyo por parte de los hermanos y un trato conyugal respetuoso o distante según la familia. Los comportamientos y la respuesta emocional en padres adoptaron las distintas modalidades recogidas en la Tabla 4<sup>(4)</sup>.

**Tabla 4.** Modalidades obtenidas a partir de la Comida Terapéutica Familiar (CTF)<sup>(4)</sup>

Modalidad	Características
Evitativa	Roles evasivos. Poca respuesta emocional. Se ignoran los comportamientos típicos de la enfermedad. Muestra de gestos de preocupación pero sin verbalización.
Sobreprotectora	Se justifican los comportamientos disfuncionales. Menús "seguros" para evitar conflictos.
Agresivo y amenazante	Presente solo en las figuras paternas. Toma de control a la fuerza. Argumentario para modificar la conducta de la paciente.
Respuesta emocional muy intensa	Signos de ansiedad, impaciencia y frustración explícitos pero no verbalizados.
Segura	Guía y acompañamiento a la paciente durante la ingesta. Uso de un modelado cariñoso y afectivo.
Respuesta cálida	Manifestada únicamente por mujeres. Enfrentamiento a las situaciones difíciles señalando los comportamientos disfuncionales de forma firme pero empática.



Las pacientes, por su parte, mostraron emociones contrarias. Hostiles a través de expresiones de rabia, respuestas impacientes y de desaprobación y rechazo hacia ciertos alimentos sobretodo en AN; las pacientes con BN actuaron de forma más cooperativa con respuestas cálidas, calmadas y tranquilas.

En contraposición a los patrones que se hallaron en observación, las pacientes señalaron que en casa se encuentran con obstáculos y dificultades asociadas a las pautas relacionales disfuncionales durante las comidas que desencadenan el conflicto, frases descalificadoras, gritos, súplicas y ansiedad. Destacaron que los progenitores presentan una conducta menos evitativa que la observada durante la sesión y más agresiva y que con frecuencia preparan dos menús diferentes, lo que ralentiza el proceso de renutrición y mantiene el trastorno. Mayorga et al.<sup>(4)</sup> explican este comportamiento en base “a los temores, las creencias y las actitudes disfuncionales de los propios padres frente a la comida, así como a sus propios temores respecto al peso y la forma corporal”.

No obstante, a pesar de que el estudio plantea factores que afectan notoriamente en las situaciones alimentarias de pacientes con AN y BN, suscita ciertas controversias como la necesidad de emplear una muestra mayor, tener en cuenta la influencia que ejerce sobre el comportamiento de padres y pacientes estar bajo observación e introducir una segunda sesión de seguimiento para notificar los avances y la adopción e implantación de las pautas administradas<sup>(4)</sup>.

## Discusión y Conclusiones

A pesar de la amplia bibliografía que se ha encontrado sobre la influencia que ejerce la familia en la aparición y el mantenimiento de un TCA u obesidad, toda ella hace hincapié en la necesidad de desarrollar un modelo multifactorial e integral que combine factores familiares, individuales y sociales, así como establecer la acción que ejercen la genética y los factores psicológicos.

Algunos de los estudios señalan que esta influencia familiar se transmite de generación en generación, por lo que concienciar al paciente le permitiría ver que a través de la construcción de una nueva realidad pondría fin a este círculo vicioso que suponen los trastornos alimentarios.

Aunque la literatura consultada comparte opiniones, hay cuestiones que no se contemplan, como por ejemplo si estas características propias de las familias con TCA serían las mismas en hogares monoparentales u homosexuales o cómo influirían los trastornos



alimentarios en la infancia, los denominados *Feeding Disorders*, en el futuro inicio de un TCA si los cuidados y en suma la alimentación del bebé y el niño, recayesen sobre otras figuras (abuelos, canguro, docentes de guardería, etc.) por cuestiones laborales de ambos progenitores.

Dentro de la disfuncionalidad familiar se señala el papel protector que encarna la realización de actividades sociales, intelectuales y morales; hecho cuanto menos paradójico y difícil de promover en los tiempos que corren, en una sociedad plagada de pantallas que entorpecen el contacto e incrementan el aislamiento social. Además, de una red de apoyo, tanto familiar como de amistades, poco informada y alertada sobre las repercusiones de estilos de vida contradictorios que promueven la delgadez y el sedentarismo y el exceso de comida a partes iguales. Estilos de vida poco saludables que, por desgracia, la globalización ha trasladado incluso hasta países en los que antes la apariencia, el peso y la imagen corporal no suponían un problema, como es el caso de Oriente Medio; donde la promoción de cuerpos delgados, la adopción de una cultura familiar enfocada en la imagen corporal y el incremento de comentarios y críticas sobre la talla, han desarrollado una mayor insatisfacción corporal y en consecuencia, aumentado los casos de TCA, sobre todo en mujeres adolescentes o con sobrepeso<sup>(32)</sup>.

Siguiendo esta línea de expansión de costumbres, sería interesante, dado el aumento de la inmigración en la actualidad, conocer cómo inciden estos cambios alimentarios y la llegada a una cultura distinta, en la autopercepción a nivel físico (satisfacción peso-corporal) y el desarrollo de trastornos alimentarios por exceso o déficit de ingesta.

En relación a la prevención, en primer lugar sería necesario ampliar la investigación con casos masculinos para conocer en mayor profundidad sus características propias y rasgos comunes con las pacientes femeninas. Y una vez conocidos estos datos, desarrollar planes de prevención temprana y tratamiento, orientando a las familias sobre qué conductas y pautas evitar, facilitándoles herramientas beneficiosas para la recuperación, además de asesorarlos a nivel nutricional y proporcionarles conocimientos sobre formas saludables de controlar el peso y contrarrestar las percepciones negativas de la imagen corporal; sin olvidar adaptar esta prevención a su situación socio-económica.

Respecto a la intervención clínica, sería pertinente incluir la evaluación de la imagen corporal y la preocupación por la alimentación tanto del paciente como de los progenitores, trabajar para disminuir los niveles de culpabilidad y estrés que sufren las pacientes así como fomentar las relaciones sociales positivas para crear una red de apoyo que sirva de factor protector y salve de posibles recaídas<sup>(26)</sup>; pues hay situaciones en las que el paciente supera la



enfermedad pero los padres no y siguen haciendo de la comida el centro en lugar de ofrecer apoyo y confianza incondicionalmente. No se debe olvidar, que al tratarse de un trabajo que implica de forma activa a todos los miembros de la familia, los roles de cada uno de ellos deben estar correctamente delimitados y sus funciones definidas de forma adecuada, especialmente en el caso de los hermanos y hermanas, que en ocasiones, pretenden sustituir a las figuras parentales en su cometido de normalizar el peso y los hábitos de alimentación, cuando su propósito es proveer al paciente de soporte emocional<sup>(4)</sup>.

Evidentemente la implicación de los padres en la educación y en el adecuado desarrollo de sus hijos es básica, pero ¿qué se puede hacer en esta “sociedad de las prisas” donde los padres cada vez comparten menos tiempo con sus hijos?

Es posible que el actual sistema educativo y los intereses económicos que mueven a las industrias y al Gobierno dificulten bastante la tarea, pero aunque los recursos disponibles en la actualidad sean limitados, la labor preventiva desde las escuelas se podría mejorar a través de la asignatura de Educación para la Salud y talleres para padres.

Además, para poder llevar a cabo una buena prevención y detección precoz es necesario una adecuada formación de los distintos profesionales que mantienen contacto a diario con las familias (maestros, orientadores, médicos, farmacéuticos, etc.) y los jóvenes con TCA o vulnerables de padecerlo.

Para concluir, otro punto interesante de estudio sería el carácter bidireccional en las relaciones padres-hijos, conocer cómo influye un hijo con TCA en el funcionamiento de una familia, o en el comportamiento paternal y la relación conyugal. Todos estos aspectos junto a las similitudes encontradas entre jóvenes diagnosticados y no diagnosticados<sup>(8)</sup> apoyan la necesidad de debate en torno a los límites y los márgenes de la enfermedad, lo que supone un desafío para el DSM-6 en pro de mejorar la comprensión, prevención e intervención integral al respecto.

Los estudios coinciden en que la adolescencia es una etapa de cambios crítica para el posible desarrollo de estos trastornos, pero, ¿hasta qué punto puede tener mayor o menor peso que la infancia, período donde se forman las bases de la propia identidad?

## Referencias

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington,VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.



2. Mateos Agut M. La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estructura Familiar y Riesgo. Burgos: 2012.
3. Le Grange D., Lock J., Loeb K., Nicholls D. Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders. *Int. J. Eat. Disord.* [Internet]. 2010; 43 (1): 1-5.
4. Mayorga J., Pino Robledo S., Gempeler Rueda J., Rodríguez Marín M. Observation and analysis "in vivo" of family meals of patients with eating disorders. *Rev. Mex. Trastor. Aliment. Rev. Mex. Trastor. Aliment.* [Internet]. 2018; 9 (1): 82-94.
5. Marmo J. Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av Psicol. Lat.* 2014; 22(2):165-178.
6. León Hernández R., Aizpuru de la Portilla A. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Rev. Mex. Trastor. Aliment.* [Internet]. 2010; 1 (2): 119-124.
7. Moreno Ruge AM., y Londoño-Pérez C. Family and personal predictors of eating disorders in young people. *Anales de psicología.* 2017; 33(2):235-242.
8. Zafra Aparici E. Estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de trastornos alimentarios. *Revista de Humanidades,* 2015; 25: 103-128.
9. Simkin, H.; Becerra, G. *Ciencia, Docencia y Tecnología.* 2013; 24(47):119-142.
10. Jáuregui-Lobera I., Ruiz-Prieto I., Bolaños-Ríos P. y Garrido-Casals O. Food choices coping strategies of eating disorder patients' parents: What happens when both mother and father work? *Nutr Hosp.* 2013; 28(6):2188-2193.
11. De la Osa N., Barraza R. y Ezpeleta L. The influence of parenting practices on feeding problems in preschoolers [Influencia de las prácticas educativas en los problemas alimentarios en preescolares]. *Acción Psicológica.* [Internet]. 2015; 12(2): 143-154.
12. Carbert NS., Brussoni M., Geller J. y Mâsse LC. Moderating effects of family environment on overweight/obese adolescents' dietary behaviours. *Appetite.* [Internet]. 2019; 134 (desconocido): 69-77.
13. García Arnaiz M. Alimentación, Salud y cultura: encuentros interdisciplinares. Tarragona: Publicacions URV; 2012.
14. Almenara Vargas C. Trastornos de la Alimentación en la Infancia. 2005:187-201.
15. Esteve Más MJ., Frígola A., Solves Almela J., Salas Nestares I., Martínez Rico G., Grau Sevilla MD., et al. Los TCA. Guía de buenas prácticas para medios de comunicación. Valencia: 2009.



16. Behar R. y Arancibia M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Rev Chil Pediatr.* 2014; 85(6):731-739.
17. Sánchez Sosa JC., Villarreal Gonzalez ME., Musitu Ochoa G. Psicología y desórdenes alimentarios. Un modelo de campo psicosocial. México: Tendencias; 2010.
18. García Herraiz MA. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Foro pediátrico.* 2015; 12(1):1-11.
19. López Nomdedeu C. (Coord.), García Cuadra A., Migallón Lopezosa P., Pérez Coello AM., Ruiz Jarillo C. y Vázquez Martínez C. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. Ministerio de Sanidad y Consumo.
20. Emiro Restrepo J. y Castañeda Quirama T. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y uso de redes sociales en usuarias de gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev. Colomb Psiquiatr.* 2018.
21. Ávila Sánchez MJ. y Jáuregui Díaz JA. Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon. *Rev Mex Trastor Aliment* (2015); 6: 1-12.
22. Ruiz Martínez AO., Vázquez Arévalo R., Mancilla Díaz JM., Lucio Gómez-Maqueo ME., Aizpuru de la Portilla A. Family functioning in clinical population and population at risk of eating disorders. *Rev Mex Trastor Aliment [Internet].* 2012; 3 (desconocido): 121-132.
23. Manuel Mateos A.,García-Alonso I., De la Gándara-Martín JJ., Vegas-Miguel MI, Sebastián-Vega C., Sanz-Cid B. La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp. Psiquiatr. [Internet].* 2014; 42(6):267-280.
24. Fernández Ruiz M., Masjuan N., Costa-Ball D. y Cracco C. Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circuplejo. *Ciencias Psicológicas. [Internet].* 2015; 9(2): 153-162.
25. Rodríguez Lazo M., Hernández Camacho JD., Bolaños Ríos P., Ruiz-Prieto I., Jáuregui Lobera I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp. [Internet].* 2015; 32(4):1786-1795.
26. Ruiz Martínez AO., Vázquez Arévalo R., Mancilla Díaz JM., Viladrich i Segués C., Halley Castillo ME. Family factors associated to Eating Disorders: a review. *Rev Mex Trastor Aliment. [Internet].* 2013; 4 (1): 45-57.
27. Canetti L., Kanyas K., Lerer B., Latzer Y. y Bachar E. Anorexia Nervosa and Parental Bonding: The Contribution of Parent-Grandparent Relationships to Eating Disorder Psychopathology. *J Clin Psychol. [Internet].* 2008; 64(6): 703-716.)
28. Valdanha-Ornelas ÉD. y Santos MA. Family Psychic Transmission and Anorexia Nervosa. *Psico-USF, Bragança Paulista. [Internet].* 2016; 21(3): 635-649.



- 
29. Álvarez Malé ML. Obesidad, sobrepeso y trastornos de la conducta alimentaria en Gran Canaria: estudio en población adolescente. Las Palmas de Gran Canaria: 2015.
  30. Keuchguerian Silveira Campos L., Ribeiro Ferreira Sampaio AB., Garcia Junior C., Magdaleno Junior R., de Magalhães Battistoni MM., Ribeiro Turato E. Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. Trends Psychiatry Psychother. [Internet]. 2012; 34 (1):13-18.
  31. Rivera Castañeda LA., Andrade Palos P., Rivera Heredia ME., Unikel Santoncini C. Parents' and daughters' perception of family aspects associated with the onset of an eating disorder. Rev Mex Trastor Aliment [Internet]. 2018; 9(1): 71-81.
  32. Radwan H., Hasan H., Najm L., Zaurub S., Jami F., Javadi F. et al. Eating disorders and body image concerns as influenced by family and media among university students in Sharjah, UAE. Asia Pac. J. Clin. Nutr. [Internet]. 2018; 27(3):695-700.