



REVISIÓN

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

Family food habits: influence on development and maintenance of eating disorders

Jessica Fuentes Prieto¹, Griselda Herrero-Martín^{1,2}, Marian Montes-Martínez³, Ignacio Jáuregui-Lobera^{1,3}

¹ Universidad Pablo de Olavide. Carretera de Utrera s/n. 41013 Sevilla. España

² Norte Salud Nutrición. Manuel Arellano, 9. 41010 Sevilla. España

³ Instituto de Ciencias de la Conducta. Fernando IV, 27. 41011 Sevilla. España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igjl@upo.es (Ignacio Jáuregui Lobera).

Recibido el 10 de agosto de 2020; aceptado el 17 de agosto de 2020.

Cómo citar este artículo:

Jessica Fuentes Prieto, Griselda Herrero-Martín, Marian Montes-Martínez, Ignacio Jáuregui-Lobera. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. JONNPR. 2020;5(10):1221-44. DOI: 10.19230/jonnpr.3955

How to cite this paper:

Jessica Fuentes Prieto, Griselda Herrero-Martín, Marian Montes-Martínez, Ignacio Jáuregui-Lobera. Family food habits: influence on development and maintenance of eating disorders. JONNPR. 2020;5(10):1221-44. DOI: 10.19230/jonnpr.3955



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

Los trastornos de la conducta alimentaria, en adelante TCA, son alteraciones de la conducta relacionada con la alimentación que normalmente se ven influenciados en gran medida por la alimentación del entorno y de la familia. Abordar los factores de riesgo que pueden estar relacionados con la alimentación familiar y que podrían ser desencadenantes de un TCA es clave como prevención.



De las diferentes investigaciones de relevantes autores que estudiaron la correlación entre el ámbito familiar y los TCA, con centro en la alimentación familiar, surge el foco de esta revisión, tratando de dar una explicación a los motivos que apuntan a la relación entre alimentación familiar y TCA, destacando los factores de riesgo que se han considerado más influyentes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los mismos. El objetivo es entender de qué manera el núcleo familiar puede influir sobre estos trastornos dependiendo de sus valores y creencias, la personalidad y relación de cada miembro con la persona afectada o las patologías previas, así como la herencia genética.

Los resultados obtenidos fueron mayoritariamente correlacionales, es decir, una familia desestructurada, con altos niveles de ansiedad o estrés, o con presencia de sobrepeso, implicará más riesgo de que algún miembro sufra un TCA en contraposición a aquellas familias con buena comunicación y roles establecidos donde el peso no es importante. Sin embargo, y como se desarrolla a lo largo del trabajo, esto no parece ser un factor que se cumpla en todos los casos.

El mantenimiento de estos desórdenes puede variar en función de la implicación que muestre la familia por la recuperación del paciente, la disposición de dicha familia a cambiar sus hábitos y la mejora del ambiente de convivencia.

Palabras clave

alimentación familiar; trastorno de la conducta alimentaria; factores de riesgo; desarrollo; mantenimiento; anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; trastorno por atracón

Abstract

Eating disorders (mainly anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder) are eating-related behavioral disturbances that are normally largely influenced by eating environment and family. Thus, addressing risk factors that may be related to family eating and that could be triggers for an eating disorder is key as prevention.

From the different investigations in books and publications by great authors that studied the correlation between the family environment and eating disorders, Family Eating has been the focus of this review, trying to give an explanation to the reasons that point to the relationship between family nutrition and the appearance of these disorders, highlighting the risk factors that have been considered most influential both in the development and maintenance of eating disorders. The objective is to understand how the family nucleus can influence these disorders depending on the values and beliefs they have, the personality and relationship of each member with the affected person or previous pathologies, as well as genetic inheritance.

The results obtained were mostly correlational, that is, an unstructured family concerned excessively with the figure, with high levels of anxiety or stress and previous overweight pathologies will tend to be more predisposed to a member suffering from an eating disorder than those families with good communication



and established roles where weight is not important. However, and as it develops throughout the work, this does not seem to be a factor that is met in all cases.

The maintenance of these disorders may vary depending on the family's involvement in the recovery of the patient, the family's willingness to change their habits and the improvement of the coexistence environment.

Keywords

family diet; eating disorder; risk factors; development; maintenance; nervous abnormality; bulimia nervosa; binge eating disorder

Introducción

Los diagnósticos de TCA están aumentando considerablemente en los últimos años ya que son desórdenes emergentes y en expansión. Son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre los adolescentes tras la obesidad. Actualmente se valora que los TCA tienen una prevalencia del 13% ⁽¹⁾. Según recoge la Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, y como se trató durante el Congreso Iberoamericano de Nutrición en 2019 ⁽²⁾, solo en España la anorexia nerviosa (AN) tiene una prevalencia del 0,9% al 0,14%; y la bulimia nerviosa (BN) oscila entre un 0,41% y un 2,9%. El trastorno de atracones (TA) se ha cifrado en un 1,9% en nuestro país ⁽¹⁾.

Es frecuente que estos trastornos aparezcan durante la adolescencia, de 12 y 25 años ⁽³⁾, y dentro de este rango siendo el grupo de mayor riesgo el comprendido entre 14 y 18 años ⁽⁴⁾. Los TCA vienen determinados por tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y mantenedores; y éstos pueden estar influenciados a su vez por cambios a niveles biológicos, sociales, culturales, psicológicos, etc. ⁽⁵⁾. Por este motivo deben ser entendidos desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinar. Algunos autores describen la sintomatología de estos desórdenes como: insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de esta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y / o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, entre otros ⁽⁶⁾.

Uno de los factores riesgo más valorado es el canon de belleza impuesto por la sociedad moderna, transmitido especialmente a través de los medios de comunicación, donde los cuerpos delgados/musculosos y definidos están sobrevalorados, asociándose con la



belleza, el éxito y la visibilidad social ⁽⁷⁾. Esto ha provocado la desesperación de muchas personas por lograr el 'cuerpo perfecto', llegando a utilizar prácticas dañinas para su salud. Principalmente afecta a adolescentes y mujeres jóvenes⁽⁶⁾ ya que están más influidas por el ideal de delgadez y más insatisfechas con su peso ⁽⁸⁾ aunque cada vez son más los hombres diagnosticados de desórdenes alimenticios.

Algunos autores han investigado cómo las amistades pueden afectar a la hora de precipitar o mantener un TCA. Un estudio confirma que los comentarios de los iguales tienen una mayor repercusión que los artículos o anuncios publicitarios; de igual manera ocurre con las situaciones de bullying provocadas por los pares (62%), cuyos comentarios refieren un 45% a la cara, un 36% al peso y un 19% al torso superior ⁽⁸⁾. Además de estos dos factores, debemos tener en cuenta también la herencia genética o los factores genéticos/cognitivos como la predisposición a sufrir estrés o ansiedad ⁽⁵⁾.

Sin embargo, en esta revisión hablaremos de un factor determinante dentro de este tipo de trastornos al cual se le ha otorgado importancia en los últimos años: la familia, el núcleo donde la persona se desarrolla la mayor parte del tiempo, aquel que le ha proporcionado ciertos valores y creencias y con los que convive diariamente.

A partir de los años 70/80, y con el inicio de la intervención sistemática, el núcleo familiar ha empezado a tomar importancia e incluso a ser relevante en diferentes investigaciones. Un trabajo una investigación confirma la influencia de los padres como un factor de riesgo importante en cuanto a la imagen corporal y la pérdida de peso que presentan sus hijos ⁽⁹⁾. Otros autores descubrieron que la presión por conseguir y mantener el modelo de delgadez se ve favorecido por la familia hacia la madre, transmitida a su vez sobre la hija ⁽¹⁰⁾. De la misma forma, en un estudio llevado a cabo, con una muestra de 63 participantes para entender el funcionamiento familiar y los trastornos de la conducta alimentaria, comparando familias normativas con aquellas que tienen un miembro con TCA, descubrieron que estas últimas eran más caóticas, con menos cohesión y dificultades en la comunicación ⁽¹¹⁾.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer los trastornos de la conducta alimentaria más comunes, y exponer las diferentes variables que correlacionan de forma positiva o negativamente con el desarrollo y mantenimiento de un TCA dentro del núcleo familiar. Todos estos puntos, junto a otras variables, serán analizados en el presente trabajo con el objetivo de dar visibilidad a aspectos que normalmente no se tienen en cuenta a la hora de evaluar y tratar un TCA y que, en algunas ocasiones, son determinantes para poder hacer frente a la



enfermedad y conseguir una rápida recuperación, así como establecer vínculos familiares o fortalecerlos.

Métodología

Se ha realizado una revisión no sistemática basada en diferentes publicaciones que establecieran una relación entre los TCA y la alimentación familiar, utilizando diversas bases de datos.

Fueron seleccionados estudios, incluidos en revistas internacionales, en base a los factores de riesgo más relevantes, así como teniendo en cuenta los tres TCA más importantes: AN, BN y TA. No excluimos edad ni estructura familiar, pues se considera importante en este trabajo poder valorar todos los escenarios diferentes. Las fuentes de datos utilizadas para recopilar estos artículos, trabajos y estudios fueron SciELO, Google Scholar, Dialnet y Scopus. Los términos de búsqueda (en inglés y español dadas las bases usadas) utilizados fueron: *alimentación familiar, tca, eating disorders, factores de riesgo, risk factors, mantenimiento y desarrollo*. El material recopilado abarca desde 1997 hasta 2020, teniendo más relevancia los comprendidos entre 2015 y 2020 ya que los datos son más actuales. Tras leer los resúmenes de los artículos encontrados se escogieron aquellos que se asemejaban en mayor medida a la idea principal, pues muchos no cumplían este requisito. Así mismo, se utilizaron estudios referenciados dentro de los ya seleccionados. Además se tomaron como referencia los manuales DSM-IV-TR y el DSM-5. Tras analizar 43 estudios, se tomaron, finalmente, un total de 34 referencias para realizar esta revisión.

Resultados

¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicopatológicas con graves anormalidades en el comportamiento de consumo de alimentos. Los pacientes afectados suelen presentar dificultades psico-sociales así como frecuentes comorbilidades ⁽¹²⁾.

Dentro de este grupo de trastornos se puede ver que se han ido descubriendo nuevos diagnósticos a lo largo del tiempo. Si bien los tres tipos de trastorno más diagnosticados, y



como se describen dentro del DSM-5 (2014)⁽¹²⁾, son AN (restricción continuada y progresiva de la ingesta que se acompaña de prácticas compensatorias como la actividad física o el consumo de alicientes, por ejemplo laxantes), BN (ingesta descontrolada de gran cantidad de alimento en poco tiempo, atracones, y posteriores conductas compensatorias purgativas) y TCANE (trastornos de la conducta alimentaria no especificado donde no se cumplen los criterios de ninguno de los demás trastornos, es una conducta en evolución); también se ha ido descubriendo que algunos síntomas presentados por los pacientes no correspondían con los criterios ya establecidos, por lo que la sintomatología se ha ido descifrando poco a poco hasta llegar a formular nuevos trastornos. Dentro de ellos se puede encontrar el trastorno de atracones (consumir gran cantidad de alimento en poco tiempo evitando después conductas compensatorias) o el trastorno evitativo restrictivo de la ingesta o TERI (reducir progresivamente determinados alimentos escogidos por los pacientes generalmente por la presencia de miedo a atragantarse o por la apatía hacia estos).

Al principio fue la medicina la encargada de abordar estos aspectos y dar respuesta a las incógnitas que iban surgiendo, argumentando estos problemas como desnutrición o un aspecto meramente sexual (atracción física). Sin embargo, su complejidad es mucho mayor, ya que estos trastornos no provocan solo alteraciones a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y cognitivo ⁽¹³⁾, por lo que los psicoanalistas comenzaron a estudiar cuál era el desencadenante que hacía surgir un trastorno de la conducta alimentaria, defendiendo que el individuo controlaba sus pulsiones básicas y las sustituía por otros valores que le otorgaban también la felicidad.

Actualmente son muchas las investigaciones que han intentado esclarecer los motivos por los cuales se desarrollan estos trastornos, llegando a la conclusión de que no tiene un origen específico, sino que dependen del paciente, su entorno. Por este motivo, el tratamiento ha de ser personalizado y normalmente resulta de larga duración. Algunos autores esclarecieron que las tasas de curación de los TCA no superaban el 50-60%, teniendo en cuenta también la importante tendencia a la cronicidad de estos trastornos, la cual oscila entre el 20% y el 30% para la anorexia y la bulimia, y el 70% en cuanto a los trastornos por atracón ⁽¹⁾. Otros ⁽¹⁴⁾, hacen hincapié en la importancia de estos estudios, pues el objetivo de los últimos años ha sido disminuir la mortalidad que se asocia a esta enfermedad, la cual es de 10 a 12 veces más elevada que las de la población general ⁽¹⁾.



Los criterios diagnósticos para este tipo de trastornos son muy diversos dependiendo del tipo del cual se está hablando (AN, BN, TERI, etc.). Sin embargo, dentro del DSM-5 (2014) ⁽¹²⁾ ha habido un cambio en la denominación de este grupo de trastornos pasándose a llamar trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, donde se definen como "una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial", (DSM-5, 2014) ⁽¹²⁾. La característica más significativa de estos trastornos es la dificultad a la hora de producirse una ingesta, que puede llevar a restricciones o purgas.

Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

ANOREXIA NERVIOSA

Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo (un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado) con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física (DSM-5, 2014) ⁽¹²⁾.

Además, en la AN se registra un miedo intenso a engordar o ganar peso, llevando a los pacientes a realizar prácticas de ejercicio excesivas para no aumentar su peso. Podemos añadir también que hay una gran distorsión de la imagen corporal, en el DSM-5 (2014) ⁽¹²⁾ se define como "falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual". Esto provoca que las personas que la sufren tengan alterada su imagen, viéndose más voluminosas de lo que realmente están y provocando que la enfermedad persista y se agrave.

Los criterios de gravedad se establecen dependiendo en Índice de Masa Corporal (IMC) que presenta el individuo. Se considera que una persona padece AN cuando su IMC se sitúa por debajo o igual a 17.

Podemos encontrar dos tipos de Anorexia Nerviosa:

A. Restrictiva: la persona practica dieta, ayuno y/o practica una gran de ejercicio físico, todo ello sin presentar episodios de purga o atracones.

B. Purgativa: la persona presenta episodios recurrentes de vómitos o atracones acompañados de ayuno, dieta y/o ejercicio excesivo como mecanismos compensatorios o de purga.



Tabla 1. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según el DSM-5 (2014) ⁽¹²⁾

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 a 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 peso corporal bajo actual.

BULIMIA NERVIOSA

Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas (DSM-5, 2014) ⁽¹²⁾. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (DSM-5, 2014) ⁽¹²⁾.

Esa ingesta desproporcionada de alimentos recibe el nombre de atracón, consistente en la pérdida de control y una ingesta de gran cantidad de comida en un pequeño periodo de tiempo ⁽¹²⁾. Además de esto, la BN se caracteriza por la presencia de conductas compensatorias tales como exceso de ejercicio, toma de fármacos y, en mayor medida y siendo más característico, conductas purgativas. Este es el comportamiento que nos permite distinguir a la BN del TA.

Clásicamente se decía que había dos tipos de BN: purgativa y no purgativa. Estos se recogieron por primera vez en el DSM-IV-TR (2002) ⁽¹⁵⁾ con la función de diferenciarlos y así poder adecuar un tipo de tratamiento a cada uno de ellos para hacerlo más efectivo y eficaz. Estos dos tipos se definían de la siguiente manera:

1. Purgativa: la persona se produce el vómito o hace uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
2. No Purgativa: la persona recurre a conductas compensatorias como el ayuno o la práctica de ejercicio en exceso, evitando el vómito y el uso de laxantes, diurético o enemas.



Tabla 2. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según el DSM-5 (2014) ⁽¹²⁾

A. 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.
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).
C. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrectos de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
D. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
E. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

TRASTORNO DE ATRACONES

Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas (DSM-5, 2014) ⁽¹²⁾.

Todo esto va unido a una sensación de falta de control, impulsividad y posterior sentimiento de culpa que hace que se repita consecuentemente. A diferencia de la BN, en el Trastorno por Atracón no se registran actividades compensatorias como purgas, uso de laxantes y/o actividad excesiva. Está generalmente asociado al sobrepeso, cerca del 20% de los individuos padecen obesidad.

Para su diagnóstico se puede utilizar el Eating Disorders Examination (EDE), el cual ayuda a distinguir un atracón objetivo de uno subjetivo y así poder diferenciar la causa del atracón y abordarla para eliminarlo.



Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno por Atracón según el DSM-5 (2014) ⁽¹²⁾

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo 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. • 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 no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
<p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comer mucho más rápidamente de lo normal. - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. - Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. - Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
<p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p>
<p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>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.</p>

Alimentación familiar

El estudio del funcionamiento familiar como factor correlacional con los trastornos de la conducta alimentaria se ha estado realizando de forma más profunda en los últimos años ⁽¹⁶⁾, aunque ya en el siglo XVII, para el tratamiento de la AN se recomendaba alejar al paciente de su familia ⁽¹⁷⁾. Posteriormente, y también dentro de la anorexia nerviosa, diversos autores acuñaron el término de *familia psicósomática* a aquellas que presentaban una actitud muy rígida, sobreprotectora y evitativa de conflictos ⁽¹⁶⁾ todo esto oculto tras los síntomas de las hijas. Estos patrones familiares específicos o disfuncionales ayudarían al desarrollo, evolución y/o mantenimiento del trastorno ⁽¹⁸⁾.

A pesar de que en los últimos años se ha tomado la influencia socio-cultural como un gran desencadenante de estos trastornos, en este trabajo nos vamos a centrar únicamente en la familia como aquellos que otorgan a la persona valores, normas, hábitos, costumbres, respeto y formas de conductas apropiadas a la sociedad ⁽⁹⁾. Por este motivo es importante estudiar el núcleo familiar, la forma en la que se desarrolla y convive con el individuo, para poder encontrar ciertos factores que pueden haber desencadenado, junto con otros muchos, un TCA.



La familia interviene en el aprendizaje de la función alimentaria y en la integración de la imagen corporal ⁽¹⁹⁾. La presión que ejercen los padres sobre sus hijos respecto a algunas comidas también influye en la forma en que estos se alimentan. Autores realizaron una investigación acerca de cómo los hábitos alimentarios en la infancia pueden actuar como un factor de riesgo para sufrir un TCA ⁽²⁰⁾. Descubrieron que aquellas madres que daban demasiada importancia a la comida, al igual que aquellos niños que no desayunaban antes de ir al colegio, eran más vulnerables a sufrir un desorden alimenticio en su adolescencia. Así mismo, otros autores ⁽²¹⁾ recogen en su trabajo dos aspectos de control que ejercen los padres sobre la alimentación de sus hijos durante la infancia: presión (reducirá la capacidad de los niños para regular la ingesta) y restricción (inhibirá la autorregulación).

En consecuencia, estos estudios dan a entender la importancia que tiene desarrollarse en un contexto adecuado donde la comida no sea el principal foco de obsesión de los padres.

Finalmente cabe destacar que no solo el núcleo familiar influye en el desarrollo de un TCA, sino que también es un factor clave a la hora del mantenimiento y la recuperación de estos. Una familia involucrada en la enfermedad pronostica una mejor recuperación que aquella que se desinteresa del individuo. Los padres han de implicarse, ya que en ocasiones es necesario cambiar algunos hábitos de alimentación en el entorno de la familia para favorecer el progreso y la evolución de la enfermedad.

Factores de riesgo para el desarrollo de un TCA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un factor de riesgo es "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo a que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión". Son muchos los factores de riesgo encontrados dentro de una familia que facilitan el desarrollo y mantenimiento de un trastorno de la conducta alimentaria. En la Figura 1 se pueden observar los diferentes factores de riesgo de TCA divididos en tres grupos: predisponentes, precipitantes y mantenedores, todos ellos recogidos en la DSM-5.

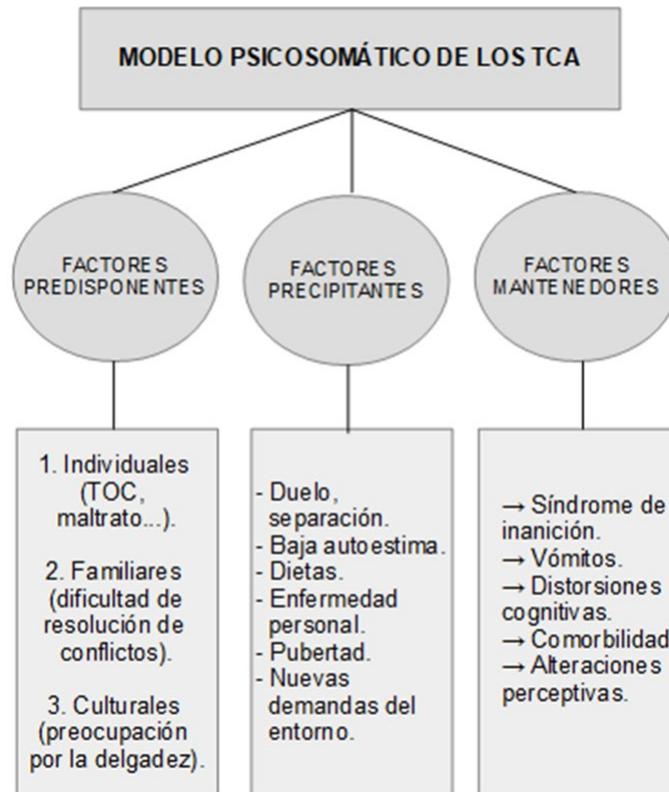


Figura 1. Factores de riesgo que desarrollan y mantienen un TCA

Importancia del peso, la imagen y la figura

La percepción de la imagen corporal es un factor psicológico/ cognitivo que potencialmente conduce a prácticas alimentarias de riesgo ⁽⁵⁾. La familia interviene en el aprendizaje de la función alimentaria y en la integración de la imagen corporal ⁽¹⁹⁾. Por este motivo, es importante saber cómo transcurre la alimentación familiar y cómo ésta se relaciona con conceptos asociados al peso y la imagen corporal. La falta de imposición de límites o la rigidez hacen al individuo más vulnerable y, por ello, le predisponen a padecer un TCA ⁽¹⁶⁾. A través de un estudio ⁽²²⁾ con una muestra de 198 mujeres, se esclarece que el 79,8% recibía comentarios negativos sobre su apariencia física por parte de la familia, favoreciendo la aparición de un TCA. Así mismo, tras un estudio que realizaron con una muestra de 1479 niños y adolescentes encontraron que los comentarios de las familias sobre su peso afectaban en las



ideas que los niños tenían sobre este (un 16% respecto a bajar de peso y un 11% en cuanto a subirlo).

Esta preocupación por la imagen se da con más frecuencia de madres a hijas ya que son más conscientes de las conductas alimentarias que los padres, los cuales se centran más en los hijos varones. La influencia familiar puede llegar a fomentar que los jóvenes delgados son más aceptados por los demás, y las madres pueden mostrar su admiración por la voluntad que tienen las personas que hacen régimen, lo que puede ser un factor de riesgo para las hijas ⁽²¹⁾.

Herencia y Psicopatología

Un estudio ha revelado que la herencia genética de determinados factores de personalidad puede predisponer a sufrir un TCA (por ejemplo, un aumento de la impulsividad), sobre todo AN y BN, alrededor del 22% y el 62%, respectivamente ⁽²³⁾. Las mujeres tienen mayor predisposición genética a desarrollar un TCA ⁽⁹⁾. Se estima que, durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo ⁽³⁾. Sin embargo, esto no es un indicador totalmente fiable, ya que la mayor parte de las veces ocurre debido a circunstancias estresantes del entorno. Por tanto, las madres que han padecido un TCA no tienen influencia en el ajuste psicológico de sus hijos, pero sí pueden haber contribuido a que haya una presencia de problemas alimenticios.

Hay ciertas patologías dentro de una persona que pueden tanto fomentar este trastorno como desarrollarse una vez obtenido. Las más comunes son depresión, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo ⁽²⁴⁾; además, las pacientes con BN presentan comorbilidad con los trastornos de personalidad, siendo el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno histriónico los que más correlacionan, entre un 21% y un 77% . Es importante destacar las complicaciones somáticas que pueden darse al sufrir un TCA, pudiendo llegar a tener un impacto en la personalidad del paciente ya que ésta aún se encuentra en etapa de desarrollo.

De esta forma, en el contexto familiar, los intentos de los padres por controlar su propia conducta alimentaria y la de sus hijos interactúan recíprocamente con las predisposiciones genéticas que determinan las diferencias individuales ⁽²¹⁾.

Por otro lado, en los últimos años la obesidad y el sobrepeso han empezado a ser una condición de alto riesgo para el desarrollo de los TCA⁽¹³⁾. Hay una presión socio-cultural en



base al cuerpo que promueve una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar insatisfacción corporal y convirtiéndose en un factor de riesgo importante, aumentando significativamente en personas con obesidad ⁽³⁾. Así, la delgadez empieza a verse como una forma de vida segura y atractiva.

Ámbito Familiar

Este factor es de los más estudiados dentro de estos trastornos. Antes de nada, cabe destacar que, una familia con un miembro con TCA tiene un pronóstico negativo, caracterizándose por una menor expresividad, adaptabilidad o poca/ninguna respuesta afectiva, frente a aquella familia donde no se da este problema. Se ha demostrado que las personas con TCA se desarrollan en ambientes familiares desfavorecidos, por un lado los pacientes con AN se caracterizan por un ambiente rígido y con problemas de comunicación mientras que los diagnosticados de BN presentan familias con baja cohesión y adaptabilidad ⁽¹⁶⁾. Sin embargo, no se han encontrado datos acerca de las características que presenta el ambiente familiar cuando un miembro tiene trastorno por atracón.

Dentro de este factor de riesgo podemos hablar de las experiencias estresantes, es decir, aquellos momentos traumáticos que se han sufrido dentro del ámbito familiar. Un estudio llevado a cabo ⁽²⁵⁾ descubrió que las mujeres con patologías alimentarias presentaban altos niveles de estrés acumulado así como vivencias estresantes antes del inicio del trastorno. Acontecimientos como el divorcio de los padres o el fallecimiento de algún familiar llevan al paciente a acumular estrés, llegando a un nivel muy elevado, lo que ocasiona, en mayor medida, Trastorno por Atracón. Dentro de estas experiencias juegan un papel importante los abusos sexuales en la infancia, los cuales correlacionan muy positivamente con un TCA (especialmente BN) ya que ocasionan problemas con la autoimagen o la autoestima, lo que presenta una mayor vulnerabilidad a estos trastornos ⁽¹⁶⁾.

Es interesante destacar las actitudes sobreprotectoras de los padres con sus hijos. Como sugieren algunos autores ⁽²⁶⁾, el control materno y paterno genera en los hijos un menor sentimiento de autonomía, provocando que estos no cuenten con las herramientas suficientes a la hora de afrontar y solucionar un problema de igual manera que aquel hijo/a cuyos padres le han dado más independencia. Por tanto, se puede deducir que los pacientes cuyos padres les han sobreprotegido acaban ejerciendo autoridad sobre lo único que puede controlar: su cuerpo.



Por último, la práctica de actividad física de forma excesiva u obsesiva dentro de una familia puede ocasionar comportamientos alimentarios inadecuados y problemáticos. Una investigación publicada en el Anuario de Psicología Clínica y de la Salud ⁽²⁷⁾, reveló que los padres que ejercían presión sobre sus hijos respecto a la actividad física como método para quemar calorías aumentaba las prácticas y hábitos alimenticios negativos. Esta asociación aumenta el riesgo de desarrollar un TCA y agrava la situación en caso de que este se instaure, ya que en la familia está aceptada esa práctica excesiva y no se entiende como algo anormal.

Relación entre los miembros

La relación que se establece en el núcleo familiar moldeará el desarrollo social e individual del sujeto ⁽⁹⁾. Es común que las madres sean las cuidadoras primarias (número de horas dedicadas al cuidado) y los padres los cuidadores secundarios ⁽²⁸⁾

- Madre – Hija: es de las variables que más correlaciona, pues la madre es la principal responsable de transmitir las pautas alimentarias ⁽²¹⁾. La percepción que esta tenga sobre el peso y la apariencia de su hija ejercerá alteraciones sobre sus hábitos alimentarios y su imagen corporal ya que la madre suele ser la que más importancia otorga al físico de sus hijos ⁽¹⁶⁾.

Un estudio llevado a cabo ⁽²⁹⁾ reveló que las madres que sufren o habían sufrido un TCA mostraban un elevado control sobre la alimentación de sus hijos, uso de dietas, preferencia por la delgadez y reiteradas críticas a la silueta corporal de estos, creando en ellos inseguridades y complejos.

Además, se ha demostrado que el apego entre madres e hijas con TCA es inseguro o negativo ⁽³⁰⁾. Esto ocurre cuando el progenitor ha sido demasiado autoritario o despectivo, creando un vínculo materno filial frágil, lo que implicará una baja autoestima en la hija. Incluso se descubrió que estas mismas madres tuvieron una mala relación con sus propias progenitoras ⁽¹⁶⁾.

- Padre – Hija: frecuentemente esta relación es llevada por el perfeccionismo, las altas expectativas de uno hacia otro ⁽¹⁶⁾, la exigencia, el cólera y la frustración ya que el padre no entiende lo que ocurre de la misma forma que la madre, pues no suelen ser los primeros en percatarse de un posible TCA. La ausencia de mensajes afectivos entre una adolescente y su padre lleva a la joven a no saber qué piensa o qué siente, por lo que no sabe qué hacer para conseguir su aprobación ⁽³¹⁾. Autores recogen en su trabajo que muchas pacientes que



padecen un TCA dicen no haberse sentido queridas por su padre, teniendo estos una influencia considerable en la actitud de una chica hacia su imagen corporal y sus hábitos alimentarios ⁽²⁶⁾. Estas situaciones provocan que, en ocasiones, se dé un distanciamiento entre padres e hijas, bien por emitir una conducta de evitación o bien por falta de habilidades para afrontar el problema.

○ Hermanos: la influencia de los hermanos también puede incrementar o reducir el riesgo de TCA ^(32,21). Hay una menor cohesión que con el resto de los miembros de la familia ⁽³³⁾. En un estudio llevado a cabo ⁽³⁴⁾ se descubrió que la comunicación entre hermanos era escasa y problemática, sin embargo, seguía siendo mejor con estos que con los padres.

Como señalan algunos autores ⁽²¹⁾, los hermanos que estén preocupados por el peso o realicen muchas dietas tendrán una gran influencia en el paciente, pudiendo transmitir su preocupación a este y aumentando las posibilidades de sufrir un TCA. A pesar de que no se han encontrado muchas investigaciones, se sabe que las hermanas mayores suelen ser un apoyo más fuerte para el hermano/a menor que sufre un TCA, elemento que no se encuentra en los hermanos varones pues, al igual que los padres, no entienden el problema ⁽²¹⁾.

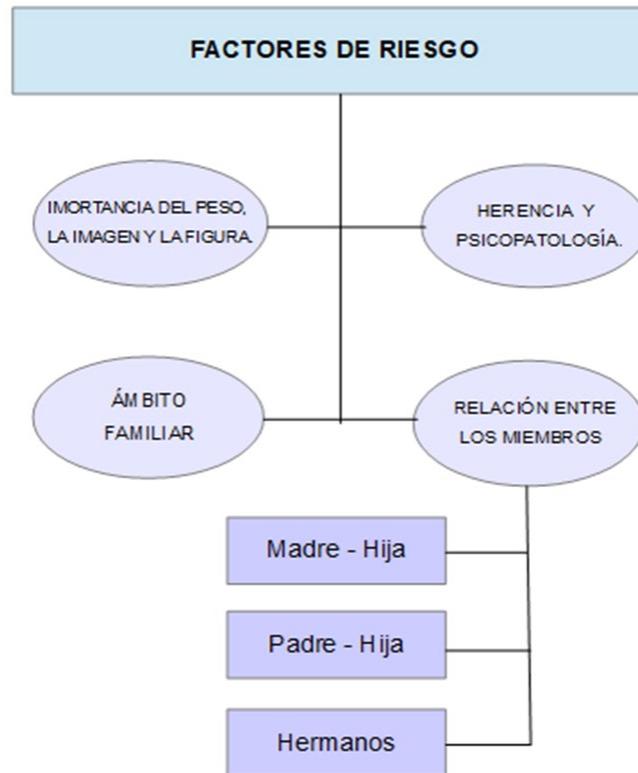


Figura 2. Esquema de los Factores de Riesgo presentados

Mantenimiento del TCA

Tras haber analizado los factores de riesgo anteriores que podrían conducir a padecer un TCA debido a determinadas prácticas o creencias de una familia, se pueden descifrar ciertos aspectos que ayudarían a su mantenimiento.

- *Importancia del peso, la imagen y la figura.* Se puede concluir que una familia centrada en estos tres aspectos ayudará a que el miembro que padezca un TCA no pueda pasar desapercibido. Reforzarán negativamente su figura con comentarios que fomentarán las prácticas nocivas de ayuno, vómito, ejercicio, etc., haciendo de esta manera que el individuo se sienta cada vez más aceptado y no quiera abandonar dichas conductas. Estos refuerzos vendrán, en su gran mayoría, proporcionados por la madre porque es la persona que más se centra en el aspecto físico dentro de la familia.



- *Herencia y psicopatología.* Se deben analizar por separado. La herencia no se puede controlar de forma directa, por lo que si el individuo está predispuesto a un alto nivel de vulnerabilidad o a unos rasgos de personalidad que fomenten este trastorno así será. Solo se puede intervenir una vez se inicie el tratamiento con esta persona. Sin embargo, la psicopatología juega un papel importante en los TCA. Aquellos pacientes con sintomatología ansiosa o depresiva (las más comunes) pueden verse envueltos en sentimientos negativos, lo que aumenta por ejemplo los atracones. El sobrepeso o la obesidad que se haya sufrido en la infancia tienen un papel fundamental, pues el individuo desarrollará un miedo intenso a engordar, lo que terminará por dominar sus conductas y hacerle cada vez más vulnerable.

- *Ámbito familiar y relación entre los miembros.* Son dos factores que se superponen mutuamente. Si el ambiente es negativo y las relaciones son deficientes, harán que el individuo perciba su entorno como dañino y esas prácticas aumentarán exponencialmente. Encontrará apoyo en sus padres y hermanos, impulsando un sentimiento de soledad y exclusión del núcleo que, a su vez, promueve baja autoestima, síntomas depresivos y aislamiento. Su forma de enfrentar y solucionar los problemas será insuficiente ya que los valores que ha aprendido de su familia no son los adecuados, por lo que tendrá pocos recursos para enfrentar no solo la conducta, sino los pensamientos y emociones (esto también les ocurrirá a los niños/as sobreprotegidos). Todo esto mantendrá el trastorno y aumentará la gravedad de este.

Conclusiones

Como se ha podido observar a lo largo de esta revisión, el núcleo familiar es un factor de riesgo ante la aparición de un TCA debido a sus costumbres, valores, creencias y a la forma en la que esa familia se desarrolla y conviven día a día.

Sin embargo, un dato a resaltar es que no existe una 'familia tipo', un patrón único que lleve a desarrollar esta patología, sino que depende de diversos factores. No siempre se tiene que dar en familias disfuncionales con otras patologías o experiencias traumáticas, estos hechos lo que provocan es mayor probabilidad de aparición del TCA, aunque pueden darse en cualquier ámbito ya que este problema aparece también por factores externos a la familia (medios comunicación, la relación con los iguales, etc.).

Estos factores que se han analizado forman parte del desarrollo, y también del mantenimiento cuando no se solucionan. Es importante entender que una vez se diagnostica



un TCA, en la familia empiezan a aparecer problemas más graves a nivel de relaciones inter e intrapersonales.

En la mayoría de los casos la comunicación entre los miembros disminuye, aparecen discrepancias y situaciones de tensión sobre todo en torno a la hora de las comidas, etc. Por ello se recomienda no solo trabajar con el paciente sino también con su familia, para poder avanzar juntos.

Lo más inmediato es asegurar una buena relación entre los miembros para que el individuo se sienta integrado en su familia, con confianza para poder expresarse. Posteriormente, sería de gran ayuda cambiar diferentes creencias erróneas que tiene la familia frente al propio cuerpo, sobre todo la madre, ya que si se siguen alentando esas convicciones la persona afectada podría recaer con más facilidad. Intentar eliminar hábitos no saludables y sustituirlos por otros más adecuados podría llegar a crear una relación con la comida más sana por parte de todos.

Estos pequeños gestos ayudarían en el proceso de recuperación del paciente. En cambio, una familia desestructurada con poco o ningún compromiso con la terapia tendrá el efecto contrario, donde el individuo no solo tardaría más tiempo y tendría más dificultades de recuperarse, sino que también aumentan el riesgo de recaídas y, en el peor de los casos, la cronicación de la enfermedad.

En este sentido es más fácil entender la importancia de la familia dentro de estos trastornos, un factor que en los últimos años ha cogido fuerza en este ámbito, al que se le ha dedicado más tiempo de investigación y con el que se trabaja mucho más. Aun así, es un factor aún por desarrollar a pesar de la cantidad de escritos que hay.

Es necesario seguir investigando para arrojar aún más luz y hacer más efectivo el tratamiento del paciente, pasar de ser un factor de riesgo a un factor de protección.

Resultados “Negativos” y “No Positivos”

Se ha destacado en nuestras conclusiones que no existe una “familia tipo”, un patrón único que lleve a desarrollar los TCA, son muchos los factores intervinientes. De hecho, los TCA no ocurren más en los solemos conocer como “familias disfuncionales” o “desestructuradas”; en lo que se conoce con estos términos es posible que se den otro tipo de alteraciones con mayor frecuencia. Sin embargo resultan negativos actualmente algunos



aspectos familiares que no implican tal desestructuración o disfuncionalidad sino más bien una nueva concepción de ciertos aspectos vinculados a la alimentación y la imagen. Para reflexionar sobre ellos habría que partir de lo que hoy se entiende por “comer sano” y “cuidar la imagen”.

En concreto el hecho de “comer sano” podría presuponerse como garantía de prevención de muchas alteraciones alimentarias. Nada de ello está demostrado en el supuesto de que, en efecto, “comer sano” sea una realidad nutricional. Pero es que, además, el concepto de “comer sano” es interpretado por buena parte de la población que acaba entendiendo que comer de forma sana es no tomar tal o cual alimento “porque no es sano”. A partir de esta idea, bien introyectada en gran parte de la población, surgen alimentaciones restrictivas y excluyentes. Lejos de ser factor de protección lo acaba siendo de riesgo. Hacen falta estudios serios que pongan de relieve dos o tres aspectos: a) Qué queremos decir con “comer sano”; b) cómo lo transmitimos a la población; y c) cómo es interpretado. Tal vez, como suele decirse, nos estamos pasando de “sanos”.

El otro punto a considerar atañe al hecho de “cuidar la imagen”. Deberíamos partir de algunas definiciones: ¿qué es imagen?, ¿qué es cuidar? No son temas baladíes. En la actualidad tal vez la idea de imagen se asocie, sobre todo, con el conjunto de rasgos que nos caracterizan ante la sociedad, ante los demás. Ello incluiría muchos aspectos, pero en una sociedad eminentemente consumista, la apariencia y, por lo tanto, lo externo, lo físico, parece lo fundamental a la hora de conceptualizar la imagen personal. Así, muchas personas acaban asociando su imagen a su aspecto físico, sin más. Veamos ahora la idea de cuidar. Una de las acepciones de la RAE para este término es “mirar por la propia salud, darse buena vida”. No vamos a entrar en el debate sobre en qué consiste eso de darse buena vida; lo cierto es que en el terreno de la salud, la primera parte (mirar por la propia salud) resulta contundente, clara, no precisa explicación. Tendríamos pues que mirar por la salud de nuestra apariencia. Eso podría ser cuidar nuestra imagen. Ocurre, al igual que con lo de comer sano, que muchas familias cuidan la imagen. Si en lo de comer se cae en lo restrictivo y selectivo, en lo de la imagen se acaba cayendo en la lipofobia, la musculofilia y el machaqueo gimnástico, en muchos casos bien ajeno a cualquier connotación de salud.

Esa constelación de familias con el culto a “comer sano” y “cuidar la imagen” en el sentido expresado no aparecen a menudo en las revisiones acerca de los factores de riesgo de los TCA o se pasan muy por encima. Tal vez hemos introyectado tanto esas ideas que no



caemos en la cuenta de lo que pueden llegar a influir en los hijos. Comer sano y cuidar la imagen, como hemos expuesto, puede acabar siendo demoledor. Y, al fin, resulta que ni es tan sana la comida ni el cuerpo se cuida como se debería. Siempre se ha defendido que “comer en familia hace que los hijos tengan mejores hábitos” y que “fomentar el ejercicio físico es necesario”. Eso son palabras, el contenido de las mismas será lo que resulte positivo o no tanto.

Referencias

1. Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., & Castro Alija, M. J. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(1), 49-97.
2. Moreno Redondo, F. J., Benítez Brito, N., Pinto Robayna, B., Ramallo Fariña, Y., & Díaz Flores, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130 - 131.
3. Portela de Santana, M. L., Da Costa, H., Mora, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
4. Madruga, A. D., Leis, T. R. & Lambruschini, F. N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Asociación Española de Pediatría & Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*. España: Ergón.
5. Baladia, E. (2016). Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(3), 161-163.
6. López, C., & Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.



7. Cardoso, L., Niz, L. G., Aguiar, H. T. V., Lessa, A. D. C., Rocha, M. E. D. S., Rocha, J. S. B., & Freitas, R. F. (2020). Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, (AHEAD)*.
8. Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatria, 48(4)*, 319-334.
9. Marmo, J. (2014). Estilos Parentales y Factores de Riesgo asociados a la Patología Alimentaria. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades, 22(2)*, 165-178.
10. Martínez, A. O. R., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., & Vacuán, E. M. T. C. (2010). Factores socioculturales de hijas y padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Enseñanza e investigación en psicología, 15(2)*, 311-324.
11. Ruiz, M. F., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circuplejo. *Ciencias Psicológicas, (9)*, 153-162.
12. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
13. Castellano, M. A. N., Werner, E. P., Guzmán, P. E., & Escursell, R. M. R. (2019). Relación entre trastornos de conducta alimentaria, sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 1(1)*, 9-18.
14. Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A., Gual-García, P., Martínez-González, M. Á., & Cervera-Enguix, S. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry, 20(2)*, 179-185.
15. American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.
16. Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segués, C., & Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios, 4(1)*, 45-57.
17. Toro, J. (2004). *Riesgo y Causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
18. Barrezueta Peña, R. P. (2019). Etiopatología de la anorexia nerviosa fundamentada desde el psicoanálisis.
19. Losada, A. V., & Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista De Psicología, 16*, 30-49.



20. Fernández-Aranda, F., Ramón, J., Badía, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D., & Treasure, J. (2004). Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación.
21. Tejada Alonso, R., & Neyra, M. J. (2015). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (22), 2352-2381.
22. Muñoz Veira, B. L. (2016). *Revisión narrativa de la literatura sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en Colombia 2005-2015 y análisis de expertos* (Master's thesis, Uniandes).
23. Rojo-Moreno, L., Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M. A., Rojo-Bofill, L. M., & Livianos-Aldana, L. (2017). Influencias genéticas y ambientales en rasgos psicológicos y actitudes alimentarias en una población escolar española. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 10(3), 134-142.
24. Macías, L. G., Unikel, C., Cruz, C., & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud mental*, 26(3), 1-8.
25. Behar R., & Valdés C. (2009). Estrés y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 178-189.
26. Borda Mas, M.d.I.M., Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M.L., Sánchez Martín, M., Río Sánchez, C.d., & Beato Fernández, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 12-21.
27. Rodríguez-Ruiz, S., Díaz, S., Ortega-Roldán, B., Mata, J. L., Delgado, R., & Fernández-Santaella, M. C. (2013). La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 9, 21-23.
28. Sepúlveda, A. R., Moreno, A., & Beltrán, L. (2020). Actualización de las intervenciones dirigidas al contexto familiar en los trastornos del comportamiento alimentario: el rol de los padres. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 49-62.
29. Behar R., & Arancibia M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista Chilena de Pediatría*, 85(6), 731-739.



-
30. Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505.
 31. De Torremolinos, I. J. (2005). La figura del padre en los trastornos de la conducta alimentaria. *Familia*, 31, 35-48.
 32. Vázquez, A. R. & Raich, E. R. M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. *Psicología y Ciencia Social*, 21(1), 59-66.
 33. Bea Palmer, C. (2018). El clima familiar, una comparación entre un grupo de TCA, un grupo con otras patologías alimentarias y un grupo control.
 34. Maglio, A. L., & Molina, M. F. (2013). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar?. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(1), 1-10.