



**Estado del arte sobre la familia como factor de riesgo en el desarrollo de Trastornos de la
Conducta Alimentaria.**

Carolina Venegas Mejía

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Tutor

Dagoberto Barrera Valencia, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

Cita	(Venegas Mejía, 2023)
Referencia	Venegas Mejía, C., (2022). <i>Estado del arte sobre la familia como factor de riesgo en el Desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria</i> . Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: Jhon Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: Alba Nelly Gómez García.

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	9
1 Introducción	10
2 Planteamiento del problema.....	11
2.1 Contextualización del problema.....	11
2.2 Antecedentes	14
2.3 Problema de investigación	17
2.4 Objetivos	18
2.4.1 Objetivo general.....	18
2.4.2 Objetivos específicos	18
2.5 Justificación.....	18
3 Marco referencial.....	20
3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	20
3.2 Familia.....	22
3.3 Relación entre TCA y familia	24
4 Metodología.....	28
4.1 Enfoque	28
4.2 Método	28
4.3 Estrategia.....	29
4.4 Técnicas de recolección de información	30
4.5 Población y muestra	30
4.6 Plan de recolección de la información	31
4.7 Plan de análisis de la información.....	31
4.8 Unidad de análisis	32

5	Resultados	33
5.1	Abordajes psicopatológicos.....	33
5.1.1	Anorexia Nerviosa	35
5.1.2	Bulimia nerviosa	37
5.1.3	Psicopatología en los padres	38
5.1.4	Influencia de la madre.....	41
5.1.5	Influencia del padre.....	42
5.1.6	Influencia familiar.....	43
5.2	Factores de riesgo.....	45
5.2.1	Factores biológicos	47
5.2.2	Factores conductuales o psicológicos	48
5.2.3	Factores ambientales.....	51
5.3	Apego	55
5.3.1	Relación parental.	57
5.3.2	Estilos de apego	58
5.3.3	Experiencias invalidantes.....	59
5.4	Estilos de crianza.....	60
5.4.1	Crianza parental percibida.	62
5.4.2	Rol padre / rol madre.	64
5.4.3	Estilos de alimentación.	65
5.4.4	Sobreprotección	65
5.5	Relación parental.....	67
5.5.1	Emoción expresada.	69
5.5.2	Control de la figura parental.	70
5.5.3	Rol de la madre en la alimentación.....	72

5.5.4 Rol de las figuras parentales.	73
5.6 Funcionamiento familiar	76
5.6.1 Funcionamiento familiar basado en el modelo circumplejo de Olson (1979).	77
5.6.2 Funcionamiento familiar en relación con la comida.....	82
6 Discusión.....	86
6.1 Tendencias.....	86
6.2 Similitudes en los hallazgos	87
6.3 Diferencias en los hallazgos	87
6.4 Vacíos y dificultades	88
7 Conclusiones	90
Referencias	91
Anexos.....	102
Anexo A. Matriz bibliográfica artículos para proyecto de grado Familia – TCA.....	102
Anexo B. Matriz bibliográfica del análisis de los artículos para proyecto de grado.....	103

Lista de figuras

Figura 1 Categorías de los TCA y Familia.....	33
Figura 2 Enfoques psicopatológicos de los TCA respecto a la familia.....	33
Figura 3 Clasificación diagnóstica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del DSM-V	34
Figura 4 Tipos de factores de riesgo para el desarrollo de TCA.....	45
Figura 5 Dimensiones del apego en el desarrollo y mantenimiento de TCA.....	55
Figura 6 Factores relevantes de los estilos de crianza para el desarrollo de TCA	60
Figura 7 Impacto de las relaciones parentales en los TCA	67
Figura 8 Funcionamiento familiar desde el modelo Oslon y su relación con la comida	76

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AN	Anorexia Nerviosa
APA	American Psychological Association
BN	Bulimia Nerviosa
ECP	Estilos de crianza parentales
ED	Desórdenes alimenticios
EE	Emoción expresada
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
UdeA	Universidad de Antioquia

Resumen

El presente trabajo de grado tuvo como objetivo construir un estado del arte sobre el lugar de la familia, como factor de riesgo en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con el fin de consolidar los hallazgos que se tienen hasta este momento por medio de una revisión sistemática de 86 artículos de investigación publicados en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2021 en los idiomas inglés y español en las bases de datos académicas disponibles para el repositorio de la Universidad de Antioquia, que incluían categorías como funcionamiento familiar en relación con Trastorno de la Conducta Alimentaria, así como Trastorno de la Conducta Alimentaria y Familia. Como resultado de la revisión, se generó un estado del arte actualizado sobre las categorías relación parental, abordajes psicopatológicos, apego, estilos de crianza, factores de riesgo y funcionamiento familiar identificadas en el proceso de investigación, además de las tendencias tanto metodológicas como de contenido empleados por los investigadores sobre el tema y los vacíos investigativos consolidando la información disponible para futuras aproximaciones a la temática planteada.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria y familia, desorden alimentario, funcionamiento familiar, factor de riesgo trastorno alimentario.

Abstract

The objective of this degree work was to build a state of the art about the place of the family, as a risk factor in the development of Eating Disorders in order to consolidate the findings that have been obtained up to this moment through a systematic review of # research articles published in the period between 2000 and 2021 in the English and Spanish languages in the academic databases available for the repository of the University of Antioquia, which included categories such as family functioning in relation to Eating Behavior Disorder, as well as Eating Behavior Disorder and Family. As a result of the review, an updated state of the art was shown on the categories of parental relationship, psychopathological approaches, attachment, parenting styles, risk factors and family functioning identified in the research process, in addition to both methodological and content trends used by researchers on the subject and the research gaps, consolidating the information available for future approaches to the proposed topic.

Keywords: eating disorder and family, eating disorder, family functioning, eating disorder risk factor.

1 Introducción

Por medio del presente ejercicio investigativo se busca consolidar la mayor cantidad de información disponible sobre la relación que existe acerca de la familia en relación con el desarrollo y mantenimiento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se hace una breve contextualización sobre las cuestiones relevantes que son necesarias para comprender el problema, una explicación detallada de la metodología implementada para la recolección y el análisis de la información y finalmente la descripción de los hallazgos obtenidos, con sus respectivas conclusiones.

2 Planteamiento del problema

2.1 Contextualización del problema

La salud mental es un asunto que toma relevancia en la actualidad debido al aumento de la prevalencia de personas diagnosticadas con trastornos mentales (como se expondrá más adelante), así como el reconocimiento de las consecuencias que estos trastornos acarrearán en la población. Para comprender este concepto deben considerarse las condiciones socioculturales que caracterizan a las distintas poblaciones de cada región ya que estas determinan en gran medida lo que se considera como saludable o patológico en este ámbito. En particular, Colombia ha establecido por medio de la Ley 1616 de 2013 la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Colombia. Congreso de la república, 2013, p. 1).

A partir de esta concepción se hace pertinente considerar la salud mental como el estado cambiante que determina en gran medida como el individuo se comporta y se relaciona consigo mismo y con el ambiente que le rodea, bien sea permitiéndole un lugar dentro del grupo social o excluyéndole. Este último estado puede denominarse trastorno mental y se encuentra definido también en la Ley 1616 de 2013 en su artículo quinto así:

Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. (Colombia. Congreso de la república, 2013, p. 2).

Así las cosas, el trastorno mental hace referencia a un comportamiento desviado que afecta la adaptación del sujeto a las condiciones sociales, ambientales y personales de manera que se produce un malestar en este que dependiendo de su nivel de afectación requerirá distintos tipos de intervenciones terapéuticas o farmacológicas para corregirlo. El Gobierno de Colombia en su Boletín de salud mental Análisis de indicadores en Salud Mental por territorio de 2015 informa que en “Colombia se atendieron 4 personas con trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 que consultaron a los servicios de salud, esta proporción viene creciendo año tras año desde el 2009” (Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental y Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles, 2018, p. 11), en suma, el indicador de tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento durante el 2018 es del 22,90 en mujeres y del 17,65 en hombres (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) cifras que resultan preocupantes pues en comparación con años anteriores muestran el crecimiento que han tenido estas patologías a lo largo del tiempo en la población colombiana.

Por otra parte, el CIE10 conocido como el manual diagnóstico que establece de forma general la clasificación de las enfermedades y trastornos que afectan la salud de las personas, es decir, el instrumento por el cual se definen los criterios más comunes que acompañan la aparición de enfermedades y padecimientos de forma que los distintos profesionales se refieran al asunto en los mismos términos, clasifica en diferentes categorías los distintos tipos de trastornos agrupándolos de acuerdo a características que estos comparten. En el caso específico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentran clasificados en la categoría de Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos con código F50.

Los trastornos clasificados en esta categoría son: Anorexia nerviosa (F50.0), Anorexia nerviosa típica (F50.1), Bulimia nerviosa (F50.2), Bulimia nerviosa atípica (F50.3), Hiperfagia a trastornos asociados a otros trastornos psicológicos (F50.4), Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos (F50.5), Otros trastornos de la conducta alimentaria (F50.8) y Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación (F50.9). Todos ellos están relacionados a conductas anormales con relación al consumo de alimentos, comportamientos frecuentemente auto inducidos o provocados de manera consciente por el paciente que pueden desencadenar déficits nutricionales, desequilibrios hormonales o en general descompensación en el metabolismo de la persona; se asocia el desarrollo de estos trastornos a factores sociales, culturales o personales.

Por su parte, el DSM-V hace una descripción más precisa acerca de estos trastornos y propone unas categorías diagnósticas distintas del CIE-10. En primer lugar, caracteriza los trastornos con la siguiente definición:

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 (Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2014, p. 329)

Además, el DMS-V incluye dentro de los trastornos los siguientes diagnósticos: Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones, Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado. En suma, señala que:

Algunos individuos con los trastornos descritos en este capítulo refieren síntomas similares a los que suelen atribuirse a las personas con trastornos por consumo de sustancias, como el ansia y los patrones de consumo compulsivo. Esta semejanza puede reflejar la implicación de los mismos sistemas neuronales, como los implicados en la regulación del autocontrol y la recompensa, en los dos grupos de trastornos. (APA, 2014, p. 329.)

El ya mencionado manual indica que hay distintos factores de riesgo asociados a estos desórdenes que pueden ser “genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos y que contribuyen al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental” (APA, 2014, p. 329), de manera que allí se ponen en consideración, además, las condiciones biológicas propias del individuo que tienen una incidencia en el comportamiento, así como la posible comorbilidad con otros trastornos como lo son el consumo de sustancias psicoactivas y el Trastorno Obsesivo Compulsivo, categorías clínicas con las cuales se comparten algunos criterios diagnósticos que dificultan en ocasiones la identificación del problema.

Se observa, que todas estas entidades patológicas se relacionan con exceso, falta o irregularidades en las pautas alimenticias que desarrolla el sujeto. Esta clase de trastorno se diagnostica mayormente en población femenina. Un estudio realizado en España identificó que de una población de 101 personas diagnosticadas con TCA el 93,6% de los casos son mujeres, con una media de edad de 29,9 años (Varela-Casal et al., 2011) situación que se relaciona tradicionalmente con los estereotipos de belleza que se han establecido en la cultura occidental donde se considera que las figuras esbeltas son más bellas. De acuerdo con Borrego (2015) “existe una paradoja en nuestra sociedad que incita a estar comiendo todo el tiempo mientras se enaltece a las modelos anormalmente esbeltas” (p. 17).

2.2 Antecedentes

Como ya se ha mencionado, los esfuerzos investigativos alrededor del tema se han enfocado en tres grandes categorías como factores de riesgo; los factores psicológicos, los familiares y los socioculturales. De estos se derivan distintas condiciones que son frecuentes en pacientes de TCA y que se consideran como posibles responsables del desencadenamiento de estos trastornos, así como de su mantenimiento a largo plazo. Así mismo, los estudios señalan que “la frecuencia de los TCA es mucho mayor en las mujeres que en los varones” (Varela-Casal et al., 2011, p. 18), no obstante, en la mayoría de ellos se tiene en cuenta la población masculina en una proporción mucho menor lo que se explica con diferentes razones en cada uno de estos.

Los estudios epidemiológicos apuntan a que el desarrollo y mantenimiento de TCA tienen una alta relación con la insatisfacción corporal ocasionada por factores socioculturales y familiares, así como con los mecanismos de procesamiento emocional que vienen dados tanto por las experiencias vividas como por los estilos parentales que se conoce influyen en el desarrollo de la personalidad de los sujetos; estos se constituyen como factores de riesgo que se encuentran profundamente interrelacionados por lo que es fundamental mantener una postura integral que reconozca todas estas conexiones mientras se hacen estudios de profundización en cada uno de ellos y más aún, obliga al investigador a considerar estas entidades patológicas como estructuras complejas que ameritan la exploración interdisciplinar con el fin de formular estrategias de prevención y control sobre el desarrollo de estas.

La primer gran categoría considerada como factor de riesgo abarca las condiciones socioculturales que provocan la insatisfacción corporal entendida como el malestar subjetivo que presenta el sujeto con respecto a la autoimagen que se ha creado y que compara con el ideal establecido por su grupo, por esta razón, es común a los TCA que:

Las personas que se encuentran alejadas del ideal corporal prevalente en nuestra sociedad pueden ser más vulnerables a la influencia de la publicidad que directa o indirectamente promueve el modelo de delgadez y esta condición las ubica en riesgo de desarrollar alguna psicopatología alimentaria (Franco et al., 2013).

Su necesidad de ajustarse al estereotipo corporal socialmente establecido los lleva a ejecutar actividades como la disminución de la ingesta de alimentos, episodios de atracones seguidos de actividades compensatorias como vomitar, o hacer ejercicio excesivo que alteran su funcionamiento normal tanto a nivel fisiológico como psicológico.

Por su parte, las condiciones psicológicas de los individuos es decir, el procesamiento emocional y la personalidad componen la segunda categoría de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de TCA; “diferentes estudios han confirmado la importancia del papel del neuroticismo en desórdenes alimenticios, siendo considerado uno de los más consistentes hallazgos en la literatura” (Castejón & Berengüí, 2020, p. 6), también, en el estudio realizado por Pascual et al. (2011) se concluyó que el conjunto de variables analizadas (ansiedad-rasgo, dificultad para identificar y expresar las emociones, baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones) pueden ser consideradas factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Estos estudios alrededor de las condiciones psicológicas de los sujetos abren paso a la tercera categoría de factores de riesgo, pues en gran medida parte del procesamiento emocional se construye a partir del núcleo familiar, de manera que se ha estudiado su influencia en el desarrollo y mantenimiento de TCA desde sus diferentes dimensiones, tales como, las dinámicas familiares, la composición familiar, las creencias morales y religiosas, así como la presión que estos pueden ejercer sobre los sujetos a nivel psicológico, las pautas alimentarias y los estilos de vida que se transmiten. La literatura al respecto señala que la disfuncionalidad familiar es una característica

frecuente en personas diagnosticadas con TCA, así mismo, Sainos-López et al. (2015) encontraron que:

Las familias en las cuales se presentan trastornos de la alimentación se han percibido a sí mismas como menos “apoyadoras” y más vulnerables a las relaciones conflictivas, así como con menor disposición a la expresión de emociones que en las familias en las que no hay este tipo de trastornos (p. 4).

Adicionalmente, Gómez et al. (2018) en su estudio con grupos clínicos y no clínicos de TCA observaron “síntomas de desórdenes alimenticios en madres y padres de pacientes con diagnóstico clínico de desorden alimenticio” (p. 386).

Los TCA se relacionan, además, en distintos niveles a los estilos de crianza que aplican los padres con sus hijos, en este caso especialmente en la forma como se transmiten los hábitos alimenticios en el grupo familiar y la relación que se enseña con la comida a través de estrategias para controlar la alimentación en donde es común la implementación de dos tácticas, la primera de ellas es la manipulación (positiva o negativa) y la segunda la violencia (refiriéndose a los castigos, la privación y los malos tratos). Un estudio realizado señala que “la manipulación aparece más frecuentemente en las etapas preescolares y primarias cuando los niños son más obedientes”. (Shevanoba, y Yablonska, 2019, p. 299)

Así las cosas, con la información disponible acerca de los TCA se observa una tendencia en el estudio de la constitución psicológica, los criterios socioculturales y las condiciones familiares como factores de riesgo que, si se presentan de manera conjunta en una persona, se espera aumenten la probabilidad de que desarrolle alguno de estos trastornos. Estos estudios realizados sobre el tema presentan dos grandes características que, a su vez, abren las posibilidades para realizar nuevos estudios que puedan ofrecer alternativas, la primera de ellas es que en su mayoría estas investigaciones son ex post facto pues se aplican los diferentes instrumentos de investigación a poblaciones que ya presentan diagnósticos clínicos, lo que limita la fiabilidad de predicción de sus resultados y la generalización de estos a la población no clínica. La segunda gran característica que se observa es que los estudios actuales, es que se encuentran publicados en el idioma inglés, mientras que en español la literatura es mucho menor, de manera que la población de habla hispana cuenta con recursos limitados acerca de los hallazgos novedosos que se han realizado con respecto

al tema ya que es frecuente encontrar publicaciones muchos más antiguas y en torno a problemáticas teóricas ya resueltas en vez de documentos que se encuentren a la vanguardia sobre los problemas actuales de investigación.

De lo anterior, resulta pertinente mencionar que los estudios hasta ahora realizados con respecto a los TCA se inclinan en distintas vías investigativas, por su parte la psicología ha asumido una comprensión integral del fenómeno reconociendo que existen factores sociales, personales y familiares en este, sin embargo, durante la revisión bibliográfica se identificó la variabilidad en las conclusiones que establecen los investigadores sobre el tema de forma aislada, pues no se puede observar una línea de profundización que guíe las investigaciones en general, sino que se asumen posturas distantes y no se establecen criterios de organización y categorización que mejoren el proceso investigativo. Además, existe poca información disponible alrededor de esto en el idioma español. No obstante, hay disponibles estudios en otros idiomas, sobre todo en inglés, razón por lo cual es pertinente llevar a cabo una revisión bibliográfica amplia y con énfasis en los factores de riesgo asociados a la familia que sirva como insumo para la realización de nuevos estudios críticos con información actualizada y válida, que le brinde a los profesionales un panorama conceptual sobre las indagaciones que se han hecho alrededor del mundo, los hallazgos que han arrojado esas indagaciones y así mismo la discusión que se halle vigente. Esta revisión, además, ofrece un beneficio colateral para continuar con la comprensión del fenómeno por parte de los investigadores de habla hispana que les permita contribuir con la formulación de estrategias en pro de prevenir el desarrollo de estos trastornos y promover comportamientos saludables con relación a las pautas familiares y estilos de alimentación.

2.3 Problema de investigación

Con base en lo expuesto y teniendo en cuenta la importancia de contar con información válida, confiable y actualizada concerniente a los TCA y sus factores de riesgo y mantenimiento, me propongo como pregunta de investigación cuáles son los hallazgos con respecto al lugar de la familia como factor de riesgo para el desarrollo de TCA, por medio de una revisión rigurosa de la información disponible en los idiomas español e inglés.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

Construir un estado del arte con respecto al lugar de la familia, como factor de riesgo, para el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2.4.2 Objetivos específicos

Rastrear, en bases de datos bibliográficas, textos que hayan sido publicados entre el año 2000 y 2021, sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (epidemiología) y también los que relacionen familia y Trastornos de la Conducta alimentaria.

Identificar los hallazgos más relevantes sobre la relación entre familia y los TCA, desde las tendencias, las problemáticas y las justificaciones que se han dado sobre el asunto.

Evaluar críticamente el papel de la familia como posible factor de riesgo de los TCA.

Categorizar y agrupar los datos recolectados articulándolos a un sistema integral de información acerca de familia y TCA.

2.5 Justificación

Los trastornos mentales afectan la calidad de vida de quienes los padecen, la prevalencia de estos ha aumentado con el pasar de los años disminuyendo la tasa de esperanza de vida en la población colombiana. Por su parte, los TCA en particular afectan principalmente a la población femenina y se asocian a los estereotipos sociales que exigen cuerpos con características particulares, sin embargo, a través de las investigaciones que se han realizado, se ha encontrado que existen otros factores de riesgo tales como las dinámicas familiares. Este hallazgo, amerita la profundización que aumente los conocimientos de los profesionales en la materia, de forma que puedan construirse estrategias de prevención, intervención y de seguimiento con el objetivo de tratar terapéuticamente a las personas diagnosticadas, corregir tempranamente las condiciones de riesgo y convertir el núcleo familiar de agente de riesgo a agente protector de TCA además, de desarrollar nuevos tratamientos terapéuticos más efectivos, que incluyan a los miembros de la

familia impactando de manera positiva la calidad de vida de las personas que ya han desarrollado alguno de estos trastornos y disminuyendo las probabilidades de desarrollo de TCA en las futuras generaciones. Por otra parte, esta investigación contribuye a la sistematización y definición de conceptos específicos con relación a la problemática, a través de la categorización de los hallazgos reportados por los distintos investigadores, lo que a su vez ordena el panorama permitiendo conocer los vacíos conceptuales e investigativos para orientar futuros estudios en el tema que no redunden en lo ya conocido, sino que exploren los campos que han sido relegados o ignorados. Por lo anterior, resulta conveniente llevar a cabo una revisión bibliográfica rigurosa sobre los estudios realizados tanto en idioma español como inglés que agrupe los elementos principales del tema y que brinde datos actualizados al respecto que le permitan a los investigadores contar con una fuente básica de información válida y completa.

3 Marco referencial

3.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria

A lo largo de este trabajo se entendieron los Trastornos de la Conducta Alimentaria como alteraciones en los patrones comportamentales que se relacionan al consumo de alimentos de manera atípica o poco saludable, que como lo mencionan Méndez et al. (2008) se dan en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Las entidades diagnósticas que pertenecen a esta categoría varían de acuerdo con el manual diagnóstico que se considere, sin embargo, existen algunas de ellas que aparecen constantemente independientes del modelo teórico. Estas hacen una representación muy acertada de los principales criterios que hacen parte de la sintomatología de estos trastornos. En particular, al comparar el DMS-V y el CIE-10, se encontraron en común los siguientes trastornos: Pica, anorexia nerviosa, anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa y bulimia nerviosa atípica.

El Pica es el nombre dado al trastorno que provoca en las personas “la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes que es suficientemente grave como para justificar la atención clínica” (APA, 2014, p. 330), además, este trastorno es de particular cuidado pues debe identificarse claramente que la conducta no hace parte de costumbre culturales, así como que no es acorde a la edad del paciente. Es decir, no debe diagnosticarse Pica cuando la ingestión de estas sustancias no alimentarias viene dada por costumbres o creencias socialmente aceptadas por el grupo de referencia del paciente, ni cuando la conducta se da en niños menores de dos años pues es posible que no exista allí realmente un trastorno.

La anorexia nerviosa se caracteriza por “la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso” (APA, 2014, p. 339), es de aclarar, que la restricción de la ingesta es auto inducida, que se provoca con la intención de perder peso y que acostada de ello las personas diagnosticadas con esta psicopatología suelen mostrar desnutrición, lo que a su vez les desencadena diferentes tipos de consecuencias negativas en su salud tales como: amenorrea en mujeres, fatiga, disminución de la frecuencia cardíaca, mareos, miedos, ansiedad,

entre otros. Por su parte, la anorexia nerviosa atípica se diferencia únicamente porque el paciente no presenta un peso por debajo del que debe tener.

La bulimia nerviosa está principalmente representada según la (APA, 2014) por los episodios recurrentes de atracones, los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal. Los denominados atracones, se entienden como la sobre ingesta de alimentos en un corto periodo de tiempo que se ve provocado por una pérdida del autocontrol por parte del paciente, que posteriormente viene seguido de sentimientos de culpa y miedo que llevan al sujeto a ejecutar actividades que de alguna manera compensen el exceso de alimentos ingeridos. Estas actividades van desde: ejercicio físico excesivo, privación de la alimentación, vómito y el consumo de purgantes. En contraste, la bulimia nerviosa atípica tiene como particularidad, que no se presentan todos los criterios diagnósticos antes mencionados, por lo general falta uno.

En retrospectiva, puede notarse que estas psicopatologías están definidas desde un modelo clínico, que busca brindar una mirada objetiva e integral a través del establecimiento de criterios específicos que el sujeto debe cumplir a manera de lista de chequeo para que pueda ser diagnosticado y posteriormente tratado de acuerdo con ese diagnóstico. Los TCA en general, se cree que son la consecuencia de una etiología multifactorial, entre ellos, los más reconocidos son los factores socioculturales y ambientales, sin embargo, también se han estudiado otros factores como lo son la genética, la familia y el género, lo que ha provocado la apertura a campos de investigación antes ignorados o desconocidos. Por ejemplo, “se ha iniciado la identificación y comprensión de las moléculas que participan en el control tanto del apetito como de la saciedad, así como aquellas que intervienen en la homeostasis energética” (Méndez et al., 2008, p. 581).

A nivel psicológico, ha primado el estudio sobre el impacto que tienen los estereotipos de belleza y las exigencias culturales, en el desarrollo de los TCA, los diferentes estudios apuntan a que estos, son “más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta” (Méndez et al., 2008, p. 581), esta tendencia en la prevalencia se asocia generalmente a que:

Estamos viviendo en una sociedad marcada por una valoración de la figura que prioriza la apariencia externa por encima de cualquier otro valor, donde las jóvenes hoy en día pierden la autonomía y la confianza en sí mismas, porque tienen una imagen distorsionada de su persona y se exige perfección en el aspecto corporal. (Borrego, 2015, p. 15).

No obstante, Méndez et al. (2008), han evidenciado además, que “las relaciones que los padres (específicamente las madres) mantienen con sus hijas, durante la infancia y la adolescencia, son cruciales para el posterior desarrollo psicológico y social de éstas” (p. 582), esto es importante ya que la capacidad para manejar adecuadamente las emociones y las relaciones familiares son consideradas hoy objeto de estudio para comprender mejor estas estructuras patológicas, su etiopatogenia y las posibles estrategias de tratamiento que puedan resultar más eficaces.

3.2 Familia

Esta investigación se interesó por el concepto de familia, el cual a través de la historia ha sido estudiado desde diversas perspectivas teóricas. Algunas de las más conocidas definidas son la interaccionista en donde las familias crean ciertas paas con las que se relacionan unos con otros con el fin de lograr objetivos colectivos o individuales, la sistémica en la que la familia es como un sistema orgánico que tratando de mantener el equilibrio ante las presiones externas y finalmente, la de construcción social, en esta perspectiva, “las familias son una forma de interpretar y organizar las relaciones sociales” (Iturrieta, 2001, p. 64).

De cada una de estas perspectivas se derivan a su vez otras propuestas que buscan dentro de una macroestructura, abordar de la mejor forma posible el concepto de familia, teniendo en cuenta que es una tarea de alta complejidad debido a todos los factores que intervienen en la composición de un núcleo familiar, sumado a los nuevos retos que ha traído la actualidad. Así las cosas, resultó pertinente establecer como modelo teórico diferenciado desde el cual se pensó la familia para esta investigación en particular, de manera que los hallazgos se interpretaron objetivamente, bajo lineamientos teóricos previamente establecidos y las conclusiones fortalecieron esa concepción de familia, e identificaron falencias en la misma.

Se seleccionó el modelo sistémico como el más indicado para estudiar la relación entre TCA y familia, por esta razón, se hizo necesario ahondar sobre el mismo, sus postulados, sus

aportes y las críticas alrededor de este. Como se mencionó anteriormente, la familia entendida como un sistema, tiene como finalidad el mantenimiento de un equilibrio, esta concepción surge en el ámbito de las ciencias naturales y ha sido pródigamente empleada para la explicación de los fenómenos sociales (Iturrieta, 2001), para ello, se ha entendido la sociedad y la familia como sistemas y el sistema familia tiene como función preparar o integrar adecuadamente a los sujetos al sistema social, de manera que se produzca un equilibrio aún con los constantes cambios que estos sufren.

De esta corriente teórica, surgen: la teoría del desarrollo familiar, la ecología del desarrollo humano y la teoría de los sistemas familiares. La primera de ellas postula la familia como un sistema que debe pasar por diversas fases (lo que denomina ciclo vital de la familia) por ejemplo: el nacimiento de los hijos, la adolescencia de los hijos, la edad avanzada de los padres, entre otros, en donde cada integrante del sistema familiar cumple un rol de acuerdo con la etapa en que se encuentre la familia en general. Esta teoría presenta grandes dificultades en cuanto a su alcance, pues como es bien sabido, no todas las familias atraviesan por las mismas etapas, ni en el mismo orden, además, supone una estructuración familiar bastante cerrada, asunto que hoy día tampoco puede generalizarse.

La segunda teoría, la del desarrollo humano, surge de la fenomenología, de ahí que su comprensión de la familia sea enteramente subjetiva, en donde se le da prioridad al discurso de los sujetos, para establecer significados acerca de las relaciones familiares, de quienes ven como participantes de esas relaciones y de la organización de la familiar, que se corresponde también en gran medida al discurso social que existe sobre ella. Finalmente, la tercera teoría, denominada de los sistemas familiares, parte de la premisa original de la macroestructura (la teoría sistémica de la familia) determinando que en un sistema todas las partes deben ser tenidas en cuenta, no de forma individual sino en función de la totalidad.

En consecuencia, puede decirse que las acciones de cada integrante tienen un impacto en el resto del sistema, que provocan una respuesta a modo de retroalimentación y esta última, modifica la forma de pensar y por ende el comportamiento de los integrantes de la familia, de manera que eso explica en cierta medida las características diferenciadoras de cada sistema. Esta forma de comprender las familias, indica que son sistemas dinámicos y, por ende, no pueden estudiarse a partir de fases, o criterios únicos y específicos que posiblemente no se den en todas las familias,

sin embargo, sí pueden discriminarse las tendencias específicas a cada familia, prever la forma en que responderán a un tipo de situación de acuerdo con su historia de funcionamiento previa.

Algunos de los conceptos básicos de esta teoría son: el sistema “en una familia, obviamente, los elementos componentes serían los miembros individuales de la familia y, puesto que los elementos de un sistema son interdependientes, las conductas de los miembros de la familia se influirán mutuamente” (Iturrieta, 2001, p. 41), la jerarquía que “se refiere a la ordenación que existe al interior de las familias y en la sociedad” (Iturrieta, 2001, p. 42), los límites, los cuales “definen el sistema familiar y representan el punto de contacto con su entorno” (Iturrieta, 2001, p. 42), estos pueden ser rígidos, flexibles, difusos o claros, la retroalimentación y el control debido a que “las acciones de los miembros de las familias, ocasionan otras conductas al interior de las mismas, que afectan el funcionamiento de todo el sistema familiar” (Iturrieta, 2001, p. 43) que puede ser a su vez negativo o positivo.

Esta perspectiva teórica permite estudiar las relaciones intrafamiliares, las características internas de las familias, la cohesión e integración que existe entre los miembros y, además, tiene en cuenta la influencia de otros sistemas más grandes o pequeños sobre el sistema familiar. No obstante, el amplio alcance de sus postulados provoca la posible ambigüedad en estos ya que abarcan grandes cantidades de situaciones y sus explicaciones pueden no ser tan precisas. Esta teoría, resulta entonces una buena herramienta para el estudio de la familia en relación con los TCA teniendo en cuenta que, lo que principalmente se desea conocer es como la interacción entre los distintos miembros de la familia pueden resultar como factores de riesgo o factores protectores para estos trastornos.

3.3 Relación entre TCA y familia

Ahora bien, una vez conceptualizadas las dos categorías de estudio de esta investigación, es prudente revisar las construcciones teóricas disponibles alrededor de las posibles relaciones que existen entre ellas. Como se ha mencionado ya, los estudios sobre TCA señalan la existencia de múltiples factores de riesgo, agrupados generalmente en tres grandes categorías, las condiciones socioculturales, las condiciones psicológicas y la familia, esta última desde asuntos como: los estilos de crianza, las dinámicas intrafamiliares, la cohesión, flexibilidad y comunicación familiar, el ambiente familiar, la relación madre-hija/o, entre otros. Los resultados son tan diversos como

los investigadores, debido a la diferencia conceptual desde las que se llevan a cabo los estudios, por este motivo, a continuación, se destacan algunas de las discusiones más frecuentes.

De acuerdo a Rodgers y Chabrol (2009) “la investigación sugiere una relación entre la crianza parental percibida y el desarrollo de ciertas formas de psicopatología” (citados en Borda et al., 2019, p. 12), algunos autores han relacionado los estilos maternos de rechazo con la aparición de TCA en los hijos, “en otras palabras, cuanto mayor es el rechazo o desaprobación materna percibida, mayor es la probabilidad de que se desarrolle hábitos alimentarios inadecuados” (Borda et al., 2019, p. 18), también se ha observado que algunas personas con diagnóstico de TCA describen relaciones de crianza en donde se da la sobreprotección, el infantilismo y la dependencia para la toma de decisiones. Estos resultados, aunque a simple vista son contradictorios, lo que señalan es que los estilos de crianza anormales en cualquier extremo, “tienen un cierto grado de influencia en el desarrollo personal, las alteraciones emocionales y los TCA” (Borda et al., 2019, p. 19).

Por otra parte, de acuerdo con Sainos-López et al. (2015), se ha encontrado que los padres de las adolescentes con TCA generalmente presentan dificultades en su relación conyugal, se cree que la mala relación podría influir negativamente en los hijos y crear un proceso circular en el que la expresión de los TCA podría exacerbar las dificultades entre los padres. Sin embargo, estas características no son propias de todos los casos, por esta razón, Sainos-López et al. (2015), afirman además que, “al interior de la comunidad científica, la asociación entre el funcionamiento familiar y la presencia de trastornos de la alimentación es un tópico que crea controversia” (p. 55), esto debido a los resultados contradictorios e inconsistentes acerca de posibles patrones predictivos en el funcionamiento familiar.

Otras investigaciones, se han decantado por estudiar propiedades más específicas en las familias. Este es el caso de Fernández et al. (2015), quienes abordaron el asunto de investigación desde el modelo circunplejo, el cual se enfoca en tres rasgos familiares específicos. El primer rasgo de ellos es la cohesión “definida como los lazos familiares que los miembros de la familia tienen entre sí” (p. 154) y a partir del cual se clasifica además en cinco categorías el nivel de funcionamiento familiar que existe, entre problemático y óptimo. El segundo rasgo es la flexibilidad “definida como la capacidad de cambio en el liderazgo familiar, los roles y las reglas del sistema” (Fernández et al. 2015, p. 154), en este también se identifican cinco niveles en el que cualquiera de los extremos es negativo.

El tercer rasgo y último es la comunicación, “definida por las habilidades de comunicación positiva (mensajes claros y congruentes, empatía, frases de apoyo y habilidades efectivas para la resolución de problemas)” (Fernández et al. 2015, p. 154), esta dimensión se considera está mediada o influida por las dos anteriores, de manera que, si hay cohesión y flexibilidad en niveles adecuados, también así será la comunicación. Esta investigación introduce consideraciones importantes al tema de investigación, teniendo en cuenta que valora de manera individual dimensiones teóricas de las familias y las contrasta entre sí, atribuyéndole significados y valoraciones a la problemática que resultan muy interesantes y que además deben ser profundizados y validados con más investigación.

Actualmente, se habla entonces de la familia como un factor que interviene en la etiología de los TCA, se postula que los pacientes diagnosticados suelen percibir su ambiente familiar con dificultades, bien sea porque las relaciones con los padres (sobre todo con la madre) tienen características negativas, o porque las dinámicas en general en el sistema familiar son insanas, ligadas a comportamientos de desprecio o de sobreprotección, que en cualquiera de los casos afectan el desarrollo psicológico de los pacientes, teniendo en cuenta que dificultan la madurez de procesos psicológicos tales como: la formación del auto concepto, el desarrollo del autoestima, la capacidad para manejar y expresar emociones, el desarrollo de habilidades para entablar relaciones sociales saludables, la capacidad para tomar decisiones, el autocontrol, entre otras.

Por otra parte, si se piensa lo anterior desde una perspectiva opuesta, es posible considerar la familia como un factor protector contra el desarrollo de psicopatologías, pues si el ambiente familiar es sano, las relaciones entre los integrantes del sistema son adecuadas y recíprocas, si las dinámicas familiares tienen cohesión y hay un buen nivel de comunicación se esperaría que las personas se desarrollen psicológicamente de una forma adecuada, de manera que todos aquellos procesos que se mencionaron anteriormente, llegarían a su madurez correctamente, haciendo que el sujeto sea saludable mentalmente, esto es, sea una persona fuerte y sana. Es de aclarar, que para la anterior afirmación no se tienen en cuenta la otra inmensidad de factores que se deben poner en consideración para hablar de “estar sano”, pues no son objeto de interés para esta investigación.

Para finalizar, es necesario considerar las problemáticas halladas en las investigaciones realizadas sobre TCA y familia. La principal es la que viene dada por la población objeto de estudio y es que las investigaciones se hacen sobre población ya diagnosticada, esto representa un problema porque dificulta establecer conclusiones generalizables acerca de si los pacientes desarrollan TCA

por estas dinámicas familiares o si estas dinámicas aparecen como respuesta al TCA. La segunda problemática hace referencia a la concepción teórica desde la que se estudia el asunto, ya que los estudios se han llevado a cabo de forma indiscriminada y aislada, de manera que, la información que se ha obtenido no se encuentra agrupada bajo un marco teórico específico, sino que está dispersa.

4 Metodología

4.1 Enfoque

La investigación es “un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p.4) y de ella surgen dos enfoques principales el cuantitativo y el cualitativo. Este trabajo investigativo en particular se abordó desde el enfoque cualitativo el cual:

Trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, y produce datos que comúnmente son considerados más “ricos y profundos”, no generalizables en tanto están en relación con cada sujeto, grupo y contexto, con una búsqueda orientada al proceso. (Souza et al., 2013, p. 88)

La selección de este enfoque vino dada por su utilidad en el estudio del fenómeno que se plantea y así mismo por la relevancia específica que tiene la investigación cualitativa para el estudio de las relaciones sociales (Flick, 2007), este asunto es transversal al estudio documental propuesto teniendo en cuenta que más allá de hacer una revisión sistemática de la información, se buscó comprender las formas en que se ha abordado la relación existente entre Familia y TCA, los hallazgos y conclusiones que se han ocasionado con base a estas formas y finalmente ofrecerle a la comunidad profesional en el tema una exploración profunda del fenómeno que brinde herramientas para mejorar las estrategias de prevención, identificación y tratamiento del mismo en la sociedad actual.

4.2 Método

El método seleccionado para este proyecto fue la investigación documental la cual se define de acuerdo con Tancara (1993) como una “serie de métodos y técnicas de búsqueda, procesamiento y almacenamiento de la información contenida en los documentos, en primera instancia, y la presentación sistemática, coherente y suficientemente argumentada de nueva información en un documento científico, en segunda instancia.” (p. 94.), esto es, la revisión, análisis y recopilación

de información que se encuentra distribuida en registros escritos con el fin de categorizarla y analizarla con un fin dado. Este método viene estructurado por distintas etapas en las que se seleccionan los temas de búsqueda, se determinan los lugares (físicos o virtuales) donde se va a buscar la información, se establecen criterios de selección e inclusión de acuerdo con los hallazgos preliminares de la búsqueda y finalmente se estudian los registros seleccionados a detalle.

Por otra parte, una característica fundamental de este método es que no exige que el investigador haga parte del fenómeno que está estudiando, de manera que permitió que se examinaran fenómenos sociales, sin la necesidad de provocar o controlar las condiciones en que estos se producen, a través de los registros que ya se han logrado por medio de investigaciones previas, analizando la información a la luz de las distintas teorías. Lo anterior representa una ventaja para este proyecto pues permitió, la agrupación de distintas fuentes de información, acerca de un fenómeno que se da a través del ciclo vital de las personas y que en consecuencia es costoso y difícil de estudiar. Además, facilitó la conceptualización teórica del problema desde diversos enfoques.

4.3 Estrategia

Este proyecto de investigación empleó como estrategia el estado del arte, “investigación de carácter documental que tiene como objetivo recuperar sistemática y reflexivamente el conocimiento acumulado sobre un objeto o tema central de estudio” (Galeano, 2014, p. 141) sus métodos y técnicas son similares a otras clases de investigaciones documentales, sin embargo, en esta estrategia:

Los textos son "entrevistados", mediante preguntas sobre temas recurrentes y olvidados; teorías que han influenciado la producción de materiales; autores representativos de corrientes de pensamiento; tipos de documentos producidos en épocas históricas específicas, y modelos metodológicos, perspectivas, tendencias y líneas de trabajo presentes en el tratamiento de las temáticas. (Galeano, 2014, p. 143).

Esta forma particular de abordar la investigación resultó útil para el presente proyecto teniendo en cuenta que se buscó generar un conocimiento más consciente de los vacíos y las demandas sociales enmarcadas en el fenómeno estudiado, que merecen ser intervenidas por los profesionales.

4.4 Técnicas de recolección de información

La particularidad de las investigaciones documentales es que ya cuentan con la información científica o académica que es la materia prima del estudio, y que le permiten al investigador formular sus propios análisis a partir del muestreo documental que se lleva a cabo. Entre ellas, la técnica de recolección para este proyecto de investigación fue la revisión documental definida por (Galeano, 2014) como una técnica para rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se van a utilizar como materia prima de la investigación. Esta técnica subdivide el material registrado en dos tipos de fuentes: las primarias en archivos públicos (locales, regionales y nacionales) o en archivos privados y de baúl. Contienen documentos históricos y de "primera mano", fotografías, mapas, cartas, declaraciones, procesos judiciales, documentos notariales y eclesiásticos. Y las secundarias, denominadas también "otras versiones", incluyen monografías, informes de investigaciones, biografías, cartografías, memorias de personajes, y obras generales sobre la región o el grupo que se investiga.

Esta técnica satisface las necesidades de la investigación teniendo en cuenta que busca llevar a cabo una revisión sistemática y rigurosa de la información, que después es registrada en fichas técnicas que facilitan la elaboración de un plano en el que se ubican los estudios realizados en referencia a las categorías conceptuales propuestas para este trabajo, de manera que fue posible establecer relaciones entre ellas a partir de las inferencias y los análisis que se hicieron sobre las mismas. Fue una excelente estrategia para darle manejo a la información de manera flexible pues permitió compararla, revisarla, depurarla, y, sistematizarla para el uso que se requirió en los distintos momentos de la investigación.

4.5 Población y muestra

Este trabajo investigativo tuvo como población todos los registros académicos y científicos en los que se han trabajado las categorías conceptuales (Familia, TCA y Familia en relación con

TCA), que se encontraron disponibles al momento de hacer el rastreo en las bases de datos bibliográficas electrónicas disponibles a través del repositorio electrónico de la Universidad de Antioquia, y de otros motores de búsqueda online. La muestra incluyó los documentos publicados entre los años 2000 y 2021, esto con el objetivo de recoger la información novedosa alrededor del asunto. Por otra parte, se tuvo en cuenta únicamente documentos en los idiomas español e inglés, ya que se espera facilitar el acceso de la población de habla hispana a la producción científica acerca del asunto que se encuentra en inglés.

4.6 Plan de recolección de la información

Se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos bibliográficas electrónicas disponibles a través del repositorio electrónico de la Universidad de Antioquia, y de otros motores de búsqueda online. Estas a través de las palabras claves como: familia, TCA y familia y TCA, factor de riesgo TCA, desórdenes alimenticios, bulimia y anorexia. Los anteriores términos, fueron también utilizados en su traducción al idioma inglés. Esto significa que la recolección de la información se llevó a cabo por medio de herramientas virtuales.

Adicionalmente, la búsqueda se realizó en archivos académicos y científicos publicados entre los años 2000 y 2021 con la finalidad de analizar el fenómeno desde las discusiones más recientes disponibles de manera que el producto de esta investigación sea una valoración vigente del asunto que le brinde a los profesionales las herramientas necesarias en los diferentes campos de estudio e intervención del fenómeno. Con esto se construyó un insumo que sirve para que los académicos se orienten en la discusión actual del problema y a partir de allí encaminen sus análisis, y que los clínicos, fortalezcan sus estrategias prevención y tratamiento de estos trastornos.

4.7 Plan de análisis de la información

A través del análisis de contenido el cual “permite descubrir la estructura interna de la comunicación (composición, organización, dinámica) y el contexto en el cual se produce la información” (Galeano, 2014, p. 123) se llevó a cabo el análisis de la información obtenida a través de la técnica de recolección ya planteada. De acuerdo con lo propuesto por Galeano (2014) esto implicó llevar a cabo una serie de pasos en los que se definen asuntos trascendentales para el

análisis y entre los cuales se encuentran: definir el objetivo de la investigación, determinar el objeto de estudio, seleccionar las unidades de registro y de análisis, realizar la interpretación de los datos, codificar los datos y finalmente elaborar las conclusiones.

4.8 Unidad de análisis

Familia, Trastorno de la Conducta Alimentaria y Familia en relación con Trastorno de la Conducta Alimentaria.

5 Resultados

A continuación, se describen los hallazgos obtenidos de la investigación realizada sintetizados en las categorías abordajes psicopatológicos, factores de riesgo, apego, estilos de crianza, relación parental y funcionamiento familiar, y las subcategorías de cada una de ellas que se explican de manera sucinta recogiendo la información relevante de cada una. Ver Figura 1.

Figura 1

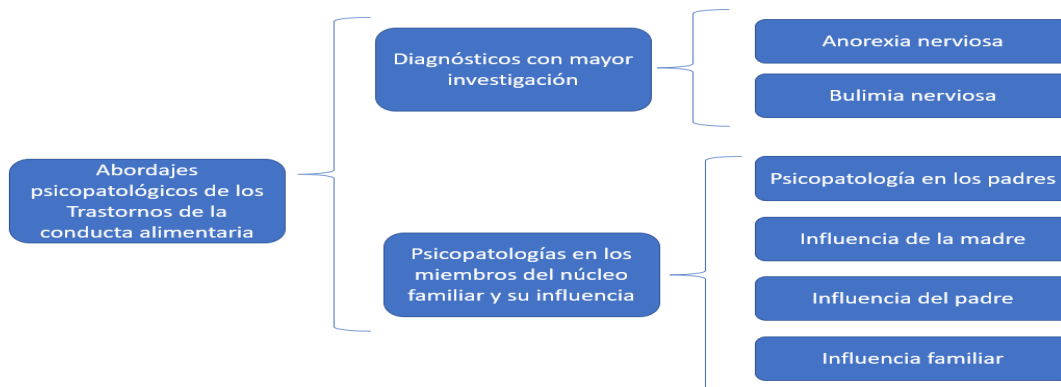
Categorías de los TCA y Familia



5.1 Abordajes psicopatológicos

Figura 2

Enfoques psicopatológicos de los TCA respecto a la familia.

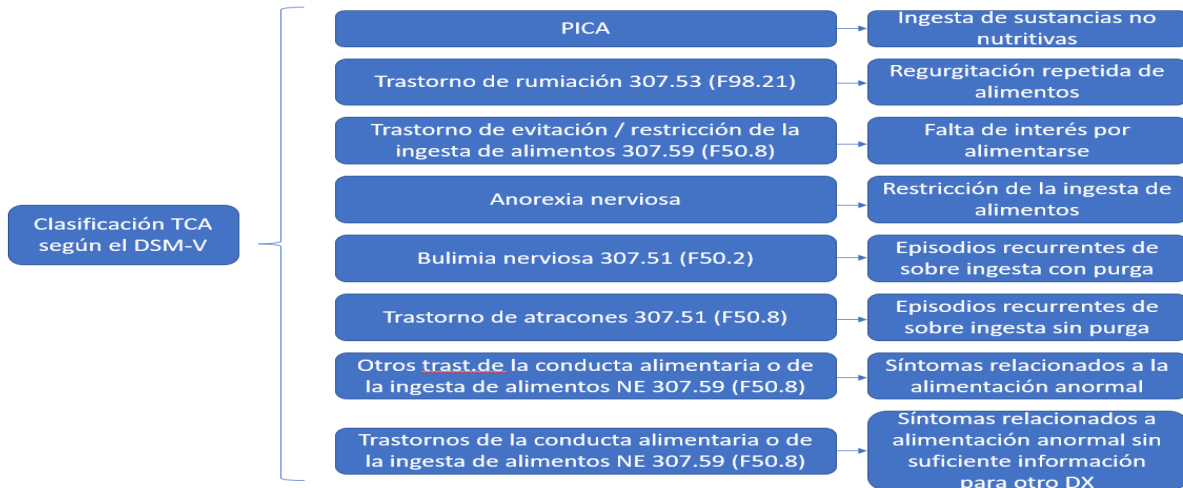


Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido clasificados como entidades psicopatológicas debido a sus principales características, las cuáles giran en torno a patrones desadaptativos o anormales de comportamiento en relación con la alimentación, que afectan la vida cotidiana de quienes los padecen debido a las implicaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que conllevan. Esto hace que el estudio de estos desórdenes se dé no solo en el campo psicológico sino además médico, es decir, en términos biológicos, que permitan comprender las estructuras químicas y físicas del cuerpo humano que pueden estar alteradas por el trastorno o viceversa, que el trastorno pueda estar alterando, para que con esta información se creen estrategias de prevención, así como tratamientos más integrales que ayuden a los pacientes a superar o sobrellevar su padecimiento.

La investigación al respecto predomina sobre dos psicopatologías en particular, la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), ambas con propiedades clínicas muy diferentes pero que en esencia se diagnostican en grupos poblacionales con características muy similares. Mujeres entre la adolescencia y la adultez temprana, que responsabilizan de su enfermedad a factores socioculturales y familiares. Sin embargo, el cúmulo de información que se ha obtenido a lo largo de las investigaciones clínicas apunta a factores específicos que pueden asociarse al riesgo de desarrollo y al mantenimiento de estos desórdenes, entre ellos los principales son: la psicopatología parental, es decir, que los padres tengan o hayan tenido algún trastorno psicopatológico (alimenticio o no) en su vida, la influencia del funcionamiento familiar alterado, y la influencia de la madre y del padre (aún sin psicopatología presente), siendo este último el menos estudiado. Basado en lo anterior, para comprender mejor los TCA es prudente ahondar sobre las entidades clínicas más comúnmente diagnosticadas y así mismo, en los factores que más se han observado en interacción con estas enfermedades, de manera que se comprenda el estado actual del conocimiento científico que se tiene alrededor del asunto.

Figura 3

Clasificación diagnóstica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del DSM-V



5.1.1 Anorexia Nerviosa

Este tipo de trastorno está clasificado en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 como un TCA caracterizado por la restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo, el miedo intenso a ganar peso o a engordar y la alteración en la forma en que se percibe el propio peso o la constitución. (APA, 2014) Este trastorno se asocia con delicados problemas de malnutrición debido a la baja ingesta de calorías que afectan diferentes sistemas fisiológicos, por lo que es común que por su causa se dé amenorrea (en las mujeres), disminución de la presión, disminución del ritmo cardíaco y otros síntomas. Adicionalmente, se ha establecido que este diagnóstico tiene comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares.

En general, la anorexia nerviosa al igual que el resto de los desórdenes alimentarios tiene una etiología multifactorial, por lo que se considera tanto la familia, la cultura y la fisiología nerviosa como elementos que pueden desencadenar el desarrollo de ésta, más aún, se ha planteado que la mezcla de estos factores puede aumentar la probabilidad de padecer esta enfermedad. Por ejemplo, a nivel familiar se ha observado que las pacientes de AN suelen tener una percepción más negativa del funcionamiento de los integrantes en su grupo familiar que las personas sin este diagnóstico, describiéndolos como “altamente desconectados, enredados y rígidos, mientras que la cohesión y la calidad de la comunicación se percibe como baja” (Tafá et al., 2016, p. 36).

Este último asunto de la comunicación es transversal en las investigaciones, ya que a partir de esta es que se transmiten “adaptaciones generacionales, creencias y expectativas que, a su vez,

influyen en la forma de percepción de una crisis y en la búsqueda de soluciones de esta” (De Antonio, 2020, p. 29). Es reiterativo la queja a cerca de la forma en que la familia enfrenta la enfermedad, tanto desde la perspectiva de quien la sufre, como de sus padres, estos últimos, reportan dificultades para comprender su rol dentro del diagnóstico y el tratamiento, pues no se perciben a sí mismos como factores de riesgo o mantenedores de la enfermedad, lo que dificulta la intervención porque como se encontró en Mota et al, (2021) “el comportamiento alimentario parece estar apuntalado a dos impulsos paradójicos y simultáneos del adolescente: tratar de controlar a los demás y resistirse a ser controlado por los demás” (p. 6).

Esto explica en cierta medida como es que la población más afectada por este diagnóstico clínico se encuentra en la edad adolescente, fase en la que se es muy sensible a todas las alteraciones del ambiente debido a los procesos propios de esa etapa del ciclo vital por la que atraviesan todos los seres humanos. Se encontró también, que para las personas con AN “la comida parece ser un vector de intrusión paternal, obstaculizando la autonomía del paciente” (Mota et al., 2021, p.6) lo que aumenta la dificultad en la comunicación de quien sufre la enfermedad hacia su familia; además, dificulta en sus padres, la capacidad de identificación de síntomas propios de AN, que no son signo únicamente de rebeldía propia del momento vital por el que atraviesan.

Por otra parte, no debe ignorarse la incidencia de condiciones clínicas que pueden ser heredadas o transmitidas por los padres a sus hijos, esta posibilidad cobra gran relevancia en el problema pues implicaría que de alguna forma los hijos de padres con algún diagnóstico clínico tienen mayor predisposición a desarrollar una psicopatología alimentaria, bien sea por herencia genética lo que implica, la posibilidad de que existan zonas del sistema nervioso que se encuentran específicamente relacionadas con este trastorno, o bien sea por o por el aprendizaje de patrones de comportamiento disfuncionales que se observan en los padres y que se internalizan dentro del repertorio conductual.

Por último, el factor sociocultural, este tiene un gran impacto en las personas que pertenecen a culturas que valoran la belleza en relación con la delgadez. En estos entornos las personas se desarrollan entre la ambivalencia de estar delgado y consumir alimentos hipercalóricos y poco nutritivos, la cual provoca grandes conflictos internos en los individuos, que sumados a las condiciones familiares y genéticas que ya han sido mencionadas, entorpecen la capacidad de discernimiento en los individuos sobre lo que está bien para sí mismo, en términos de salud y bienestar biopsicosocial.

5.1.2 *Bulimia nerviosa*

En el caso de la bulimia nerviosa, el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 la ha descrito como un TCA caracterizado por episodios recurrentes de atracón, entendido este como la ingestión de una cantidad de alimentos superior a lo normal en un lapso de tiempo determinado, acompañado de la sensación de la pérdida de control sobre esa ingesta y comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, ambos criterios se dan en al menos una vez en la semana (APA, 2014). La sobre ingesta de alimentos que frecuentemente son hipercalóricos, provocan sobrepeso en quienes padecen de este trastorno, por su parte, las conductas compensatorias pueden variar entre la privación de consumo de alimentos, inducirse al vómito o consumir laxantes y hacer deporte en exceso.

Todas las anteriores, provocan daños colaterales en el cuerpo de los sujetos, por lo que es común que la persona con bulimia presente amenorrea (mujeres), deficiencias nutricionales, fluctuaciones anímicas, dependencia de los laxantes para los movimientos intestinales, daños esofágicos, síntomas gastrointestinales, entre otros. Este trastorno, al igual que la anorexia suele aparecer en la adolescencia o la adultez temprana, y la aparición de los atracones se relaciona comúnmente con estímulos estresantes en quienes lo padecen. Se ha observado comorbilidad con síntomas depresivos, bipolares, y algunos trastornos de la personalidad entre ellos el más frecuente el de personalidad límite.

Este trastorno, tiene complicaciones importantes debido a la cantidad de variaciones sintomáticas que aparecen en los pacientes, Gómez et al. (2018) señalan que sus estudios “muestran evidencia de niveles más altos de deterioro psicológico en pacientes de BN comparado con pacientes de otros ED” (p. 385), sin embargo, los factores de riesgo asociados a su desarrollo son similares a los demás TCA, siendo estos familiares, sociales y genéticos. No es posible aún determinar si alguno tiene una incidencia mayor sobre otro, pero sí se conoce que unidos favorecen el mantenimiento de la enfermedad y dificultan su tratamiento, por lo que es fundamental profundizar mucho más en la comprensión de esta enfermedad teniendo en cuenta la cantidad de consecuencias médicas que desencadenan en las personas que la padecen.

Hasta el momento, hallazgos de exploraciones sobre la bulimia nerviosa a partir de interacciones gen – medio ambiente, apuntan a una activación de susceptibilidades constitucionales

relacionadas tanto con el estrés social como con los valores sociales relacionados con la delgadez (Steiger y Bruce, 2007), también, “los hallazgos de estudios gemelares, epidemiológicos-familiares, neurobiológicos y genéticos nos enseñan que los síndromes bulímicos a menudo implican susceptibilidades constitucionales” (Steiger y Bruce, 2007, p. 225) es decir, que como se viene indicando, existe una posible predisposición genética al desarrollo de esta enfermedad que se activa en respuesta a la exposición de eventos o estímulos ambientales que provocan en los individuos estrés con respecto a la figura corporal, el peso o las pautas alimentarias que debe seguir para encajar dentro de su grupo social de referencia.

Por su parte, en cuanto a los factores de riesgo asociados al campo familiar de los individuos, al igual que en la anorexia nerviosa los pacientes suelen presentar una percepción negativa de su grupo familiar, es común que aparezca la imagen de una familia con dificultades en la comunicación, problemas en el control y manejo de las emociones, y además con tendencias a la sobreprotección por parte de los padres sobre los hijos. Desde este punto de vista, la bulimia nerviosa se ha asociado a las dificultades en el desarrollo psicológico de quienes la padecen debido a la disfuncionalidad familiar a la que han estado expuestos, Mota et al. (2021) señalan en su estudio que los desórdenes alimenticios “implican una pelea entre la autonomía y la regulación de la dependencia hacia los padres” (p. 6), nuevamente, aparece una constante lucha en los pacientes que exteriorizan con el trastorno.

5.1.3 Psicopatología en los padres

Gran parte del desarrollo cognitivo y psicológico de los seres humanos, se le atribuye a la estimulación que ofrecen los padres en las etapas tempranas de la vida, la participación de estos en el crecimiento y la construcción del individuo es fundamental y determinante. Para el caso de los trastornos mentales, una variable etiológica a estudiar es la relación que existe padres-hijos, no en términos únicamente afectivos, sino además conductuales, teniendo en cuenta que en esta se da el aprendizaje de creencias y conductas con las que el sujeto se relaciona con el mundo. Por esta razón, los investigadores de los TCA se han preguntado por las implicaciones que puede tener como factor de riesgo para el desarrollo de un desorden alimenticio, que un padre sufra o haya sufrido en algún momento de su vida alguna psicopatología.

Existen hallazgos opuestos frente a este asunto, por ejemplo, Gómez et al. (2018) en su estudio con 348 participantes (mujeres con uno o ambos padres) 90 de ellas pacientes diagnosticadas con algún TCA y 30 de ellas sin ningún diagnóstico de TCA encontraron la presencia de síntomas para ED en madres y padres de pacientes clínicos de diagnósticos ED” (p. 385), y por su parte, “como se esperaba, los síntomas de ED estuvieron notablemente más presentes en todos los grupos clínicos que en el grupo control” (p. 385), esto sugiere entonces que es más común que las pacientes diagnosticadas con estos trastornos tengan padres con signos y síntomas de algún trastorno alimenticio.

No obstante, el asunto no se limita únicamente a psicopatologías parentales de desorden alimenticio, en general se ha encontrado en otras investigaciones la relación con otra clase de psicopatologías, las madres de adolescentes anoréxicas se caracterizan por síntomas depresivos, las madres de adolescentes bulímicas a menudo son altas en somatización, y en general los atracones en mujeres adolescentes pueden estar asociados con psicoticismo maternal (Tafá et al., 2016), en suma, las apariciones de estos síntomas no son solo identificados por las escalas aplicadas en cada investigación, sino que los jóvenes con riesgo de TCA perciben a sus madres y padres con problemas psicológicos (McGrane & Carr, 2002), lo que implica un reconocimiento de conductas des adaptativas por parte de los hijos en sus padres.

Sin embargo, estos hallazgos no indican si la aparición de esos síntomas en los padres son un reflejo de la enfermedad de sus hijos o, por el contrario, son la causa del desarrollo de estos, debido a esto, algunos estudios se han interesado por analizar padres e hijos con diagnósticos clínicos asociados en alguno de los dos casos con desórdenes alimenticios. Estos muestran asuntos como las implicaciones en la crianza por parte de la madre cuando esta es paciente o sufrió en alguno momento un trastorno alimentario, Allen et al. (2014) señalan que, “madres con historial de desórdenes alimentarios tienen mayor probabilidad de tener hijos con dificultades alimentarias, restringir la alimentación de sus hijos en la infancia temprana y media, y usar alimentos no nutritivos con algún objetivo (recompensa, distracción)” (p. 2).

Las pautas alimentarias en una madre que ha sufrido algún TCA, son significativamente distintas a una que no, “las intenciones de las madres son buenas, están intentando proporcionar a su hijo con el ambiente más nutritivo posible. Sin embargo, su desorden alimentario las hace inseguras sobre cómo alcanzar de la mejor manera esta meta.” (Sadeh-Sharvit et al., 2015, p. 72), otros estudios apoyan estos hallazgos, cuando señalan que “cuando la madre padece un trastorno

de este tipo, la amenaza de provocar conductas alimentarias anormales e inclusive otro tipo de afecciones orgánicas y/o mentales en su progenie se torna todavía más patente.” (Behar & Arancibia, 2014, p. 734), esto indica que el padecimiento de un TCA por parte de la madre puede tener consecuencias consientes e inconscientes sobre las pautas alimenticias que trasmite a sus hijos, los hallazgos así lo demuestran:

Notamos diferencias significativas en la conducta alimentaria maternal restrictiva auto informada en mujeres con algunos desórdenes alimenticios en la relación con el grupo de no desórdenes alimenticios de referencia. En general, los patrones de alimentación restrictiva fueron más comunes en madres con desórdenes alimentarios marcados por síntomas de atracones que las de no desórdenes alimentarios (Reba-Harrelson et al., 2010, p.59).

De otro lado, hay informes que indican lo opuesto a lo que se viene mencionando, Allen et al. (2014) señalan que, en su investigación los síntomas depresivos y ansiosos maternos no predijeron síntomas de desórdenes alimenticios en los hijos, el historial de desórdenes alimenticios maternos también falló en la predicción de hijos con desórdenes alimenticios, en su lugar, el predictor más robusto en varios modelos fue la preocupación maternal sobre el peso, esto implica que la variable que predice el riesgo de desarrollo de TCA no es en sí misma el padecimiento de estos trastornos por la madre sino la preocupación de la misma sobre la figura corporal del hijo, la cual viene mediada más por factores socioculturales.

Este autor hace además, un señalamiento muy importante en el que dice que “los síntomas de desorden alimentario materno y en general la angustia psicológica maternal no predicen síntomas de desorden alimentario en los niños cuando otras variables familiares y de los niños son tenidas en cuenta” (Allen et al., p. 12), a partir de esta afirmación podría pensarse que lo que aparece entonces en interacción significativa con los trastornos de la conducta alimentaria son factores familiares y sociales, los cuales representan las presiones a las que están expuestas las personas durante su vida y en relación a ellos y con los recursos psicológicos que han adquirido los individuos a lo largo de su vida, aparecen los TCA.

5.1.4 Influencia de la madre

La figura materna es de las más importantes durante el curso de la vida de los individuos, generalmente, se le atribuye el rol de cuidador principal o primario, es quien establece un vínculo afectivo mucho más cercano con el recién nacido debido al proceso natural de lactancia. Debido a esto, los autores se han preocupado por comprender cuál es la influencia que ejerce la madre en el desarrollo y el mantenimiento de un trastorno de alimentación, tanto en el caso general de las madres como figuras sanas, como en el caso particular de madres como figuras con algún antecedente clínico psicopatológico. En ambos casos, no puede perderse de vista que las madres se encuentran sujetas a un contexto en el que se desenvuelven y, por tanto, hay otras condiciones a las que se debe prestar cierta consideración.

Entre ellas las condiciones sociodemográficas a las que se encuentra sujeta la madre, esto es, la educación, la convivencia familiar, el acceso a distintos grupos alimenticios, el asesoramiento nutricional y pediátrico, entre otros. Si estas condiciones de vida se encuentran alteradas negativamente, pueden aumentar las posibilidades de vulnerabilidad de los niños, porque las madres no tienen acceso a información completa sobre salud (Allen et al., 2014), tampoco tienen posibilidad de brindar una alimentación balanceada, y además las exponen a estrés. Este autor señala que “el estrés familiar y la baja educación maternal aumentan el riesgo de alimentación emocional y preocupaciones por el peso y la figura” (p. 12), esto último agrega una variable más a la problemática.

La preocupación materna sobre el peso de los hijos fue significativa en la predicción general de la psicopatología de desorden alimentario, la preocupación materna sobre el peso de los hijos fue significativa en la predicción de dieta restringida; la exposición familiar a eventos de la vida estresantes fue significativa en la predicción de la alimentación emocional; y los puntajes de insatisfacción familiar de los niños fueron significativos para la predicción de pérdida de control al comer (Allen et al., 2014, p. 10).

Las conductas restrictivas en la alimentación por parte de las madres con sus hijos son un asunto que merece atención, teniendo en cuenta que los patrones alimentarios se aprenden por lo que es normal que entre la conducta de alimentación materna restrictiva y bajo presión exista una

significativa asociación con conductas alimentarias desordenadas en los niños (Reba-Harrelson et al., 2010), dado que alimentar es una constante y recurrente actividad diaria en la rutina madre-hijo, un desorden alimentario tiene el potencial para tener un impacto tremendamente dañino en los niños (Sadeh-Sharvit et al., 2015).

En el caso particular de las madres con antecedentes de TCA o alguna otra psicopatología, se exagera la problemática, como lo muestran los hallazgos de diversos estudios, “altos niveles de síntomas de ansiedad en niños se reportaron en los hijos de madres con BN y BED” (Reba-Harrelson et al., 2010, p. 59), las madres de los pacientes TCA puntúan más alto en la mayoría de los factores de ED, especialmente en el grupo BN (Gómez et al., 2018) y en particular que:

La lactancia representa un período crítico de adaptación para las madres con TCA por la combinación de los temores que conlleva la maternidad, los cambios en la silueta corporal y agravados por las variaciones de peso durante el embarazo, pudiendo exacerbarse su sintomatología y dar lugar a una depresión postparto (Behar & Arancibia, 2014, p. 736).

Como se observa, la influencia de la madre en la aparición de un TCA es significativa y variada pues puede intervenir desde diferentes perspectivas en la vida de sus hijos, bien sea en la enseñanza de conductas inapropiadas, en la transmisión de ideales y creencias negativas y además en la dificultad para comprender su propio papel en la enfermedad de sus hijos. Algunas madres de niñas con AN perciben la enfermedad de sus hijas como menos controlable por tratamiento, también expresan tener una menor comprensión de la enfermedad y de las consecuencias más emocionales de la misma (Sim y Matthews, 2012), esto se relaciona con la dificultad en la comunicación que se ha encontrado entre los pacientes de TCA y su grupo familiar, lo que impide de alguna forma que la madre comprenda claramente cuáles de sus acciones interfieren en la mejoría de su hija o hijo.

5.1.5 Influencia del padre

Las investigaciones sobre la influencia de la madre en el desarrollo y mantenimiento de un TCA son variadas y numerosas, diferente a la influencia del padre, al cual se le asigna comúnmente un papel secundario en la construcción psicológica de los hijos y que por lo tanto suele pasar

desapercibido como factor de riesgo o mantenedor en las psicopatologías alimentarias. No obstante, es posible encontrar estudios en donde se comparan aspectos psicopatológicos de los padres en relación con la madre, en los que se suele identificar un mayor número de síntomas en las madres comparadas con los padres (Gómez et al., 2018). Esta clase de hallazgos lo que muestran es la necesidad de abrir el campo de estudio de manera que se incluyan ambos padres y se ponga en consideración el papel que ambos cumplen.

Un estudio comparativo de indicadores clínicos en los padres (hombres) de 139 niños clasificados en tres grupos: niños diagnosticados con desórdenes alimentarios (ED), niños diagnosticados con trastorno de la conducta disruptiva (DBD por sus siglas en inglés) y niños sin ningún diagnóstico de psicopatología como grupo de control, arrojó información importante sobre el tema. En primer lugar, se encontró “una relación homo típica de la psicopatología entre padres e hijos, en la muestra de niños con ED” (Cernigliaa et al., 2017, p. 64) esto significa que al igual que en el caso de las madres, los padres de hijos con algún trastorno alimenticio muestran indicadores clínicos de psicopatología, lo que impacta tanto las dinámicas familiares como la relación parental padre hijo.

Adicionalmente, esta investigación resalta que “los padres del grupo de ED presentaron niveles significativamente más altos de somatización, ansiedad y hostilidad que los otros, y en general mostraron más altos niveles de riesgo psicopatológico que los de la muestra de DBD” (Cernigliaa et al., 2017, p. 64), es decir que, no necesariamente se encontraron síntomas de trastorno alimenticio en los padres, sino, síntomas de psicopatologías diversas que de alguna manera pueden estar relacionados con la enfermedad de los hijos. También, en los hijos con ED y sus padres, se encontraron síntomas paternos de somatización significativamente más altos que en los padres de DBD (Cernigliaa et al., 2017), lo cual es significativo teniendo en cuenta que como ya se ha mencionado anteriormente, es común a los pacientes de TCA que reporten padres más controladores y rígidos en diferentes aspectos familiares y personales en comparación con personas sin esta clase de diagnósticos.

5.1.6 Influencia familiar

Antes de la década de 1970, los TCA se consideraban enfermedades psicosomáticas y se excluía del tratamiento al grupo familiar (De Antonio, 2020), esto implica que las consideraciones

alrededor de estas enfermedades giraban en torno al ambiente social y las presiones que este ejercía en las personas. Sin embargo, con el avance en la comprensión de estos trastornos se ha hecho evidente que “las experiencias alimenticias están fuertemente atadas a conceptos culturales de imagen corporal que cambian con las generaciones” (Mota et al., 2021, p. 7), experiencias que ocurren principalmente dentro de la interacción familiar, por lo que estas se encuentran altamente permeadas por aspectos afectivos y emocionales dados por los vínculos intrafamiliares que se construyen en relación con ellas.

La familia se involucra en los trastornos alimentarios desde muchas perspectivas, principalmente en la transmisión de creencias y costumbres relacionadas con la alimentación, la auto imagen y el peso corporal, asuntos que son transversales al desarrollo de los TCA, además, los familiares se involucran en estos trastornos desde su papel como cuidadores, influyendo así en el curso de la enfermedad. Se ha descrito en enfermos de AN, la dificultad de la familia para comprender la patología del paciente, lo que a su vez conlleva una dificultad para aportar en el tratamiento de esta, no es de ignorar que, vivir o cuidar de alguien con TCA trae una extraordinaria carga emocional para el cuidador (Sim y Matthews, 2012), debido al estigma y reducción de la aceptación social, lo que elicitaba angustia emocional no solo para el paciente sino también para los cuidadores (Sim y Matthews, 2012).

Por otra parte, desde la perspectiva del funcionamiento familiar “La ausencia de identidad familiar a través de la comida trajo experiencias de tristeza, principalmente para padres y abuelas, y enojo para las adolescentes en el acto de comer juntos” (Mota et al., 2021, p. 6), lo que se relaciona con el desarrollo de interacciones poco sanas o anormales con la alimentación, en tanto esta se torna una actividad estresante. En particular, “las jóvenes con riesgo de desorden alimenticio reportaron grandes dificultades familiares en las áreas de resolución de problemas, roles, capacidad de respuesta afectiva y funcionamiento en general” (McGrane & Carr, 2002, p. 392). Esto puede significar de manera intrínseca que “un ambiente familiar positivo puede ayudar a reducir la vulnerabilidad de síntomas de desorden alimenticio en adolescentes.” (Allen et al., 2014, p. 2).

Desde una perspectiva psicopatológica de los TCA, estas enfermedades se caracterizan por la construcción de patrones poco saludables con relación a la alimentación, son de origen multifactorial, y cuyo mayor pico de incidencia se da en la adolescencia afectando principalmente al sexo femenino. Como factores de riesgo aparecen los genéticos, los socioculturales y los familiares, siendo los primeros los más difíciles de comprobar pues no se es claro si la

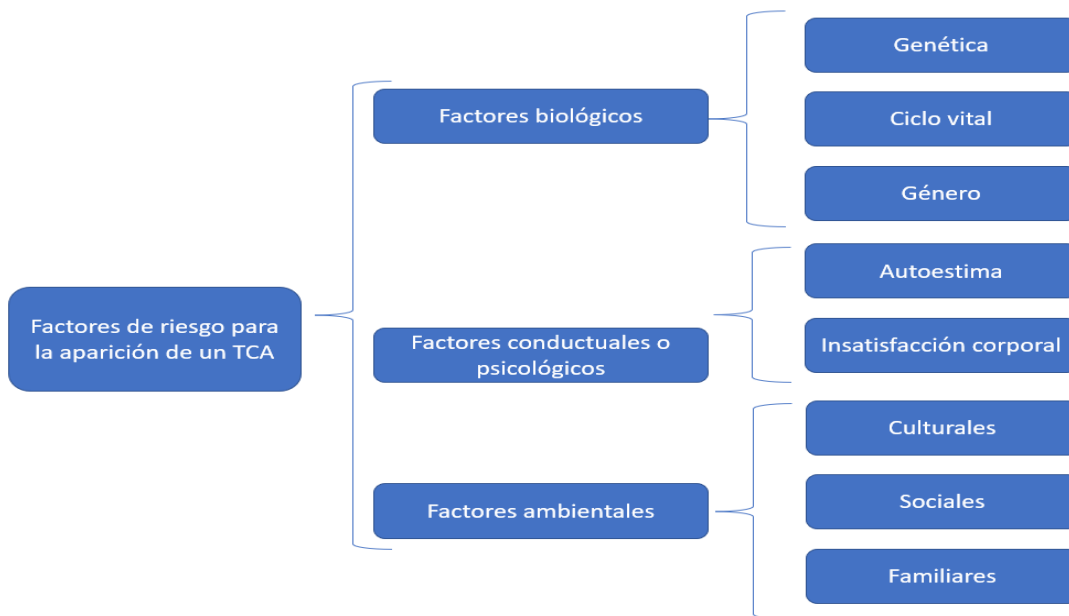
sintomatología en los padres siempre precede al trastorno del hijo o si es de forma opuesta, además, de que los hallazgos frente al tema son contradictorios en algunos casos. Esto llama a la comunidad científica a hacer investigaciones longitudinales y de mayor énfasis en la transmisión genética y psicológica de psicopatologías.

Con respecto a los factores socioculturales, los cuales han sido ampliamente estudiados, es bien sabido que los ideales de belleza, las redes sociales y el alto flujo de información a la que se está expuesto diariamente son estímulos promotores de enfermedades psicológicas en la población general, ya que desencadenan la distorsión de las ideas de las personas con la información falsa y exagerada que contienen. En este punto juega un papel muy importante el tercer factor de riesgo, la familia, teniendo en cuenta que los padres son el principal recurso social del comportamiento en general, además de que los años más temprano en el ciclo vital (en los que se depende mayormente de los padres) son críticos en la formación de los hábitos, creencias e ideales en los niños que le servirán a lo largo de su vida como herramientas para enfrentarse y adaptarse al ambiente en el que se van desarrollando.

5.2 Factores de riesgo

Figura 4

Tipos de factores de riesgo para el desarrollo de TCA



Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), son descritos en el DSM-V como alteraciones en la alimentación o en los comportamientos relacionados a la alimentación, que impactan negativamente distintos aspectos de la vida de las personas que los padecen. Su origen se ha relacionado con factores de riesgo biológicos, psicológicos y ambientales. Esto hace que prevenir y tratar (terapéutica o farmacológicamente) estos trastornos sea una tarea difícil ya que no es sencillo identificar cuál de todos los factores es el que origina la enfermedad, ni cual es el que hace que se mantenga en la persona que la padece. Existen estudios que buscan profundizar en estos factores de riesgo para intentar mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con TCA y disminuir el riesgo en personas que están expuestas a estos factores.

La variabilidad en los factores de riesgo en los trastornos psicológicos se debe a la influencia que tienen en la formación del ser humano todas las condiciones a las que se encuentra expuesto incluso antes de nacer, durante la gestación, es relevante el estado de salud de la madre, la alimentación que esta lleva, durante los primeros años de vida se conoce es fundamental el vínculo con un cuidador primario que le provea todos los cuidados al niño y le enseñe a relacionarse con su entorno que además también es una fuente de información y con los otros, todas estas interacciones son grandes reguladores y moldeadores de la conducta, por tanto, dependiendo de cómo se experimenten podrán ser factores protectores o de riesgo.

La ciencia ha demostrado que existe una herencia biológica que se transmite de generación en generación replicando características físicas y psicológicas tanto benignas como malignas, por lo que existen estudios que se han preguntado por las incidencias de este factor en el desarrollo de TCA en personas que tienen familiares con este diagnóstico, además a nivel fisiológico se incluyen desbalances neuroquímicos o condiciones médicas que pueden desencadenar psicopatologías entre ellas desórdenes alimenticios (ED por sus siglas en inglés), los factores psicológicos tales como el padecimiento de otras psicopatologías que vuelven al individuo vulnerable al desarrollo de más trastornos y finalmente los ambientales entre los que encontramos la cultura, la interacción social con la familia, los amigos y los distintos grupos sociales con los que interactúa cada individuo.

Basado en lo anterior, a continuación, una descripción de los hallazgos relevantes de cada uno de estos factores de riesgo con relación a los TCA, haciendo un especial énfasis en los ambientales ya que es el factor con mayor cantidad de estudios disponibles, así como, su relevancia con el objetivo principal de esta investigación en relación con el lugar del funcionamiento familiar con los TCA.

5.2.1 Factores biológicos

Los estudios genéticos son una herramienta básica para estudiar la transmisión de enfermedades en las generaciones, sin embargo, cuando se habla de condiciones psicológicas la tarea de descubrir estos patrones genéticos transmisibles no es tan sencillo, sin embargo, algunos estudios se han arriesgado a formular hipótesis sobre el tema y algunos de ellos incluso se han enfocado en los TCA y de ello han concluido por ejemplo que:

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, indicando con ello que estos factores tienen una importancia mucho mayor en la determinación de la etiología de los TCA, que los factores ambientales. (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006, p. 394)

Esto no quiere decir que los otros factores no son relevantes, pues se conoce que las experiencias conductuales y ambientales son presiones que pueden detonar o no y regular la expresión de síntomas de los trastornos. Según Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) otros estudios han mostrado que los efectos genéticos sobre los síntomas de TCA mostraron un aumento significativo en la estimación de la heredabilidad, sin que hubiera influencia genética antes de la pubertad pero con niveles importantes en la pubertad y después de la pubertad (44% a 60%) lo cual se asocia a las etapas en el ciclo vital por las que atravesamos los seres humanos en las que diferentes procesos de maduración física y mental ocurren así como la secreción de hormonas que serán determinantes en el comportamiento.

Los factores biológicos también se han asociado a la particularidad de que las mujeres son las más diagnosticadas con este tipo de trastornos debido a que, las niñas en su etapa de maduración atraviesan momentos críticos de liberación de hormonas que sumado a las condiciones sociales que exigen figuras de delgadez favorecen la aparición de estas enfermedades. En esa misma vía, Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) sugieren que “otro evento importante es la pubertad temprana, que coloca al individuo en riesgo de padecer de síntomas de TCA, ansiedad, actuar impulsivamente

en respuesta a una situación de sufrimiento, preocupación por el control o la pérdida del peso” (p. 394).

5.2.2 Factores conductuales o psicológicos

Asuntos como la baja autoestima, la insatisfacción corporal, la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y obsesión son comunes en las personas que se encuentran diagnosticadas con TCA, algunos de ellos relacionados al menos con dos componentes, uno de ellos la percepción de la figura corporal, y el otro actitudinal relacionado con el afecto y la cognición. Ambos, resultado de los constructos multidimensionales que tienen los individuos; que se asocian frecuentemente con las creencias, ideas y conductas que aprenden los individuos de sus padres, (Weisz Cobelo & Chermont Prochnik, 2010) por lo que hay una línea investigativa amplia interesada en describir los efectos de padres con diagnósticos de TCA o con otras psicopatologías en el desarrollo de síntomas de desórdenes alimenticios.

Las madres son por excelencia el cuidador principal en la mayoría de los casos, por lo que se les confiere un rol fundamental en el desarrollo físico y emocional de los niños, además, es frecuente que las personas se comporten de forma similar a quien los crio y a las personas con quienes conviven en las primeras etapas de vida ya que de ellas aprenden a relacionarse con el ambiente. De ahí se explican algunos comportamientos en los seres humanos que son comunes a su núcleo familiar, esto implica entonces que en los casos en que la madre o el cuidador tengan sesgos sobre la imagen corporal, las propiedades nutricionales de los alimentos, lo que es saludable y no saludable, entre otras, es posible que el niño de forma automática integre esas premisas dentro de su repertorio comportamental y psicológico, es decir, que se construye una percepción modelada de la realidad.

Por tanto, es lógico considerar que las condiciones psicológicas de la madre tendrán un valor importante para la crianza de los hijos, si la madre presenta un ED se ha visto “tienden a experimentar más dificultades en alimentar a sus hijos en la infancia y la niñez” (Martini et al., 2020, p. 464) además de que, “el riesgo genético transmitido impactará en el fenotipo comportamental, psicológico y medico expresado en el hijo” (Martini et al., p. 464), de manera que la madre con ED es un doble factor de riesgo para sus hijos, tanto por la transmisión de comportamientos ideales anormales como por la transmisión genética de la que se habló en el

apartado anterior. Sin embargo, además de estos asuntos, existen otras formas de provocar o aportar a la aparición de estos trastornos en los hijos.

Algunos investigadores se han interesado en estudiar si la insatisfacción corporal y el Índice de Masa Corporal (IMC) en los padres puede predecir la insatisfacción corporal en los hijos, y han descrito que hay una correlación significativa entre la variable dependiente -insatisfacción corporal- y el percentil de IMC de los niños y las niñas y la unidad de musculatura, (Solano-Pinto et al., 2021) sin embargo, allí mismo señalan que la unidad de musculatura explica significativamente la insatisfacción corporal en niños y residualmente en niñas en línea con los estudios que resaltan que “la insatisfacción corporal en los niños está relacionada con el deseo de un cuerpo diferente, sea delgado o más musculoso” (p. 8). Solano-Pinto et al. (2021) además encontraron que entre las variables maternas evaluadas, “la variable con el mayor efecto en la insatisfacción corporal de los hijos fue el IMC de la madre” (p. 8), lo cual coincide con el presupuesto de que las madres al ser la cuidadoras principales son quienes pasan más tiempo con los hijos, es decir que tienen una incidencia más frecuente en la formación y desarrollo de los mismos y si ellas presentan inconformidades con su cuerpo, transmiten esta percepción a sus hijos.

Otra investigaciones relacionadas al asunto se ocuparon de la insatisfacción corporal y síntomas de ED en madres con hijas diagnosticadas con estos trastornos, Weisz Cobelo y Chermont Prochnik (2010) observaron “una correlación entre la insatisfacción corporal y síntomas alimenticios, indicando que, en ambos grupos, cuanto mayor es la insatisfacción corporal en la madre, es más probable que ella presente síntomas alimenticios” (p. 224) lo cual es significativo ya que alude a que aun cuando la madre no tiene un diagnóstico clínico, sí puede presentar conductas clínicas de este tipo de trastornos que transmite a sus hijos. Por su parte, Cimino et al. (2012) estudiaron el rol de los ED maternos y la influencia de los perfiles psicopatológicos en el desarrollo emocional de los niños de lo que concluyeron que “las características específicas de la somatización en los perfiles psicopatológicos de las madres parecen predecir retraimiento/depresión, comportamiento agresivo y problemas de externalización en los hijos” (p. 245).

Adicionalmente, afirman “los datos sugieren que perfiles específicos psicológicos paternos, particularmente ansiosos y síntomas obsesivos/compulsivos, pueden predecir cuestiones problemáticas en el funcionamiento global de los niños, en las áreas tanto de internalización como externalización” (p. 245), esto implica entonces que los perfiles psicológicos de los padres pueden

resultar en un factor de riesgo de desarrollo de psicopatologías para sus hijos. El campo de los perfiles psicológicos apertura otro aspecto relevante, y es el funcionamiento emocional que tienen los hijos de madres con trastornos de la conducta, de ello, (Cimino et al., 2015) han encontrado que “es posible hipotetizar que los desórdenes alimentarios de las madres tienen un impacto tan intenso en el funcionamiento psicológico de sus hijos que se pierde el peso del riesgo psicopatológico paterno” (Cimino et al., p. 234), lo anterior, nuevamente remitiéndose al rol de la madre en la crianza de los hijos y a su impacto en el desarrollo psicológico de los mismos.

Además, proponen una problemática que incluye a ambos padres y es el funcionamiento de ambos como pareja, al respecto, indican que:

Es posible que la relación de influencia recíproca que encontramos entre la depresión de la madre y la sensibilidad interpersonal del padre pueda expresar un desajuste con su hijo o hija, el cuidado deficiente ha sido ampliamente reconocido como un predictor de los problemas de internalización y externalización de los bebés. (Cimino et al., 2015, p. 233).

Los patrones de comportamiento dependen también de la capacidad de regulación emocional que tiene el individuo, de manera que, la crianza de un niño a partir de una disfuncionalidad en la relación de pareja facilita la construcción de patrones mal adaptativos de conducta que más adelante favorecerán la aparición de posibles psicopatologías.

Otras líneas investigativas sobre el tema han estudiado, por ejemplo, el padecimiento de alexitimia en los padres de pacientes de TCA definida esta como una incapacidad que se tiene para identificar o describir los sentimientos, de lo que se ha concluido que “si los padres padecen este trastorno, las dificultades en la crianza serán la norma, pues no podrán ser empáticos ni ayudar a sus hijos a conocer el mundo de las emociones” (Espina et al., 2001, p. 146), lo que implica una problemática en la crianza impartida, así mismo, se ha estudiado el fenómeno de LOC (pérdida de control por sus siglas en inglés), en padres de niños con estas conductas a nivel alimentario, de lo que se concluyó que los padres de estos niños tienen más interacciones disfuncionales a la hora de la comida que el grupo control, lo cual sugiere que las conductas de los padres están altamente relacionadas con la disfuncionalidad de sus hijos frente a aspectos alimentarios (Hilbert et al., 2010).

5.2.3 Factores ambientales

Como se ha venido mencionando, las psicopatologías en general se originan por la exposición a diversos factores, entre ellos los ambientales que a su vez pueden ser varios. Las condiciones culturales, sociales, familiares y temporales, entre otras, le imponen a los individuos exigencias para que este encaje en lo que se espera de él dentro del grupo con el que se relaciona, para el caso de las mujeres en muchas culturas se adula la figura extremadamente esbelta y en el caso de los hombres, una figura musculosa, sin embargo, también se publicita por muchos medios el consumo de comida extra procesada, hipocalórica y con poco valor nutricional, lo que se traduce en información contradictoria con la que todo el tiempo se le satura a los individuos.

Las influencias socioculturales sobre delgadez y los estereotipos de belleza son comúnmente la primera causa a la que se le atribuye la aparición de trastornos alimentarios y la insatisfacción corporal, sin embargo, no es una variable que deba considerarse sola, ya que la investigación muestra que:

La presentación de la emaciación a través de los medios de comunicación masiva como el modelo estético corporal ideal, aunado a la presión de familiares y amigos para cuidar el peso corporal, puede en algunos casos ser el detonante de estas psicopatologías (Ruiz et al., 2010, p. 170).

Es decir, que los estereotipos por si solos no necesariamente desencadenan trastornos de la alimentación, sino que es en la interacción con otros factores de riesgo que el individuo se ve expuesto al posible desarrollo de este tipo de enfermedades como respuesta a las problemáticas ambientales. Para profundizar en esta afirmación se puede pensar en el caso de las condiciones socioeconómicas en las que convive cada persona, siendo algo mucho más influyente de manera negativa encontrarse en un sector socioeconómico bajo, con escasos recursos para comprar alimentos de alta calidad, y con poca accesibilidad a acompañamiento de profesionales en aspectos sociales y médicos, que pertenecer a un estrato socioeconómico medio o alto en el que las posibilidades de recibir información asesorada y guiada por profesionales a tiempo es mucho más factible, y donde se tiene acceso a una gama amplia de alimentos con alto valor nutricional.

Pero no quiere decir entonces que el factor socioeconómico es determinante del desarrollo de trastornos alimentarios, sino que es muestra de que la interacción entre diferentes variables dan como resultado desenlaces diferentes para cada individuo debido a que cada ser humano se encuentra expuesto a unos factores de riesgo pero también a unos protectores, como lo pueden ser el buen funcionamiento familiar o las relaciones estables y fuertes con los padres que proveen de seguridad a los sujetos y promueven el desarrollo de una adecuada autoestima que no permite que el individuo se sienta invalidado o disminuido cuando se le presenta un presión sociocultural como lo es el de la delgadez.

De lo anterior, se desprende una vertiente fundamental de los factores de riesgo ambientales y es el funcionamiento familiar del individuo, la comunicación, los ideales, los juicios, las expectativas, los roles y las costumbres que se establecen al interior de un núcleo familiar son determinantes en la manera en que el individuo experimenta la vida. De un lado, hay costumbres o hábitos dentro de las familias que pueden representar un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA como lo es la individualización de las comidas, la desorganización de las comidas, el uso de la comida como castigo y recompensa, entre otros y de otro lado, hay condiciones propias de la forma de relacionarse entre los integrantes del núcleo familiar como el respeto, la comunicación, el control, la cohesión, entre otros.

El estudio realizado por Cooper et al. (2009) en el que buscó elucidar factores del ambiente familiar que pudieran mediar entre problemas para alimentar y desórdenes alimentarios de las madres, indicó que “dos aspectos del ambiente familiar estaban fuertemente asociados con la presencia de problemas alimentarios en los niños: desorganización de los tiempos de comida, y una relación madre-hijo caracterizada por un fuerte control maternal y disarmonía” (p. 214), estos dos factores influyen en aspectos psicológicos del crecimiento del niño, en los que se puede ver obstaculizado el correcto desarrollo del manejo emocional por parte del mismo, así como una falta de autonomía. En la misma vía, Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa (2006) estudiaron un grupo de 100 mujeres la mitad de ellas diagnosticadas con algún TCA y la otra mitad sana de las que se identificaron cinco factores asociados los desórdenes alimentarios: la importancia del aspecto físico, la disciplina y la alimentación, la calidad de la relación con la madre, la calidad de la relación con el padre y el ambiente proveedor de seguridad y confianza.

Con respecto al primer factor, los autores señalaron que las creencias relacionadas con la necesidad de tener una apariencia distinta a la propia dan lugar a dudas acerca del futuro llevando

al joven a cuestionar su identidad, e incluso su normalidad y la estima que los demás le tienen (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006) lo cual se relaciona mucho con lo que se expuso al principio de este apartado, respecto a la disciplina y alimentación, “dentro de las prácticas de crianza propias de cada familia existan formas de ejercer la disciplina respecto a la alimentación que pudieran conformarse como un factor de riesgo para desarrollar este tipo de padecimientos” (Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006, p. 180) ya que el individuo establece una relación condicionada entre el alimento y el ambiente.

Con respecto a la calidad de la relación de la madre y el padre, es decir el tercer y cuarto factor respectivamente, se evidencia nuevamente una relación diferenciada con la madre y los hijos pacientes de TCA en términos negativos, mientras que para el caso de los hombres no hubo mayor diferencia, asunto ampliamente asociado al rol de la mujer dentro de la crianza de los hijos.

Todo lo anterior, alude a la importancia de la familia como ambiente proveedor de recursos durante el desarrollo del niño desde la infancia, Marfil et al. (2019) son muy explícitos al afirmar que la familia tiene un rol como agente de socialización primaria en general y socialización alimentaria en concreto, es clave en la transmisión y adquisición de las responsabilidades doméstico-culinarias. Además de que esta no solamente influye en cómo aprendemos a comer e interiorizar unos hábitos alimentarios, sino que, las experiencias de aprendizaje significativo compartidas entre padres e hijos en torno a la alimentación también influyen profundamente a nivel de desarrollo psicosocial, las prácticas educativas de los padres implican la transmisión de contenido traducido en valores y de estrategias y mecanismos para transmitir estos contenidos que son interiorizados por los hijos.

Las condiciones ambientales que se configuran en el entorno familiar pueden impactar el desarrollo psicobiológico de cada individuo, por lo que algunos estudios han encontrado que “las dimensiones cognitivas y comportamentales de los padres tienen una influencia a largo plazo en el desarrollo de ED” (Canals et al., 2009, p. 357) esto implica que los TCA cuentan con una alta correlación con el funcionamiento familiar y en particular con la forma de crianza y la relación que existe entre padres e hijos; Fortesaa y Ajete (2014) encontraron que el modelado familiar y la forma de hablar de los padres sobre el peso en su cultura (Kosova), incrementan subsecuentemente los comportamientos de ED en los hijos, en particular, en este estudio se encontró que es mayor el impacto de la opinión del padre sobre el cuerpo de las hijas que el de la propia madre, lo cual

muestra como la cultura determina en cierta medida lo que para cada individuo es importante o no dentro de su grupo familiar.

Otra condición que impacta el desarrollo psicobiológico del individuo y se ha identificado como posible factor de riesgo de desarrollo de TCA es la individualización de las comidas dentro del grupo familiar, “la necesidad de alimentos individualizados dentro de la familia (padres, hermanos, y los propios pacientes) podría estar relacionado con el riesgo de ED dentro de la familia al disminuir los lazos sociales” (Krug et al., 2008, p. 915), tradicionalmente, se ha asociado el momento de la alimentación como un espacio de reunión de los miembros de un grupo en el que se fortalece la comunicación y las relaciones entre los individuos, por tanto, una forma individualizada de alimentación puede implicar a su vez el deterioro de esta actividad como forma de acercamiento de los miembros, y convertirse más bien en una causa de alejamiento y aislamiento del grupo.

Esta clase de conductas como la individualización, o los comentarios sobre el peso, y las estrategias de aprendizaje que transmiten los padres pueden asociarse con comportamientos anormales que presentan los padres y que son aprendidos por los hijos; un estudio realizado con 969 adolescentes y sus padres concluyó que “las adolescentes cuyas madres tienen actitudes alimentarias anormales tienen casi tres veces más probabilidades de tener actitudes alimentarias anormales ellas mismas” (Yanez et al., 2007, p. 510), también, encontró que “las adolescentes que tiene desórdenes alimenticios podrían percibir mayor preocupación por el peso o patología alimentaria en su familia” (Yanez et al., 2007, p. 511), ambas afirmaciones, muestran que la familia de las pacientes de TCA reproducen patrones anormales de conducta en relación al peso, la alimentación, y los estereotipos físicos, aunque crean que lo hacen de forma positiva.

Esta clase de conductas familiares repercuten en la construcción de la autoimagen de los hijos, y por tanto en aspectos como la autoestima, Kroplewski et al. (2019) encontraron en su investigación que “las personas sin riesgo de ED se caracterizan por una evaluación más positiva del funcionamiento familia y un nivel más alto de autoestima en todas sus dimensiones en comparación con individuos con riesgo de ED” (p. 6) adicionalmente, los paciente que estaba en riesgo de un ED tendían a asociar su baja autoestima con una mala relación o eventos traumáticos en su vida, y mencionaron una imagen corporal pobre como base para el desarrollo de su ED.

Las dificultades en el ambiente familiar pueden incluso ser más que patrones alimentarios anormales, o comentarios sobre la imagen corporal de los individuos, y pasar a instancias más

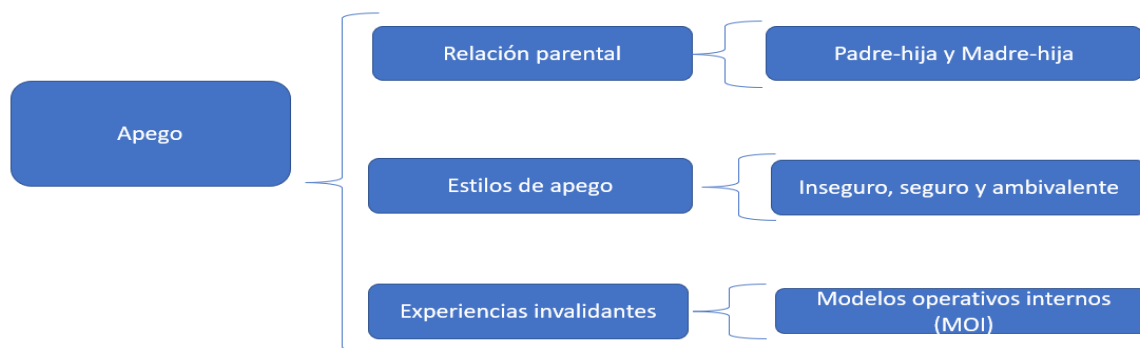
invasivas como lo es el maltrato físico infantil, asunto que también ha sido estudiado en relación al desarrollo de TCA, y del que se ha encontrado que “quienes reportaron haber experimentado maltrato infantil tienen niveles más altos de afrontamiento evitativo y síntomas de ED” (Rosenbaum, White, y Artime, 2020, p. 5) también, “un factor de riesgo relacionado al nivel de psicopatología, comorbilidad psiquiátrica, severidad de los síntomas y peor pronóstico es una historia de eventos infantiles traumáticos” (Latzera et al., 2020, p. 2) todo esto en relación al impacto emocional de los abusos, sin embargo, no se ha encontrado evidencia que sugiera un vínculo directo entre el maltrato infantil y los desórdenes alimenticios, (Rosenbaum et al., 2020).

Como se puede observar, la amplitud de los factores de riesgo en el desarrollo de las psicopatologías resulta en una desventaja en el estudio de estas ya que es muy complejo establecer patrones específicos con los que asociar las enfermedades. Sin embargo, es evidente que las condiciones biológicas transmitidas de generación en generación a través de la genética, las condiciones psicológicas con las que el individuo se va formando y con él su personalidad y sus estrategias para relacionarse con el mundo y finalmente el ambiente sociocultural y familiar en el que se desenvuelve son trascendentales para el posible desarrollo y aparición de un TCA, así como el mantenimiento o la cura de este. Comprender estos trastornos requiere tener una visión integral de las diferentes dimensiones que componen la vida de los sujetos, ser capaz de abrir la mirada a la cantidad de factores que intervienen en esta problemática y a partir de ello hipotetizar la relación que existe entre ellos y que han desencadenado la enfermedad.

5.3 Apego

Figura 5

Dimensiones del apego en el desarrollo y mantenimiento de TCA



El apego es un concepto psicológico del enfoque dinámico que toma fuerza en el año 1958 con el psicoanalista Jhon Bowlby quien de acuerdo con Garrido-Rojas (2006), formula el apego como “una tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida” (p. 494). Para este psicoanalista, las relaciones cobran un importante valor en el desarrollo psicológico de los seres humanos, dependiendo del estilo de vínculo o apego que se establece entre el infante y su cuidador, se desarrollan las estructuras psíquicas del niño, por lo que es lógico pensar en cuáles son las posibles relaciones causales entre el estilo de apego que una persona estableció en la infancia y sus comportamientos como adulto, independientemente de si resultan dentro del rango de lo normal o se categorizan como patológicos.

El curso investigativo que se siguió posterior a la consolidación de esta teoría inició con autores como Mary Ainsworth quien a través de “observaciones realizadas a través de un procedimiento estandarizado de laboratorio llamado Situación Extraña (Strange Situation), de interacciones madre-hijo” (Garrido-Rojas, 2006, p. 494) en la que se sometía al niño a la separación de su madre y basado en la conducta observable del niño cuando esta volvía, se clasificaba el estilo de apego. Los tres patrones observados fueron denominados como seguro, inseguro evitativo y ambivalente, todos ellos implican un comportamiento distinto en los niños que puede predecir cómo serán sus relaciones con las demás personas a medida que se desarrollen y como se conformará su estructura psíquica. A partir de esta categorización también es posible discriminar cuáles son los patrones de respuesta del cuidador hacia el niño que determinan que este último desarrolle un estilo de apego y no otro.

En el estilo de apego seguro “existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés” (Mikulincer et al., 2003, citados por Garrido-Rojas, 2006, p. 495). Por su parte, en el estilo de apego ansioso ambivalente “se aprecia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado” (p. 496) y finalmente, en el estilo de apego ansioso evitativo “no hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva y existe preferencia por una distancia emocional de los otros” (p. 497). Todos estos estilos de apego suponen una forma diferente de relacionarse con el mundo, por tanto, un desarrollo psicológico distinto.

El apego como concepto propio de la psicología, ha sido relacionado con diversas psicopatologías que presentan los individuos, por ejemplo, se ha estudiado en particular como el desarrollo de los diferentes tipos de apego representan factores potenciadores o atenuadores de comportamientos. En el caso particular de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) el apego representa una categoría importante teniendo en cuenta que cuando se estudia los TCA en relación no solo al paciente sino al ambiente familiar, se hace necesario el curso que se dio para el desarrollo de las estructuras psicológicas que determinaron el comportamiento de los individuos y que vienen dadas no solamente por factores meramente biológicos y socioculturales, sino que además, surgen como resultado de diferentes experiencias percibidas por el sujeto durante el curso de su vida.

Los focos investigativos sobre el apego y los TCA son diversos, entre ellos se pueden discernir subcategorías como la relación entre los padres (madre y padre) y los hijos, quienes tradicionalmente se consideran los cuidadores primarios de los niños y por tanto quienes llevan la responsabilidad sobre los cuidados que les brindan a los niños, cuidados que posteriormente serán los insumos para la construcción del apego. Adicionalmente, los estilos de apego y las experiencias invalidantes son de gran interés para los investigadores con el fin de establecer nexos de tipo etiológicos sobre el desarrollo de un trastorno, asuntos de los que se darán cuenta a continuación, con algunos de los distintos resultados que se han obtenido.

5.3.1 Relación parental.

La relación establecida padres-hijos es determinante del desarrollo en los seres humanos, por tanto, se ha estudiado particularmente cómo esta relación basada en la teoría del apego de Bowlby puede estar vinculada con los patrones de conducta alimentaria que tienen las personas. Para ello Back (2011) llevó a cabo un estudio con 80 estudiantes de bachillerato (45 hombres y 35 mujeres) en donde:

Para las mujeres, se encontró una relación negativa entre apego seguro con la madre y problemas alimenticios, indicando que el apego seguro está menos asociado con problemas alimentarios. Además, se encontró una fuerte relación positiva entre problemas alimenticios y apego inseguro con la madre indicando que los adolescentes que recuerdan a su mamá negativamente también tienden a reportar más problemas con la comida (p. 412).

Otra investigación realizada por Attili, Di Pentima et al. (2018) en donde se aplicó el Separation Anxiety Test de Bowlby a 135 personas con sus padres y madres (55 pacientes de TCA y 80 personas sin TCA) mostró que el apego inseguro, así como los niveles más altos de ansiedad se encuentran en porcentajes similares en madres y padres de los pacientes de TCA y en contraste hay mayor prevalencia de apego seguro en los padres y las madres del grupo control. Esta conclusión cobra relevancia en cuanto ubica la diada de padres como posibles factores de riesgo del desarrollo de TCA ya que a través de su propia conducta insegura y ansiosa provocan que su hijo desarrolle comportamientos similares.

5.3.2 Estilos de apego

De forma más específica se han llevado a cabo estudios enfocados en determinar cuáles clases de apego se relacionan de manera directa con la aparición de TCA, Latzer et al. (2002) estudiaron la prevalencia de los tres estilos de apego en una muestra de 95 mujeres universitarias (25 anoréxicas, 33 bulímicas y 37 sin TCA). En su investigación determinaron que:

La mayor prevalencia de estilo de apego en mujeres con TCA fue el estilo evitativo, mientras el apego seguro fue el más característico en las mujeres del grupo control. Ambos grupos de BN y AN se caracterizaron por niveles significativamente más altos de apego inseguro que el grupo de control. Las mujeres con TCA, sobre todo AN, puntuaron más alto en apego ansioso que las de control y así mismo, puntuaron menos en apego seguro (p. 588).

Esto, señala una tendencia entre el desarrollo de TCA con respecto a un tipo en particular de apego, sin embargo, O'Shaughnessy y Dallos (2009) en su revisión literaria sobre el asunto resaltan que los hallazgos son contradictorios y poco consistentes, esto debido a dos grandes razones, la primera obedece a la falta de unanimidad en cuanto a la comprensión de los estilos de apego por parte de los investigadores, la segunda gira en torno a las muestras tan pequeñas con las que se han hecho los estudios, que dificultan la generalización de las conclusiones. No obstante, O'Shaughnessy y Dallos (2009) reconocen la constante aparición de los estilos inseguro y

ambivalente con relación a los TCA, pero así mismo reconocen la imposibilidad de generalizar un tipo de apego para estos trastornos en particular.

En concordancia con lo anterior, Laporta-Herrero et al. (2021) quienes también estudiaron el asunto desde esta perspectiva y encontraron resultados similares a los de Latzer et al. (2002) señalan que:

Hay un riesgo de asumir que “en una talla encajan todos”. Lo que es claro es que es esencial evaluar el patrón de apego único de la persona y entender sus estrategias interpersonales y como se desarrolló en el contexto de su infancia y sus experiencias de vida. (p. 567).

Esto es relevante pues no debe ignorarse la importancia de la singularidad cuando se habla del desarrollo de patrones de conducta. Asumir que hay una única variable que desencadena una conducta es un error, los humanos somos seres multidimensionales y se hace necesario mantener una visión integral de la persona para no caer en presunciones sesgadas sobre el comportamiento y los trastornos.

5.3.3 Experiencias invalidantes

La teoría del apego de Bowlby se basa en la protección y el cuidado que le brinda el cuidador principal a un niño durante sus primeros años de vida, a partir de los cuales el niño construye unos modelos operativos internos que representan un mapa psíquico que regula la forma en que el niño se va a relacionar con el mundo a medida que va creciendo. Los modelos operativos internos se construyen de acuerdo con las experiencias que tiene el individuo. Por ello, cuando el niño vivencia constantemente experiencias invalidantes, es decir, que su comportamiento no recibe la respuesta que espera del ambiente (entendida esta como la satisfacción de su necesidad), el modelo se modifica y por tanto se modifica el comportamiento.

Una investigación realizada por Gonçalves et al. (2020) en el que se estudió el apego desde las experiencias invalidantes en una muestra no clínica de 362 personas a través de auto reportes, encontró que, el rol de las dificultades en las relaciones cercanas en términos de evitación y ansiedad se convierte en un continuo de disfuncionalidad de la forma de apego que inicia en la infancia y continua en la adultez representado en el miedo del individuo de ser rechazado y de

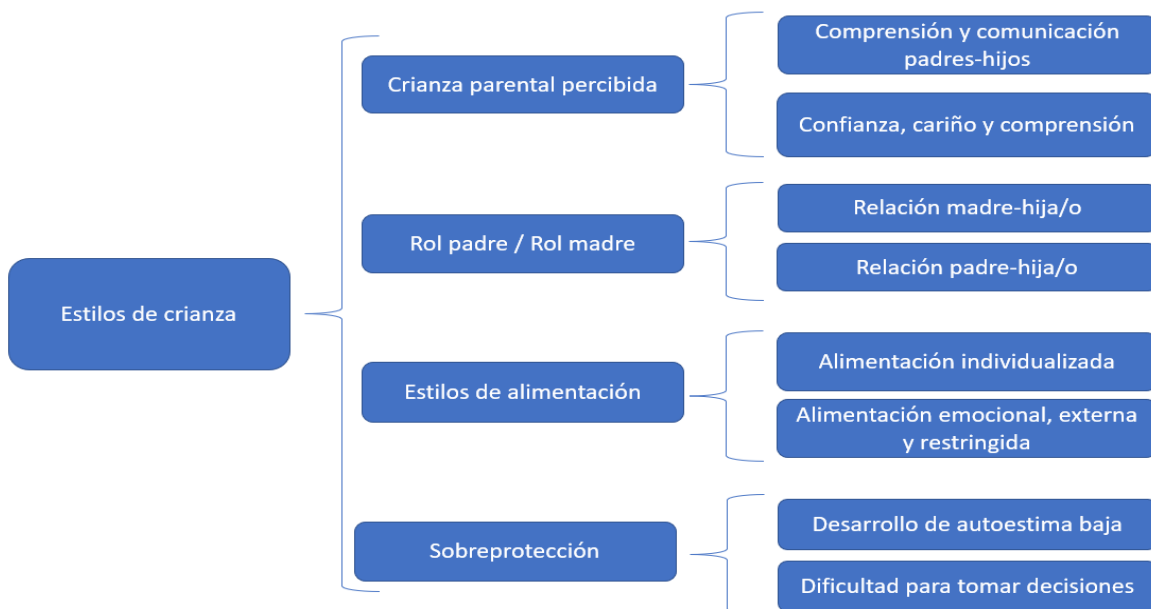
confiar en otros. Esta afirmación supone que las experiencias tempranas que tienen las personas, en particular en las que se genera una percepción de invalidación por parte del ambiente o de los cuidadores para con el individuo, desencadenan efectos que modifican la estructura psíquica del individuo incluso hasta la adultez, favoreciendo de esta manera el desarrollo de psicopatologías, algunas de ellas asociadas a la baja autoestima, la insatisfacción corporal y la ansiedad.

Teniendo presente este breve panorama, es más viable considerar a la familia como un factor de riesgo, teniendo en cuenta que es allí donde en la cotidianidad se construye en un primer momento la forma como nos relacionamos con el ambiente y con las demás personas, es decir, que desde la perspectiva dinámica del problema ya se cuenta con evidencia que relaciona la familia con el desarrollo y mantenimientos de los TCA, es decir que ya existe una preocupación por el rol de la familia en estos trastornos, y el nivel de participación en los mismos basado en la importancia que tienen las figuras de cuidado en la construcción de la personalidad o la estructura psicológica de los individuos. Sin embargo, aún hay vacíos conceptuales que dificultan el establecimiento de conocimientos generalizables a todos y que operen sin importar el contexto donde están.

5.4 Estilos de crianza

Figura 6

Factores relevantes de los estilos de crianza para el desarrollo de TCA



Los grupos familiares desarrollan dinámicas de interacción interna que llamaremos estilos de crianza parentales (ECP), las definiciones de estos estilos son diversas dependiendo de la perspectiva teórica que se tome, es por esto que para efectos analíticos y de categorización de la información en el presente trabajo se tienen en cuenta los estilos de crianza más comunes del modelo de Baumrind (1973) los cuales son: autoritario, democrático y permisivo enfocados en el nivel de control que ejercen los padres sobre sus hijos; así como los del modelo de Perris (1988) los cuales son: rechazo, calidez emocional, sobreprotección y favoritismo basado en la forma de relación emocional que se tiene entre padres e hijos.

Partiendo de la comprensión sobre las diferentes aproximaciones que se han hecho sobre los ECP, es lógico que de ahí se deriven una gran cantidad de investigaciones sobre su influencia en el desarrollo y constitución de la personalidad de los individuos y por tanto su papel en el comportamiento normal y desviado de las personas, en este último el caso particular de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). De acuerdo con la revisión sistemática realizada, los ECP tienen la cualidad de factor de riesgo o de factor protector, es decir, la forma de crianza asume el valor de una variable que puede intervenir tanto de forma positiva como de forma negativa en el desarrollo y mantenimiento de un TCA dependiendo de la sumatoria de diferentes factores (incluido los ECP) que se explicitarán a continuación.

Los ECP no puedan ser considerados en sí mismos un factor de riesgo que necesariamente desencadena un TCA, sino que, hacen parte de la etiología de estos trastornos comportamentales que en interacción con variables tales como la autoestima, las presiones socioculturales, la regulación emocional, la depresión, la ansiedad, la transmisión de malos hábitos alimenticios, y la insatisfacción corporal, adquieren un valor potenciador del desarrollo de estos trastornos. Puede decirse que estos últimos son el resultado de una mezcla de ingredientes (variables antes mencionadas) que dependiendo de la cantidad y la preparación de estos (exposición e interacción de las variables), se convierten en un coctel (trastorno). Con esta analogía se muestra coloquialmente como los ECP intervienen en el desarrollo de los TCA, más no se especifica en qué grado se produce esa intervención, ni se señalan mayores particularidades de esta interacción.

Lo anterior, es producto de la dificultad que existe a nivel investigativo para determinar qué tipo de ECP se relaciona de forma directa con los TCA, pues no se cuentan con grandes estudios longitudinales que rastreen en el tiempo la evolución de los rasgos del trastorno con relación al estilo de crianza, ni el impacto de las variaciones en estos últimos como lo sería en el de una persona

que es adoptada o que tiene un cambio drástico en su cuidador. Además, se ha planteado una diferencia entre el efecto del estilo de crianza que tiene el padre y que tiene la madre, indicando que esto puede desencadenar una diferencia en el tipo de trastorno a desarrollar y hasta la probabilidad de desarrollarlo o no.

Aún con todo lo anterior, la cantidad de información que se encuentra disponible sobre los estilos de crianza parental en relación al desarrollo y mantenimiento de trastornos de conducta alimentaria es abundante, dispersa y en ocasiones contradictoria; es por esto que a continuación se expone una síntesis de los hallazgos más reiterativos en las diferentes investigaciones que han aportado al tema de estudio, bien sea en avances sobre la identificación de relaciones causales entre ECP y TCA, o sobre los campos que aún se encuentran pendientes por explorar en próximas investigaciones sobre el tema, entre ellas se encuentran la crianza parental percibida, el rol del padre y el de la madre, los estilos de alimentación y la sobreprotección.

5.4.1 Crianza parental percibida.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios sobre TCA son basados en la percepción de los pacientes sobre las diferentes condiciones a las que han estado expuestos a lo largo de su vida, la crianza ha sido igualmente medida en esos términos. Por esta razón, de los estudios seleccionados para esta revisión la mayoría investigan y clasifican la percepción de los pacientes de TCA acerca de la crianza que recibieron por parte de sus padres a partir de la identificación y operacionalización de conductas comunes o repetitivas en estos. Por ejemplo, en el estudio realizado por Borda et al. (2019) con 168 mujeres que cumplían criterios de TCA y a quienes les aplicó el cuestionario sobre la crianza percibida, se les valoró los recuerdos acerca de las dimensiones: rechazo, calidez emocional, sobreprotección y favoritismo.

De este estudio Borda et al. (2019) determinó que “los estilos percibidos de crianza parental pueden estar afectando el desarrollo de TCA no sólo directa sino también indirectamente, junto con la mediación de otras variables personales y emocionales” (p. 18) esto es importante teniendo en cuenta que como se mencionó inicialmente, el impacto de los ECP puede afectar de diferentes maneras la personalidad de un individuo y su sano desarrollo. Esta correlación coincide con los hallazgos de Marmo (2014) cuando indica que “para la mayoría de los niños, los padres son los ejemplos para seguir y tienden a imitar lo que ellos hacen ya que creen que es lo correcto” (p.

2062), de manera que existe una tendencia a la repetición de conductas percibidas, que se refuerza o se extingue dependiendo del contexto y la frecuencia de los eventos.

Los estudios señalan por ejemplo que las actitudes negativas por parte de los padres y familiares cercanos con respecto a las pautas alimentarias y a la imagen corporal son elementos que alteran la relación que desarrollan los individuos con la comida, Marmo (2014) señala en su investigación que “se ha comprobado que las críticas que realizan abuelos, tíos, o personas relacionadas de forma muy directa con los niños, pueden influir en la percepción de la imagen corporal que tienen, considerándose un factor precipitante” (p. 2064), estas críticas o comentarios son comunes en grupos familiares que como es de esperar continúan transmitiendo estos estilos de crianza a su descendencia ya que los padres en ocasiones son incapaces de romper con el ciclo (porque no son conscientes de él, o porque no lo perciben como negativo) y terminan construyendo sus pautas de crianza a partir de este.

Así las cosas, es común encontrar dos aspectos frente a los ECP en pacientes de desórdenes alimenticios, el primero de ellos es una percepción del estilo de crianza basado en dificultades de comprensión y comunicación padres-hijos. En el estudio realizado por Rivera et al. (2018) a 4 mujeres diagnosticadas con TCA “los resultados sugieren que los padres encontraron difícil apoyar a sus hijas, escuchándolas entendiéndolas y acompañándolas en situaciones que ellas consideraron como una “crisis” y expresar afecto hacia ellas” (p. 78), en la misma vía Mensi et al. (2021) evaluó a 84 adolescentes diagnosticadas con desorden alimenticio restrictivo y sus padres sobre la percepción de padres e hijos sobre los síntomas de estos últimos a partir de las pautas de comportamiento que tienen ambos señalan que “los pacientes reportaron puntajes bajos para quejas somáticas, problemas mentales, comportamientos que rompen las reglas comparado con los puntajes de los mismos problemas comportamentales brindados por los padres” (p. 2).

El segundo aspecto hace referencia a que las pautas de crianza basadas en confianza cariño y comprensión no se han relacionado con TCA, por el contrario, se consideran protectoras de los trastornos. De la Osa et al. (2015) a partir de una muestra de 622 niños entre los 3 y los 5 años a la que entrevistaron y aplicaron cuestionarios tanto a los niños como a los padres encontraron que “una disciplina consistente y darle autonomía y normas al hijo en las comidas en las etapas tempranas de desarrollo son beneficiosas y buenas predictores de menos problemas relacionados a la alimentación.” (p. 150), es decir, que reiteradamente aparecen los ECP como factores protectores

y de riesgo para TCA dependiendo de las características de estos como del contexto en que se desarrolla el individuo.

5.4.2 Rol padre / rol madre.

Un hallazgo recurrente, aunque poco estudiado en las hipótesis de los estudios hechos a cerca de los efectos que tienen los ECP en los sujetos, es que las consecuencias de una crianza que viene dadas por dificultades en la interacción con el padre, no son las mismas que las que se producen por dificultades con la madre. Esto es un aspecto muy revelador acerca del rol que tiene cada uno de los padres en el desarrollo de la personalidad de los individuos, así como en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, pues podría ser el elemento determinante en el camino entre desarrollar un trastorno y no otro, e incluso entre desarrollarlo y no desarrollarlo.

En particular, Borda et al. (2019) ha señalado que “cuanto mayor es el rechazo o desaprobación materna percibida, mayor es la probabilidad de que se desarrolle hábitos alimentarios inadecuados” (p. 18) asunto que es lógico de concluir pues culturalmente son las madres las que brindan la pautas de alimentación al núcleo familiar, por tanto, una dificultad en la relación con ellas indirectamente alterará el resto de interacciones que de ella se devienen, además de que como se ha visto en otros asuntos, la percepción negativa por parte de los padres implica el desarrollo de algunas conductas relacionadas a la inseguridad, la insatisfacción corporal y la falta de autocontrol, por lo que, resulta fundamental estudiar a mayor profundidad como este vínculo parental en particular interviene en el desarrollo y mantenimiento de TCA.

En el caso de la relación padre-hija Borda et al. (2019) concluye que “varios estudios destacan la importancia de la calidez emocional paterna percibida en relación con la actitud de la chica hacia su imagen corporal y sus hábitos alimentarios” (p.18), este resultado es común a los diferentes estudios examinados en donde se le asigna al padre un valor relevante frente a la autoimagen y la autoestima que desarrollan las mujeres. Esto puede pensarse en relación con los estereotipos de belleza que se imponen culturalmente que se encuentran fundamentados en percepciones machistas y poco realistas sobre lo que debería ser el cuerpo femenino, además de que, el padre cumple el rol de ser el primer vínculo afectivo del género opuesto del que se espera cariño, protección y validación, por lo que, al no recibir estas respuestas se incrementa la probabilidad de desarrollar problemas de seguridad y autoestima.

5.4.3 Estilos de alimentación.

Un tercer elemento recurrente dentro de las investigaciones recopiladas es la transmisión de los estilos de alimentación de los padres a los hijos, Krug et al. (2008) llevaron a cabo un estudio aplicado en Europa que buscó relacionar patrones de alimentación aprendidos o transmitidos en la familia con TCA y encontró que “la comida utilizada como individualización se asoció positivamente con desórdenes alimenticios posteriores” (p. 915), esta conclusión coincide con hallazgos en otros estudios que resaltan como factor positivo o protector que la alimentación se lleve a cabo en familia y no de manera separada para evitar la aparición de ideas negativas sobre la imagen corporal. Además, encontró que los padres con una alimentación saludable se asocian con niños que desarrollan patrones alimentarios saludables.

Por otro lado, Zarychtaa et al. (2019) realizaron un estudio longitudinal con una muestra de 822 diadas de hijo-madre es decir (1644 participantes) entre el 2011 y el 2015, en el que se entrevistaba a los hijos y se aplicaban cuestionarios a los padres. En este estudio se categorizó tres estilos de alimentación, el emocional, el externo y el restringido y de esto se encontró una diferencia en los efectos del estilo de alimentación dependiendo el sexo del hijo, en donde el estilo restringido maternal se asoció con la alimentación restringida de las hijas, pero no con alimentación restringida en los hijos y la alimentación externa maternal se asoció con la alimentación externa de los hijos, pero no con la alimentación externa en las hijas (Zarychtaa et al., 2019) lo que posiblemente está relacionado con otras variables emocionales y culturales que se encuentran en interacción con los individuos dependiendo del género.

5.4.4 Sobreprotección

Una vez analizados los diferentes estudios recopilados para esta revisión se encontró que el ECP que aparece de forma directa o indirecta en una gran cantidad de investigaciones es el sobreprotector, este estilo de crianza se encuentra frecuentemente relacionado con la baja autoestima, la baja autoconfianza y por ende la dificultad para tomar decisiones, así como la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios. La sobreprotección entendida como la tendencia en los padres a sobrereactuar frente a peligros insignificantes para los hijos, así como la

limitación de estos últimos para llevar a cabo actividades por su propia cuenta y sin una supervisión constante son comunes en la percepción de la crianza que tuvieron los pacientes de TCA.

Por ejemplo, Beato et al. (2016) quienes critican la falta de estudios longitudinales que clarifiquen la relación TCA y familia desarrollaron un estudio prospectivo con 166 pacientes mujeres españolas, a las que se les aplicó un test sobre la memoria de crianza percibida enfocado en el estudio del rechazo, el calor emocional, la sobreprotección y el favoritismo. En este se concluyó que “la sobreprotección percibida invalida en cierta medida a las pacientes y las hace menos eficaces a la hora de pasar a la acción en la superación de su TCA” (p. 61), es decir, que además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de estos desórdenes también es un factor mantenedor de estos, pues como se mencionó anteriormente altera la autoimagen y, por tanto, afecta la capacidad para tomar decisiones y para mantenerse en ellas.

Estas dificultades con respecto a la sobreprotección vienen dadas en gran medida por la incapacidad de los padres para relacionarse sanamente con sus hijos, o por la falta de consciencia sobre sus propias conductas de invalidación y sobreprotección sobre ellos. Rivera et al. (2018) en su estudio indican que “los padres encontraron difícil establecer límites y reglas claras durante la infancia y adolescencia de sus hijos, y por lo tanto imponían su punto de vista, hacían exigencias y tomaban decisiones por ellos” (p. 78), es decir que, no promovieron en sus hijos el desarrollo de la autonomía, la autogestión, la toma de decisiones y la autoconfianza. Todas estas habilidades necesarias para un correcto desarrollo de la personalidad y para una interacción sana con las condiciones a las que nos exponemos a diario en el medio ambiente o el contexto en donde nos desenvolvemos.

En suma, Bowles, Kurlender, y Hellings (2020) publicaron un estudio realizado a 1540 mujeres adultas, de las que ninguna alcanzó criterios clínicos de desorden alimentario y que buscaba comprobar el riesgo de desorden alimenticio dependiendo del funcionamiento familiar y el estilo de crianza al que la mujer estuviera expuesta. De este estudio se concluyó que “los dos perfiles de funcionamiento familiar autoritativo y autoritario proporcionaron evidencia de dos formas diferentes de relacionarse en familia” (p. 55) y aparecen como los más asociados a trastornos alimentarios, es decir, nuevamente el rol sobreprotector en los padres resalta como una variable negativa en el desarrollo sano de la personalidad de los individuos, aunque no necesariamente implica la aparición de trastornos de conducta alimentaria como lo muestra el estudio.

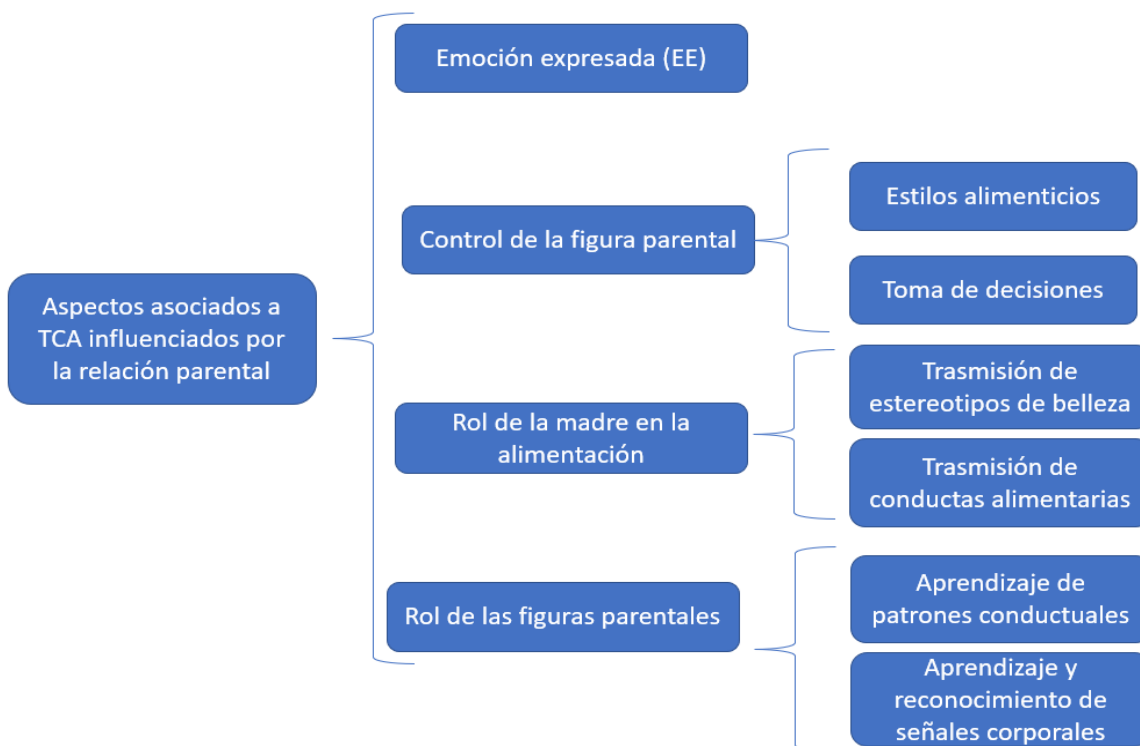
En conclusión, podemos decir que hay gran cantidad de estudios descriptivos de las interacciones familiares en pacientes con TCA, pero ninguno que logre establecer relaciones directas y claras en el tema debido a que no son lo suficientemente largos (que estudien la población longitudinalmente) para arrojar datos confiables, ni lo suficientemente profundos para determinar de forma completamente veraz las correlaciones existentes entre las diferentes variables asociadas a la etiología de los TCA. Esto implica que las investigaciones futuras asuman un rol más experimental y participen en el crecimiento y desarrollo de grupos poblacionales relevantes para el tema, además, es fundamental que se explore de forma individual o aislada la participación que tienen los padres y las madres en el desarrollo y mantenimiento de TCA, así como el papel de los estilos de crianza que deben ser promovidos por las entidades de salud y los entes territoriales en pro del bienestar de la población.

5.5 Relación parental

Figura

7

Impacto de las relaciones parentales en los TCA



La familia es el primer grupo al que se vinculan los seres humanos, las dinámicas que allí se dan determinan profundamente el desarrollo de la personalidad en los individuos por diferentes razones, entre ellas se encuentra la transmisión genética de información que se consolida durante las relaciones vinculares de la infancia, el rol que tiene la persona dentro de su núcleo familiar ya que no es igual ser hermano mayor a ser el menor, ser hijo único, tener un género diferente al de todos los hermanos, entre otros. Estas posibles combinaciones son muy variadas y en ocasiones se modifican a través del ciclo vital, con la aparición o la falta de personas dentro del núcleo familiar.

Las relaciones que se establecen entre los miembros de un grupo familiar también varían de acuerdo a el rol que cada uno cumple, pues se establecen expectativas sobre el comportamiento de cada uno de los individuos, se definen relaciones de poder y control, se le atribuye una mayor cantidad de conocimiento y experiencia a quienes son mayores, hay inconscientemente responsabilidades con el trato hacia el otro, entre otros, y esto significa que al momento de estudiar la influencia de la familia en el desarrollo y mantenimiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se debe tener en cuenta estas diversas particularidades en las relaciones interpersonales entre los miembros del núcleo. Para este trabajo se tiene en cuenta en particular la relación parental, es decir aquella que se establece entre los padres con sus hijos en particular.

Las relaciones parentales son de difícil comprensión debido a la infinidad de variables que intervienen en ella, como lo son el tipo de familia (nuclear, monoparental, homoparental, multinuclear, entre otras), así como si hay una relación de pareja en la que hay estabilidad emocional entre la pareja, o si hay una relación de pareja pero con dificultades en el relacionamiento de la misma, también, es importante considerar quién ejerce el papel de cuidador en la familia, cuál de los padres, basado en que estilo de crianza, como se establecen las relaciones de apego con los hijos, si existen adecuados canales de comunicación y de resolución de conflictos. De manera que dentro del estudio de las relaciones parentales se abren una gran cantidad de oportunidades de estudio que aún se encuentran a la espera de ser analizadas.

Para efectos de este ejercicio investigativo, se tuvo en cuenta factores que aparecen constantemente dentro de las investigaciones realizadas en relación al objeto del estudio tales como la Emoción Expresada, el control que ejerce la figura parental sobre las decisiones de los hijos, el rol que cumple la madre específicamente en la alimentación de sus hijos, la percepción de reciprocidad entre los miembros del grupo familiar con respecto a los padres y el rol en sí mismo

que cumplen los cuidadores o padres dentro del desarrollo o mantenimiento de un TCA. Todas estas subcategorías, que reflejan la diversidad de factores que intervienen en las relaciones parentales y que ameritan seguir siendo estudiadas con enfoques más experimentales y prácticos que teóricos serán expuestas a continuación.

5.5.1 Emoción expresada.

La emoción expresada (EE) en psicología es una temática referente a la interacción que se produce entre alguien que padece alguna enfermedad y su familia; Pérez et al. (2018) utilizaron este concepto para aplicar una batería de cuestionarios a 53 cuidadores de mujeres pacientes de TCA con el fin de ahondar sobre la emoción expresada y el malestar psicológico que estos percibían, a partir de la definición de EE que ellos estudiaron en la que se indica que son “aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia algunos de sus miembros con algún tipo de desorden o discapacidad” (p. 38). Esta subcategoría es relevante porque como se mencionó previamente, las interacciones entre individuos se determinan de acuerdo con el rol que cada uno tiene, y al ser una persona con alguna condición médica se modifica el comportamiento, así como el trato que se recibe de los demás.

Las investigaciones señalan que la emoción expresada se observa a través de los estilos de comunicación y relación familiar que pueden ir desde la hostilidad, la sobre implicación emocional, la calidez y la sobreprotección (Pérez et al., 2018). Todas como una forma de manifestar el malestar psicológico que se desencadena por el padecimiento de una enfermedad de un integrante del núcleo familiar. Esta situación, sumada a la relevancia que se ha identificado con respecto al vínculo parental para la formación de un sano o patológico desarrollo de los individuos, implica un asunto de alto valor en la comprensión de los TCA, “la EE es considerada un factor clave en el mantenimiento de la enfermedad, así como una variable predictiva del pronóstico de los TCA” (Pérez et al., 2018, p. 38).

Otro estudio cualitativo y longitudinal mostró que las personas con alta EE, seguían teniendo un alto nivel de sintomatología de TCA pasados 6 años (Hedlund et al., 2003) esto teniendo en cuenta que en la población de estudio predominaban los comentarios críticos por parte de los padres hacia sus hijas seguido de la sobre implicación emocional y la calidez, los comentarios positivos y finalmente la hostilidad. Lo que señala que la forma en que se da la relación parental

en términos de EE está vinculada parcialmente con el desarrollo y mantenimiento de un TCA, posiblemente porque las dificultades en esta relación desencadenan obstáculos en la comunicación de los padres con los hijos, aumentan las inseguridades de los pacientes del trastorno y, por tanto, empeoran la capacidad de estos para tomar decisiones que le beneficien.

5.5.2 Control de la figura parental.

Otro aspecto que aparece frecuentemente en la observación y estudio de las relaciones parentales es el control que ejercen las figuras parentales sobre la vida de los pacientes asociada principalmente a dos asuntos fundamentales, el primero es el control en la toma de decisiones del paciente, desde asuntos muy sencillos a otros de mayor trascendencia, y el segundo es el control que ejercen algunos padres sobre los estilos alimenticios de sus hijos. Ambas, se relacionan con la falta de autoconfianza que desarrollan los individuos y que les desencadena un actuar inseguro y en ocasiones descompensado en relación con lo que se espera de ellos, toda vez que, no cuentan con los recursos psicológicos para establecer límites.

Las investigadoras Shevanoba y Yablonska (2019) dirigieron un estudio sobre la influencia de la familia en la formación de desórdenes alimentarios y de peso haciendo uso de un análisis temático retrospectivo (MTRA)-food, que consiste en una reconstrucción biográfica del estilo de vida del sujeto para identificar formas sustanciales de interacción con el ambiente. El estudio se aplicó en 567 jóvenes y de este los autores identificaron las estrategias y las tácticas de los adultos para controlar el comportamiento alimentario de sus hijos siendo principales los medios manipulativos tales como las sugerencias o las incitaciones, y los medios violentos, no necesariamente violencia física, sino psicológica como el rechazo, castigos psicológicos, las restricciones, las críticas y las amenazas. Todas estas estrategias utilizadas por los padres para regular la conducta alimentaria de sus hijos aplicadas sobre todo por abuelas y madres, lo cual es lógico de pensar teniendo en cuenta el rol de la mujer dentro del núcleo familiar con respecto a los alimentos.

De otro lado, el control psicológico ejercido sobre la vida en general de los individuos también es de un rol fundamental en los pacientes de TCA, por ejemplo, se ha observado que “demasiado control sin afecto en estas familias reduciría comprensiblemente las oportunidades para que el paciente se vuelva independiente, y tal vez estos esfuerzos de control a menudo estén

relacionados a problemas con los logros, caracterizando un estilo de comunicación menos apoyador” (Hedlund et al., 2003, p. 32). Esto es, que los pacientes reportan una actitud de sobre protección o control por parte de sus padres que limitó su capacidad para tomar decisiones, además, esta situación implica que los pacientes carezcan de los recursos psicológicos y cognitivos para trazarse objetivos claros y trabajar por alcanzarlos.

La problemática principal de esta actitud controladora es que los padres no se perciben a sí mismos como un problema para el desarrollo de sus hijos, por el contrario, su actuar tiene como fin último ayudar, facilitar y proteger a sus hijos, sin ser conscientes del impacto negativo que esto puede implicarles a futuro. Los padres con actitudes controladoras en la alimentación o en los demás aspectos personales de los pacientes, hacen vulnerables a sus hijos bien sea para la toma de decisiones, el establecimiento de límites claros en favor del propio bienestar, o la identificación de las emociones. Los pacientes reconocen esas falencias en sus padres y en sí mismos, ubican esa actitud sobreprotectora en un lugar de causa efecto de muchos de sus comportamientos y claramente de su psicopatología.

Por otra parte, se ha encontrado que el control y la percepción negativa sobre la imagen corporal se da en una vía de un único sentido en algunos casos, siendo así, los padres cuidan rigurosamente las pautas alimentarias de sus hijos, pero no se perciben a sí mismos con dificultades en su propio cuerpo como el sobrepeso o la obesidad. Rodríguez et al. (2015) estudiaron a 30 padres de pacientes de TCA con respecto a la influencia de la alimentación familiar en relación con el desarrollo y mantenimiento de TCA, así como la percepción que se tiene de la influencia de las redes sociales sobre esta misma problemática.

Los participantes que se encontraban en sobrepeso, el 91,67% no se planteaba la realización de una dieta futura, y de aquellos con obesidad, tampoco lo hacía un 25%, datos que contrastan bastante con los resultados obtenidos en el estudio citado anteriormente, donde el 95% de jóvenes que consideraba su peso como ligeramente o muy por encima del adecuado. (p. 1793)

Este hallazgo es problemático en la medida que allí es donde se da lugar a una relación poco coherente entre padres e hijos, pues se empiezan a individualizar las comidas es decir, un tipo de alimentos para los hijos y otros para los padres, y también se envía información errada a los hijos

pues estos pueden percibir como un castigo la forma en que sus padres los alimentan teniendo en cuenta que hay un control desbalanceado de las porciones y los grupos de alimentos que se ofrecen a estos últimos.

5.5.3 Rol de la madre en la alimentación.

Ya se ha mencionado que la mujer tiene un vínculo especial con la comida, tradicionalmente, los alimentos son seleccionados, preparados y suministrados por las figuras femeninas de los hogares. Basado en nuestra forma de organización social, la madre, o la abuela son quienes comúnmente realizan las compras de los víveres o alimentos y así mismo, son quienes preparan esos alimentos para el grupo familiar. Este rol se asocia culturalmente a teorías adaptativas y evolutivas de la especie, en las que se consideraba que los hombres se desplazaban a las zonas de caza para capturar presas y las mujeres se quedaban en el sector aledaño a la vivienda cultivando, seleccionando alimentos de la tierra y preparando la comida.

Sumado a esta percepción sobre el rol de la mujer, existen los estereotipos de belleza que, además, tienden a estar más enfocados en la figura femenina, en los que se le pide a la mujer lucir un cuerpo delgado y esbelto a la par de que se estimula a través de todos los sentidos el consumo de comidas procesadas. Esta dualidad entre el rol de la mujer y el estereotipo de belleza que debe cumplir es una carga muy alta con la que lidian las mujeres de la cultura occidental y, por tanto, es común que, dentro de sus prácticas culinarias, las mujeres expresen de forma inconsciente todas esas esquematizaciones que hacen alrededor de los diferentes tipos de alimentos, las cantidades que deberían ser consumidas y el grupo poblacional que debería o no consumirlas para satisfacer los estereotipos.

Estudios sobre el comportamiento alimentario de las madres de pacientes de TCA y la autopercepción del cuerpo que tienen las pacientes indican que “la comida se convierte en un equivalente simbólico de la función materna” (Lara et al., 2018, p. 628) es decir, que como ya se habló, la madre tiene un rol dentro de la relación paternal como la cuidadora que suministra los alimentos a sus hijos, en suma, Lara et al. (2018) señala que “los pacientes con ED establecen relaciones características con sus madres. El estudio sobre la relación madre-hija, desde el nacimiento hasta los dos años, mostró que la alimentación establece un fuerte vínculo entre ellas”

(p. 628) por lo que es común que el vínculo madre hijo tenga una marcada tendencia a la dependencia y al aprendizaje de las conductas alimentarias de la madre.

Esto resulta un factor de riesgo teniendo en cuenta que las mujeres, en especial las madres llevan auestas los estereotipos de belleza y de buena madre que impone la sociedad, por lo que su comportamiento puede verse permeado de forma más representativa por conductas restrictivas, orientadas a la disminución y control del peso de sus hijos, que cuando no están siendo logradas satisfactoriamente bajo la percepción de la madre, se compensan con la aparición de las estrategias manipulativas y de violencia que hemos mencionado en otros apartados.

5.5.4 Rol de las figuras parentales.

A pesar de la importancia que se le ha dado al rol de la madre, no debe descuidarse el rol que tiene en sí mismo el cuidador o los cuidadores principales de los niños, pues representan la figura parental y de autoridad más fortalecida en la vida de estos y son quienes van a regular mayormente el desarrollo del niño a partir de las experiencias a las que le someta o le exponga. Es en este momento, en donde el abanico de posibilidades se vuelve inmenso, pues el cuidador principal puede ser cualquier persona, no todas las personas cuentan con la figura materna en su infancia o en su vida en general, puede ser solamente el padre, los abuelos, tíos, o un cuidador adoptante, quien asume el rol de figura parental y con ello todas las influencias que tiene esa figura sobre el desarrollo cognitivo y psicológico de los individuos.

La interacción entre el cuidador y los niños es determinante en la vida de los individuos, sus esquemas o estructuras se desarrollan a partir de patrones conductuales que aprenden y repiten de las figuras más representativas de sus vidas, por lo que es constante la aparición de las relaciones interpersonales padres-hijos en la explicación etiológica que se da sobre algunas conductas mal adaptativas en los individuos. En el caso de los Trastornos de Conducta Alimentaria se ha observado que ellos (el grupo de pacientes) describieron relaciones frías y menos amorosas (Fäldt, 2008) asunto que implica la dificultad en el desarrollo de la capacidad para controlar y expresar de las emociones y en ocasiones también es signo de dificultades en la comunicación de los miembros de la familia debido a la falta de camaradería o confianza.

También, se ha observado que “la presencia de conductas alimentarias desviadas estaba fuertemente ligada a una relación adversa padres-hijos, y el sobre peso en niños” (Schuetzmann et

al., 2008, p. 778), es decir que, la aparición de desórdenes alimentarios puede representar una expresión de las problemáticas en el vínculo afectivo de las figuras paternas con los hijos, esto se explica a partir de asuntos como la reciprocidad y la capacidad para identificar estados internos de los hijos, por ejemplo Sanftner et al. (2008) llevaron a cabo un estudio sobre la reciprocidad en una muestra de 397 universitarias y encontraron que:

La reciprocidad de las hijas con las madres y los padres fue predictiva de su nivel de conciencia de las señales fisiológicas internas (por ejemplo, hambre y saciedad) y emocionales. Aunque no es posible interpretar la dirección causal de estos hallazgos, una posibilidad es que la mala reciprocidad entre una hija y sus padres conduce a tales problemas porque estas son habilidades que uno aprende a través de los padres mientras crece. (p. 60)

Esto implica que la relación es de un impacto más que psicológico, abarca capacidades fisiológicas necesarias para la supervivencia de los individuos, “tener una relación con uno o ambos padres que se caracteriza por numerosas desconexiones puede interferir con el desarrollo de la capacidad de reconocer e interpretar signos y señales corporales y emocionales” (Sanftner et al., 2008, p. 60) lo que explicaría por ejemplo la aparición de sobre ingesta de comida hasta la sensación de incomodidad, o la privación calórica aun cuando esto significa un riesgo para los diferentes sistemas biológicos que componen y mantienen funcionando el cuerpo de los seres humanos.

La relación parental entonces es significativa desde los primeros momentos de la vida, pero su influencia no se limita a estos, sino que se convierte en un factor mantenedor de conductas desadaptativas a lo largo de la adolescencia y la adultez temprana, esto porque los hijos siguen construyendo su forma de relacionarse a partir de los recursos que le ofrecen sus padres o cuidadores, a medida que crecen y atraviesan diferentes momentos del ciclo vital propios de la especie van requiriendo más información por parte de sus padres y cuando hay problemas en este aspecto, nuevamente se aumentan los factores de riesgo.

Existe un estudio particular en el que se ahonda en la relación padre-hija y allí se determina que “entre las niñas de 15 años, las puntuaciones de ascetismo de los padres (año 1) mostraron una correlación significativa con actitudes alimentarias alteradas en las niñas dos años después” (Westerberg et al., 2008, p. 70) haciendo referencia que para las hijas es relevante el padre como

figura masculina para la definición de su autopercepción, así como para la estructuración de sus pautas alimentarias a partir del rol sexual que este ayuda a construir desde su figura paternal del género opuesto. Campo de investigación aún por explorar y que puede arrojar información importante a partir de la definición de los géneros dentro del núcleo familiar.

De otro lado, Rivera et al. (2018) llevaron a cabo un estudio sobre los aspectos familiares percibidos asociados al desarrollo de TCA, a partir de un modelo de investigación cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas a cinco padres de hijas diagnosticadas de TCA y las cuatro hijas correspondientes. Esta investigación arrojó que “los padres encontraron difícil apoyar sus hijas en situaciones que ellos definieron que involucraban crisis o cambios” (p. 74), también encontraron que “antes del desarrollo del desorden, ellos encontraban difícil expresar aprobación y afecto hacia sus hijas” (Rivera et al., p. 74) y finalmente y a modo de conclusión del estudio:

Los padres identificaron el hecho de que, antes del inicio del ED, ellos eran incapaces de hablar sobre las dificultades o conflictos que surgían en la familia y podían por lo tanto no resolver los desacuerdos o problemas que emergieran y por el contrario evitarlos, ignorarlos o negarlos (Rivera et al., p. 76)

Por otra parte, Latzer et al. (2009) quienes realizaron un estudio con 30 tríos de familias (hija con TCA y ambos padres biológicos) se preocupó tanto por la relación parental como por la relación marital y encontraron que: “las familias con una hija sufriendo anorexia o bulimia se caracterizan por niveles más altos de angustia tanto en sus relaciones maritales y menos favorables en sus relaciones parentales” (p. 1213) lo que apoya y explica el cúmulo de hallazgos de las tendencias investigativas alrededor de la relación parental pues como se observa, los conflictos ocurren, pero la falta de reciprocidad en la emoción, la comunicación y la confianza imposibilitan hablar abiertamente de ellos y evitar así que se desencadenen patologías como los desórdenes alimentarios.

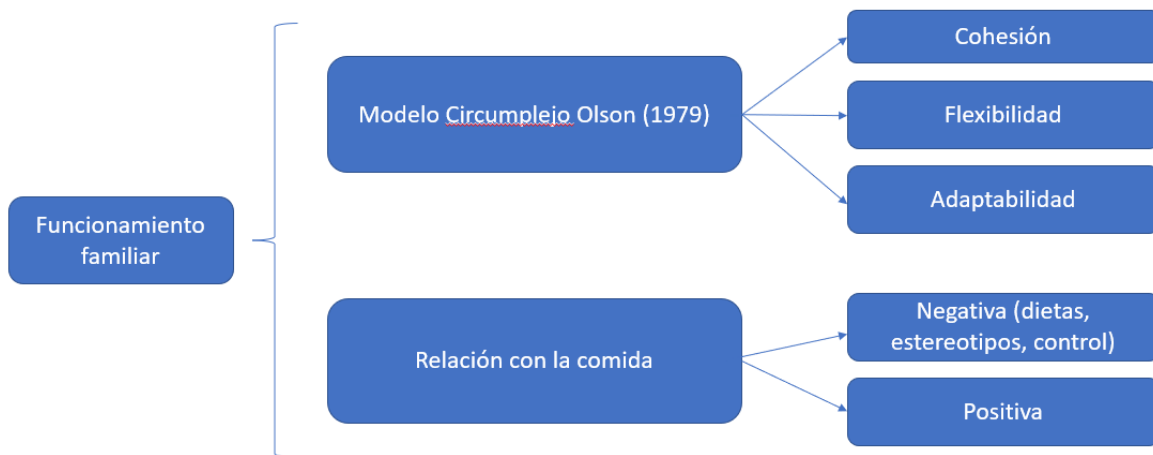
En conclusión, como se puede identificar las relaciones parentales significan una gran parte de la construcción psíquica que hacemos los individuos a través del desarrollo, son fundamentales durante los primeros años de vida, pero siguen teniendo relevancia a lo largo del ciclo vital por diferentes razones. Incluir esta categoría dentro de las investigaciones de TCA es necesario para comprender muchas de las posibles causas de la aparición de estos trastornos, así como las razones

por las cuáles el trastorno se mantiene o se corrige. Sin embargo, se observa que la mayoría de los estudios son de corto plazo, hace falta a aplicación de estudios longitudinales en grandes cantidades de población para poder generalizar estos hallazgos y avanzar en la conceptualización del problema.

5.6 Funcionamiento familiar

Figura 8

Funcionamiento familiar desde el modelo Olson y su relación con la comida



El desarrollo del ser humano está determinado por factores evolutivos propios de la especie, por condiciones ambientales y culturales, así como por herencia de nuestros ancestros, esto implica que la forma en que nos constituimos tanto física como psicológicamente depende de diferentes factores que convergen todo el tiempo. Históricamente nos agrupamos en familias (independiente de la cantidad o tipo de miembros que la conforman), grupo que representa un vínculo afectivo importante en los individuos como base para la construcción de su personalidad, basado en las creencias, hábitos, y apego que se viven y transmiten entre los integrantes del núcleo familiar, por lo que necesariamente, la familia es un aspecto importante a tener en cuenta cuando se estudia la construcción psicológica de las personas sanas y enfermas, pues de ahí, surgen en muchos casos las causas que dan cuenta del comportamiento de las personas en situaciones determinadas.

En particular, cuando se habla de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) las investigaciones que buscan identificar características asociadas a los pacientes de estas psicopatologías coinciden en señalar que la familia tiene un rol significativo tanto como factor protector, como factor de riesgo y como factor mantenedor de la enfermedad. La familia en general puede brindarle al individuo herramientas para una correcta regulación emocional, una sana autoimagen y hábitos de vida saludables que le protegen de las presiones a las que se verá expuesto a lo largo de su ciclo vital, no obstante, también puede provocar baja autoestima, limitar las capacidades de la persona para relacionarse con los otros y consigo mismo, así como inculcar comportamientos poco saludables que el individuo interioriza y utiliza como mecanismos de defensa ante situaciones de estrés.

El hallazgo más frecuente que se ha documentado entre la familia y los TCA se relaciona específicamente con el funcionamiento familiar señalando que la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de desórdenes alimentarios en adolescentes (Cogollo & Gómez-Bustamante, 2013). La forma en que los individuos perciben el funcionamiento de su familia es consistente en diversas investigaciones que más adelante expondré, sobre todo en las dimensiones del desarrolladas por el modelo sistémico que abarcan la cohesión, la flexibilidad y la comunicación, las cuales son calificadas como deterioradas o problemáticas por los pacientes. Además, se ha encontrado que la manera en que la familia se relaciona con la comida también está fuertemente relacionada con la aparición o no de TCA.

5.6.1 Funcionamiento familiar basado en el modelo circumplejo de Olson (1979).

David Olson construyó una teoría sobre el funcionamiento familiar basado en tres dimensiones específicas, la cohesión, la flexibilidad o adaptabilidad y la comunicación; a partir de ellas propuso diversos tipos de familias. Para el objeto de esta investigación son relevantes las dimensiones del funcionamiento familiar ya que de acuerdo con los estudios realizados sobre el tema son las que se ven alteradas o deterioradas en las familias de pacientes con TCA, mientras que los tipos de familia no se han relacionado directamente ya que no se ha observado un patrón recurrente en las familias que experimentan estas psicopatologías. De acuerdo con la teoría del modelo circumplejo los integrantes de un núcleo familiar tienen niveles de cohesión que determinan su nivel de unión emocional, niveles de flexibilidad que les permite modificar su

jerarquía y su apego a las normas y finalmente, habilidades comunicativas entre los individuos entendidas como su capacidad de expresarse y hacerse entender que son fundamentales para el funcionamiento de las dos dimensiones anteriores.

Este modelo pone en consideración asuntos de la vida en familia que se pueden extender a otros aspectos de la vida cotidiana en sociedad que es propia de los seres humanos por lo que resulta siendo una forma útil para intentar explicar la aparición de trastornos de la conducta. La forma en que los individuos nos relacionamos con nuestro núcleo familiar moldea en gran medida nuestras relaciones con las otras personas y con nosotros mismos, ya que en la medida que nos sentimos comprendidos y acogidos por ese grupo de personas tan cercano, desarrollamos la capacidad para regular nuestro comportamiento en respuesta a estímulos internos y externos que percibimos. En su investigación Ávalo y Samada (2020) resaltan que:

Cuando las familias presentan algún grado de desajuste en la comunicación y adaptabilidad, pueden no tener adecuados estilos de afrontamientos que les permitan realizar ajustes ante determinadas situaciones conflictivas, por lo que no serán capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que les proporcionen salud y bienestar a sus miembros y los protege de trastornos de conducta en este caso alimentaria, por lo que podrán presentar ante eventos vitales estresantes pérdida del control, no tener suficientes fuerzas, manifestar desajustes y desequilibrios que condicionan cambios en la salud de sus miembros y específicamente en el funcionamiento familiar. (p. 22)

Las consecuencias del deterioro en el funcionamiento familiar impactan la vida en general del individuo, mientras la disfuncionalidad familiar aumenta, la intensidad del desorden alimentario también aumenta (Wisotsky et al., 2003) ya que la estructura psicológica de los individuos se ve altamente mediada por este grupo social, en particular, “las familias con TCA muestran un funcionamiento caótico, desligado, enmarañado y rígido en comparación con las familias normativas” (Fernández et al., 2015, p. 160), de manera que la información con la que se relaciona el individuo es así mismo problemática.

Esta influencia se da sobre todo en etapas tempranas como la infancia y la adolescencia momentos del ciclo vital que son de gran trascendencia en la vida de los individuos teniendo en cuenta que es un momento de construcción y definición psíquica y “si la relación vincular se

caracteriza por inestabilidad y ambigüedad (o relaciones de apego inseguro) comenzará a desarrollar un Yo débil, dificultando una adaptación adecuada a las exigencias del entorno” (González et al., 2002, p. 109). En el estudio del papel de las diferentes dimensiones del funcionamiento familiar en relación con los atracones en adolescentes Laghi et al. (2020) encontraron que las familias con pacientes de TCA “fueron percibidas como muy poco cohesivas con separación emocional y poco solidarias” (p. 416)

A las anteriores características, se le añaden otras que han sido relacionadas con los desórdenes alimentarios tradicionalmente, al respecto, Rodríguez-Ruíz et al. (2013) señalan que “la insatisfacción corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de TCA en niños y adolescentes, mediada por la presión familiar y social, siendo más notable dicha influencia en el caso de las chicas” (p. 22), esto, basado en las convenciones culturales sobre la belleza y la figura ideal como mujeres que en algunos casos son incluso transmitidos y favorecidos por la misma familia dependiendo de sus creencias.

No obstante, las presiones sobre estereotipos de belleza no son las únicas problemáticas que se pueden identificar en la relación familiar con adolescentes, Álvarez et al. (2014) encontraron que una gran mayoría de las niñas que presentan TCA en su investigación reconocen tener una mala relación con sus padres o que se sienten faltas de cariño y aprecio, poniendo allí de manifiesto las dificultades respecto cohesión y comunicación familiar enfatizando el rol de los padres dentro del núcleo familiar como agentes de invalidación de sus propios hijos en cuanto a muestras de afecto, consolidación del autoestima y confianza, entre otros.

Los datos obtenidos a través de la investigación sobre el funcionamiento familiar basado en el modelo sistémico en relación con los desórdenes alimentarios muestran también diferencias significativas entre las familias de personas afectadas por un TCA y las familias de población normal en relación con el vínculo (López et al. 2014) resaltando una tendencia en la percepción de los pacientes de TCA sobre las dimensiones que componen el funcionamiento de su familia, por ejemplo:

Dentro de la percepción del funcionamiento familiar de los pacientes con Dx Anorexia Nerviosa el 56 % se identifica como carentes de unión familiar, poca correspondencia de los intereses y necesidades de los miembros de las familias, dificultades en la comunicación, falta de habilidad para cambiar los roles y límites. En los pacientes con Dx Bulimia

Nerviosa se evidenció como resultado que el 50 % se identifican con baja cohesión familiar, poca armonía y falta de comunicación (Ávalo & Samada, 2020, p. 22)

Incluso, la percepción de la disfunción del núcleo familiar es reportada por otros integrantes de la familia como en el caso de McDermott et al. (2002) quienes estudiaron la percepción de disfuncionalidad familiar en padres e hijos de pacientes de TCA y encontraron niveles más altos de lo esperado respecto de la población de norma. No obstante, también se ha puesto en el abanico de posibilidades el hecho de que los estudios que existen sobre TCA y familia si bien identifican patrones regulares de disfuncionalidad, no logran esclarecer ni asegurar si la disfuncionalidad obedece a una problemática antecedente a la enfermedad, o si por el contrario es una forma de respuesta de la familia ante la situación de enfermedad que desarrolla alguno de los individuos, provocando así cuestionamientos y conclusiones que van en contravía de la presunción de que la disfuncionalidad familiar es un posible factor de riesgo de un trastorno alimentario.

Otros autores como Cunha et al. (2009) añaden que la percepción de los miembros del grupo familiar no es necesariamente consistente, ya que esto es el producto de una experiencia subjetiva, es decir que está atravesada por condiciones contextuales y personales que alteran la objetividad de la información y que además variarán dependiendo del individuo al que se le pide evalúe las dimensiones; en concordancia Emanuelli et al. (2004) encontraron que “las hijas control tenían una percepción significativamente peor de la comunicación en sus familias que sus padres, pero no sus madres” (p. 4), en esa misma vía Karwautz et al. (2002) en su estudio sobre las percepciones subjetivas de los entornos familiares en una muestra clínicamente enferma de pacientes adolescentes con AN aguda encontraron que “las hermanas con AN se encuentran en una posición intrafamiliar más débil que sus hermanas sanas, careciendo, en particular, de autonomía individual dentro de sus familias” (p. 133).

De otro lado, se encuentra una fuerte línea investigativa que se enfoca en la relación padre-hijos, de la que se ha observado un patrón específico de comunicación sofocada, de rechazo y contradictoria en las familias de un individuo con TCA (Emanuelli et al., 2004) que sumado a los valores y principios que se transmiten de padres a hijos, así como la capacidad para acompañar a sus hijos en las situaciones en que estos experimentan presiones son relevantes para la aparición de trastornos alimentarios, “las actitudes que los padres tienen hacia sus hijos, como reñirles por su falta de apetito o fomentar que realicen ejercicio “para quemar calorías” (“fat talk”), podrían

influir negativamente en la adquisición de comportamientos y actitudes alimentarias problemáticas” (Rodríguez-Ruíz et al., 2013, p.23).

La presión provocada por las altas expectativas que tienen los padres con sus hijas provoca en ellas el afán por el perfeccionismo (Álvarez et al., 2014), también, en el estudio realizado por Ciao et al. (2015) “los adolescentes reportaron una comunicación más deficiente en comparación con ambos padres, y un control del comportamiento más deficiente” (p. 9).

La relación con los padres tiene una relevancia mayor al resto de integrantes del núcleo familiar ya que son considerados los cuidadores principales de los hijos, quienes deben velar por su correcto desarrollo y quienes le orientan y acompañan durante su crecimiento. Por este motivo, el cuidado que la persona recibe de parte de sus padres es especialmente valorado por los hijos, López et al. (2014) compararon la percepción subjetiva del vínculo y la dinámica familiar en pacientes diagnosticados con diferentes tipos de TCA y a partir de ello proponen basado en los resultados de su investigación que:

El aspecto más relevante es el cuidado que percibe la persona por parte del padre y de la madre, volviendo una vez más a la importancia de la nutrición relacional y al deseo de las pacientes de tener una relación más cálida y afectuosa con sus padres. (p. 79)

La forma en que se relacionan padres-hijos estimula comportamientos adaptativos o desadaptativos dependiendo de la calidad de la relación, las familias con poca cohesión, flexibilidad o comunicación limitan las oportunidades de los hijos para sentir confianza y expresar sus emociones, algunos autores correlación por ejemplo la aparición de la bulimia nerviosa con factores predictores como la comunicación con la madre, la comunicación con el padre la cohesión y el manejo inadecuado de los conflictos (Cruzat et al., 2008), otros hacen énfasis en que uno de los mayores problemas que se da es el evadir los conflictos, ya que se elimina la posibilidad que tienen los individuos del grupo familiar para negociar sus diferencias, impidiendo así la solución a sus problemas provocando desligamiento familiar dado por la falta de comunicación (Martínez et al., 2017).

5.6.2 Funcionamiento familiar en relación con la comida

Una vez expuestos los hallazgos con relación al funcionamiento familiar con respecto a los TCA, los avances y las limitantes en esta área de investigación es oportuno añadir una variable que también merece más profundización; las dinámicas familiares en relación con la comida. Como ya se expuso, la disfuncionalidad familiar se considera como un terreno propicio para la aparición de los desórdenes alimentarios, más no necesariamente los provoca, se requieren además otros factores extrafamiliares para que se manifieste el trastorno (Mateos-Agut et al., 2014, p. 274). Si a la disfuncionalidad familiar se le añaden ideas sesgadas y hábitos inadecuados frente a la alimentación, puede pensarse que su carga como factor de riesgo se eleva considerablemente ya que se relaciona directamente con la transmisión de comportamientos anormales del consumo de alimentos.

El estudio realizado por Kluck (2008) en el que probó un modelo de predicción de los efectos de la dinámica familiar en el desarrollo de trastornos alimentarios a través de experiencias familiares relacionadas con la alimentación concluyó que “mientras la disfunción familiar se asocia con diversas formas de psicopatología, las experiencias familiares negativas relacionadas con los alimentos (p. ej., modelado de dietas, burlas, críticas) fueron el factor de riesgo familiar específico para los trastornos alimentarios” (p. 481). Es decir que la relación con la comida bien sea expresada en malos hábitos alimenticios como el consumo de comida en exceso, o la interiorización de creencias como alimentos malos o que engordan, y la utilización de la comida como medio de control sobre los integrantes de la familia es posiblemente el factor predictor de un desorden de la alimentación.

Incluso, esta asociación se antepone a otros aspectos que se consideran determinantes en los trastornos de la conducta alimentaria como lo es el peso, Kluck (2008) propone que “más bien, independientemente del peso, las experiencias familiares relacionadas con la comida se asociaron con trastornos alimentarios” (p. 481) de manera que se modifica así el centro de investigación sobre factores de riesgo del TCA hacia una nueva variable más específica que se relaciona directamente con la sintomatología de estas psicopatologías. Además, llama a la comunidad a trabajar sobre comportamientos específicos en familia que si se identifican y modifican a tiempo pueden impactar positivamente las tasas de TCA en los adolescentes,

Todo lo anteriormente expuesto se resume en la necesidad de ampliar el estudio de la familia en relación a los trastornos alimentarios teniendo presente que “la magnitud de la sintomatología es mayor cuando existen antecedentes en el seno familiar” (León y Aizpuru, 2010, p. 123), asociados principalmente al funcionamiento familiar y las relaciones específicamente con asuntos alimentarios, que a su vez deben ser estudiados en correspondencia a los diferentes grados de afectación de un TCA en los pacientes, ya que “prevalecen las asociaciones negativas, reafirmando que mayores síntomas de TCA se relacionan con menores puntuaciones en el funcionamiento familiar” (Ruíz-Martínez et al., 2012, p. 129).

Es importante señalar que los hallazgos hasta ahora obtenidos sobre el asunto indican que hay características comunes en algunos de los estudios sobre familia y TCA, en donde la rigidez en el funcionamiento familiar predice mayores niveles de síntomas psicopatológicos, pero con diferentes configuraciones en los grupos diagnósticos (Cerniglia et al., 2017), también los pacientes de BN refieren un funcionamiento familiar más deteriorado caracterizado por bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad; así como alto conflicto. Mientras que, las personas con AN identifican a su familia como rígida y con problemas de comunicación, particularmente en quienes presentan AN-purgativa (Ruíz et al., 2013), en suma, “las familias AN informaron una cohesión significativamente mayor pero menos orientación al logro que las familias BN y los participantes BN informaron una mayor dificultad para planificar actividades familiares y confiar entre sí que los participantes AN” (Holtom-Viesel y Allan, 2014, p. 40).

Las asociaciones realizadas en los diferentes estudios antes mencionadas y en general sobre familia y TCA son controversiales pues hay resultados inconsistentes, a nivel general el primero de ellos señala la inexistencia de un patrón específico de funcionamiento familiar que se asocie directamente con TCA, el segundo, la tendencia en estas familias a ser más disfuncionales en comparación a la norma (Sainos-López et al., 2015). Por ejemplo, Erola et al. (2007) compararon el funcionamiento familiar de pacientes con Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Desorden obsesivo compulsivo y concluyeron que “los pacientes con Desorden Alimentario y Desorden obsesivo compulsivo no eran diferentes entre sí en cuanto a las dificultades familiares percibidas” (p. 49), favoreciendo con esto la premisa de que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para enfermedades psicopatológicas en general.

La evidencia empírica reportada muestra entonces que las familias con TCA varían en su funcionamiento familiar, presentando fuertes discrepancias en la representación de las relaciones

por parte de sus miembros. En definitiva, las áreas de malfuncionamiento familiar identificadas son tan variadas que no es posible identificar con certeza ni la estructura familiar, ni, sobre todo, los patrones disfuncionales propios de las poblaciones de los diferentes trastornos alimentarios (Erriu et al., 2020, p. 12).

Esto puede estar dado debido a la falta de instrumentos de medición válidos y confiables que sean específicos para el establecimiento de la relación familia-TCA, Campreciós et al. (2020) afirman que es necesario profundizar en la sensibilidad y validez de los instrumentos que miden la influencia del funcionamiento familiar en los TCA, de manera que se incluyan las nuevas formas de familia, y los cambios en la forma de relacionarse que han devenido con la modernidad dentro de los grupos familiares, también, puede suponerse que al tratarse de una correlación entre el funcionamiento familiar y los TCA, sólo es posible afirmar que hay una asociación entre las variables, sin que sea posible establecer si una variable se comporta como dependiente o independiente (Leija et al., 2011).

Finalmente, es importante resaltar el frecuente llamado que hacen los investigadores a generar nuevas formas de prevención de estos trastornos que incluyan a las familias, señalando la necesidad de que los terapeutas familiares sistémicos promuevan el papel protector de la familia como un elemento que provee al individuo de habilidades que contrarresten factores de riesgo en el desarrollo de los TCA (Ospina et al., 2017), se considera que para los hijos

Percibir una adecuada conexión familiar, intereses compartidos, toma democrática de decisiones, disciplina y roles claros, favorecería la confianza, seguridad y autoestima de las adolescentes estudiantes, en especial por ser la familia la principal fuente de conocimiento, valores, actitudes y hábitos. (Aedo & Almagiá, 2017, p. 51).

El interés que se pone en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales coincide en ser la variable de protección para grupos de TCA (Ruiz et al., 2010).

No debe perderse de vista también, que “realizar intervenciones basadas en la percepción de un solo integrante, podría llevar a que las mismas no sean aceptadas por los miembros que discrepan en esa percepción de la realidad familiar” (Maglio & Molina, 2012, p. 8), por tanto, se requiere de un análisis completo, en el que se pongan en consideración las diferentes perspectivas del grupo familiar y se expongan entre los miembros de manera que se genere una consciencia de

aquellos aspectos que son ignorados por los demás, también es fundamental enfocar la investigación los asuntos familiares mediados por conductas alimentarias anormales que favorecen la aparición de TCA.

6 Discusión

El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión sistemática de los estudios realizados sobre la posible relación o influencia que tiene la familia en el desarrollo y mantenimiento de un TCA haciendo hincapié en el funcionamiento familiar. Dependiendo del enfoque teórico empleado, así como la muestra seleccionada por cada uno de los estudios analizados se encuentran resultados que aportan a la comprensión de esta relación Familia – TCA desde múltiples dimensiones y con implicaciones diversas. No obstante, también se encuentran regularidades y tendencias en este campo de investigación que representan el cúmulo de información que se tiene hasta el momento y que impulsan a la profundización en aspectos que no han sido hasta el momento muy explorados.

6.1 Tendencias

Producto del análisis realizado, se puede afirmar que hay ciertas tendencias respecto a la investigación del asunto en cuestión. El primero de ellos es considerar la familia tanto como un agente protector como un agente de riesgo para el desarrollo de Trastornos de Conducta Alimentaria, con variadas perspectivas como la médica, la psicológica y la social. Todas estas como formas en que la familia puede transmitir y ejercer presiones en el desarrollo de los hijos y por tanto favorecer o prevenir el desarrollo de comportamientos anormales en relación con la alimentación. También, es frecuente encontrar estudios con un énfasis en el rol de los padres (sobre todo de la madre) en la aparición de esta clase de psicopatologías asignándole un valor especial a estos como determinantes en la construcción y desarrollo psicológico de los hijos bien sea de manera positiva aportando a un desarrollo sano o negativo favoreciendo la aparición de conductas desadaptativas.

De otro lado, hay en menor cantidad estudios que se preocupan por los estilos de crianza, la transmisión de hábitos de vida saludables respecto a la comida y los ideales de belleza, así como los vínculos familiares que se establecen entre una persona con TCA y distintos miembros de su núcleo familiar, todos estos indirectamente nutren las tendencias más marcadas que ya fueron mencionadas y que además, señalan campos de investigación que merecen ser explorados a mayor profundidad con la perspectiva de la familia como filtro. La forma en que las personas se relacionan

con su círculo familiar es sin duda un gran determinante para la forma de relacionarse con los otros y con el mundo, por tanto, es de provecho conocer cómo estas relaciones se encuentran atravesadas por otros factores que modulan el comportamiento.

6.2 Similitudes en los hallazgos

Entre los resultados que se encontraron más frecuentemente está que las familias con TCA muestran deterioro en diversos elementos de su funcionamiento familiar, presentan relaciones entre hija-padres más distantes y alteradas, están sometidas a estrés y presentan antecedentes de otras psicopatologías (Ruíz et al., 2013) ubicando el rol de la familia como un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de TCA sobre todo en función de su cohesión, flexibilidad y capacidad de comunicación, de acuerdo con el modelo circumplejo de Olson (1979). La mayoría de los estudios con esta categoría encontraron que las familias con algún miembro con TCA presentan deterioro en al menos uno de estos aspectos en comparación con las familias de control, y argumentan que la disfuncionalidad familiar entendida como el desajuste en las relaciones internas entre los miembros del núcleo familiar implican una afectación en las habilidades del individuo para adaptarse al medio satisfactoriamente.

No obstante, un hallazgo relevante del tema es que la disfuncionalidad familiar en sí misma no es suficiente para el desarrollo de TCA, ya que se requiere de otras condiciones para que el comportamiento anormal se fije en relación con la comida. De ahí que, aparecen nuevamente los hábitos alimenticios transmitidos de padres a hijos, así como la interiorización de estereotipos de belleza que los padres aprueban o proyectan, además de las creencias sobre la comida que engorda, buena o mala como factores propios de la aparición de problemas alimenticios además de la preexistencia de signos y síntomas de psicopatología en los padres de los individuos que los convierten en factor de riesgo.

6.3 Diferencias en los hallazgos

En general los estudios señalan que la familia juega un papel fundamental en los TCA, sin embargo, las condiciones específicas que estas tienen para favorecer los desórdenes alimentarios no han sido identificadas completamente, la evidencia sugiere que las familias con ED varían en

su funcionamiento familiar y, a menudo, hay discrepancias en las percepciones de los diferentes miembros de la familia (Holtom-Viesel y Allan, 2013) esto desencadena la necesidad de mejorar la estrategia de investigación y los instrumentos utilizados para ello y es que a pesar de que se mencionan la cohesión, la flexibilidad y la comunicación como aspectos deteriorados en las familias con pacientes de TCA, no hay un patrón recurrente en este deterioro, es decir, no existe un cuadro epidemiológico específico que pueda definirse para considerar que siempre que se presenten se va a dar una enfermedad alimentaria.

Incluso, entre las entidades psicopatológicas de este tipo de trastorno no se tienen características comunes que se cumplan en todos los estudios, por el contrario, pareciera que son muy diversas las combinaciones y el nivel de deterioro de los factores asociados a la familia en pacientes de TCA. Entre ellos, se encuentra la influencia de los padres, los demás miembros del núcleo familiar y las relaciones entre los miembros, todos ellos relevantes, pero no determinantes ya que esto dependerá además de los recursos cognitivos de cada sujeto, así como de la cultura, y las oportunidades de apoyo con las que cuenta el paciente.

6.4 Vacíos y dificultades

En consecuencia, de la revisión realizada puede afirmarse que se requiere la profundización del estudio de esta problemática con un enfoque integral y sensible a las diferencias que se presentan en los casos clínicos y no clínicos que al momento no son visibles. Es necesario conformar equipos interdisciplinarios que aporten desde su saber cuáles son las variables que pueden intervenir en el problema ya que como seres multidimensionales no nos comportamos aisladamente, sino que nuestra forma de actuar es el resultado de la suma de situaciones a las que nos vemos expuestos a diario moduladas por nuestros aprendizajes previos creando la necesidad de indagar más sobre los patrones de disfuncionalidad de las familias con pacientes de TCA a través del desarrollo de instrumentos clínicos especializados para obtener información longitudinal y transversal a las diferentes categorías clínicas de un desorden alimentario, con el objetivo de lograr diferenciar familias con pacientes de otros trastornos psicológicos de TCA, y lograr construir a partir de ello estrategias de prevención y promoción de la salud en la población adolescente y estrategias de tratamiento efectivas.

También, es prudente fortalecer las estrategias metodológicas de investigación que se implementan para el estudio de esta problemática, ya que las poblaciones de muestra son pequeñas y casi siempre ya están diagnosticadas con TCA haciendo difícil distinguir si los resultados de los estudios son la causa de la enfermedad o por el contrario son el resultado de la aparición de la enfermedad y en consecuencia no permiten identificar regularidades propias del problema. Adicionalmente, es pertinente privilegiar estudios longitudinales en los que se realice el seguimiento continuo del grupo familiar diagnosticado a través del tiempo y las variables que aumentan o remiten los síntomas.

7 Conclusiones

Del presente trabajo se concluye que existen múltiples asociaciones entre familia y el desarrollo o mantenimiento de TCA, entre los hallazgos más relevantes frente a la relación familia-TCA se encontraron: los abordajes psicopatológicos que ubican a la familia como un posible factor predisponente por la transmisión de enfermedades mentales, los factores de riesgo propios de los TCA que incluyen la familia, como transmisora de hábitos y creencias relacionadas a la alimentación, el apego, como el vínculo primario que determina la forma de relacionamiento entre el individuo y su familia y por tanto con el medio que le rodea, los estilos de crianza y la relación parental, los cuales promueven o protegen al individuo del desarrollo de conductas desadaptativas teniendo en cuenta su influencia en el desarrollo psicológico de los individuos y el funcionamiento familiar, como la principal fuente de protección o de riesgo para el desarrollo de TCA.

Al momento se cuentan con importantes hallazgos sobre la familia y los TCA, sin embargo, es necesario mejorar los métodos e instrumentos de investigación sobre el tema, así como, la forma de leer y comprender las variables que participan en el, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los individuos, y la diversidad de condiciones en las que cada uno vive con el fin de formular teorías más integrales que permitan diseñar estrategias de psicoeducación en la familia para la prevención, más que de intervención y tratamiento.

Para los próximos estudios es pertinente orientar la línea investigativa hacia la familia como factor de riesgo de TCA en la primera infancia, ya que la mayoría de los hallazgos se remiten a la importancia de los primeros años de vida, los aprendizajes allí adquiridos y las creencias construidas.

Referencias

- Aedo, H., & Almagiá, B. (2017). Funcionamiento familiar y calidad de vida de mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología*, 13(25), 45-53.
- Allen, K., Gibson, L., McLean, N., Davis, E., & Byrne, S. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationship. *Journal of eating disorders*, 2(11), 1-14. doi:10.1186/2050-2974-2-11
- Álvarez, L., Aguaded, M., & Ezquerro, M. (2014). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 19, 2051-2069.
- Asociación Americana de Psiquiatría APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (Quinta ed.). Arlington, VA.
- Attili, G., Di Pentima, L., Toni, A., & Roazzi, A. (2018). High anxiety attachment in eating disorders: intergenerational transmission by mothers and fathers. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 28(e2813), 1-9. doi:10.1590/1982-4327e2813
- Ávalo, M., & Samada, Y. (2020). Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes familia y adolescencia. *Didasc@lia: didáctica y educación*, 11(6), 1-26.
- Back, E. A. (2011). Effects of parental relations and upbringing in troubled adolescent eating behaviors. *Eating disorders*, 19(5), 403-424. doi:10.1080/10640266.2011.609091
- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. *Minnesota symposia on child psychology*, 7, 3-46.
- Beato, L., Ramírez, C., O'Ferral, C., & Rodríguez, T. (2016). Influencia de los estilos de crianza sobre la actitud hacia el cambio en los trastornos de la conducta alimentaria. 7(1), 56-63. doi:10.1016/j.rmta.2016.03.003
- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista chile pediatría*, 85(6), 731-739. doi:10.4067/S0370-41062014000600012

- Borda, M., Ausero, R., Avarques, M., & Sánchez, M. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28(1), 12-21. doi:10.24205/03276716.2018.1086
- Borrego, C. (2015). Vista de factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología*, 12(1), 13-50.
- Bowles, T., Kurlender, M., & Hellings, B. (2020). Family functioning and family stage associated with patterns of disordered eating in adult females. *The educational and developmental psychologist*, 28(1), 47-60. doi:10.1375/aedp.28.1.47
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Callea, A., & Mercadal, L. (2020). Aplicabilidad clínica del cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria: relación conyugal y parental en estructuras tradicionales de familia. *Actas esp psiquiatr*, 48(5), 191-199.
- Canals, J., Sancho, C., & Arija, M. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European child and adolescent psychiatry*, 18, 353-359. doi:10.1007/s00787-009-0737-9
- Castejón, M., & Berengüí, R. (2020). Personality differences and psychological variables related to risk for eating disorders. *Anales de psicología*, 36(1), 64-73. doi:10.6018/analesps.361951
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafá, M., Marzilli, E., Ballarott, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 10, 305-312.
- Cerniglia, L., Muratorib, P., Miloneb, A., Pacielloa, M., Ruglionib, L., Ciminoc, S., . . . Tambelli, R. (2017). Paternal psychopathological risk and psychological functioning in children with eating disorders and Disruptive Behavior Disorder. *Psychiatry research*, 254, 60-66. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.046
- Ciao, A., Accurso, E., Fitzsimmons-Craft, E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 48(1), 81-90. doi:10.1002/eat.22314
- Cimino, S., Cerniglia, L., & Paciello, M. (2015). Mothers with depression, anxiety or eating disorders: outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles. *Child psychiatry hum dev*, 46, 228-236. doi:10.1007/s10578-014-0462-6

- Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Sinesi, S. (2012). A six-year prospective study on children of mothers with eating disorders: the role of paternal psychological profiles. *European eating disorders Review*, *21*, 238-246. doi:10.1002/erv.2218
- Cogollo, Z., & Gómez-Bustamante, E. (2013). Risk of eating behavior disorders in adolescents from cartagena, colombia. *Invest educ enferm*, *31*(3), 450-456.
- Colombia. Congreso de la república. (1982). Ley sobre derechos de autor. *Ley 23 de 1982 (19 de febrero)*. Diario Oficial No. 35.9949.
- Colombia. Congreso de la república. (2006). Código Deontológico y Bioético de Psicología. *Ley 1090 de 2006 (6 de septiembre)*. Diario Oficial No. 46.383.
- Colombia. Congreso de la república. (2013). Ley de Salud Mental. *Ley 1616 de 2013 (21 de enero)*. Diario Oficial No. 48.680.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (Abril de 2018). Reportes Salud Mental. Sistema Integrado de Información de la Protección Social.
- Colombia. Presidencia de la república. (1991). Constitución Política de Colombia. *Gaceta Constitucional No. 116*. Presidencia de la República.
- Cooper, P., Whelan, E., Woolgar, E., Morrell, J., & Murray, L. (2009). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family and maternal eating disorder: role of the family environment. *British journal of psychiatry*, *18*(4), 210-215.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de concepción, chile. *Psyke*, *17*(1), 81-90.
- Cunha, A., Relvas, P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(2), 229-240.
- De Antonio, R. (2020). La familia anorexígena. Una visión sistémica de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de enfermería y salud Mental*, *15*, 29-34. doi:10.5538/2385-703x.2020.15.29
- De la Osa, N., Barraza, R., & Ezpeleta, L. (2015). The influence of parenting practices on feeding problems in preschoolers. *Acción psicológica*, *12*(2), 143-154. doi:10.5944/ap.12.2.15799

- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B., & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eating Weight Disorder, 9*, 1-6.
- Erola, A., Yazicib, F., & Toprakc, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 48*, 5047-5048. doi:10.1016/j.comppsy.2006.05.004
- Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: a narrative review. *Behavioral sciences, 1-17*. doi:10.3390/bs10040071
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., & Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de psicología, 17*(1), 139-149.
- Fäldt, E. (2008). Exploring experience of family relations by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa using a projective family test. *Psychologzcal report, 103*, 211-242. doi:10.2466/PRO.103.1.231-242
- Fernández, M., & Costa-Ball, D. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias psicológicas, 2*, 153-162.
- Fernández, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias psicológicas, 9*(2), 153-162.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (Segunda ed.). Madrid, España: Ediciones Morata, S. L.
- Fortesaa, A., & Ajete, K. (2014). Family influence on disordered eating behaviour. *Procedia - social and behavioral sciences, 159*, 314-318. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.379
- Franco, K., Díaz, F., & López-Espinoza, A. (2013). Variables predictivas de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia psicológica, 31*(2), 219-225.
- Galeano, M. (2014). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada* (Primera ed.). Medellín, Colombia: La carreta editores.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología, 38*(3), 493-507.

- Gómez, M., López, J., Torres, A., López, A., & Ricarte, J. (2018). Parental eating disorders symptoms in different clinical diagnoses. *Psicothema*, 30(4), 382-387. doi:10.7334/psicothema2017.366
- Gonçalves, S., Moreira, C., Gonçalves, M., Vieira, A. I., & César Machado, B. (2020). The role of the perception of family environment in relation to body dissatisfaction, disordered eating and difficulties in close relationships. *Eating and weight disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 205-213. doi:10.1007/s40519-018-0551-9
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., & Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de psicología de la universidad de chile*, 11(1), 91-116.
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (Octubre de 2014). ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. (M. d. Social, Ed.)
- Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental & Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles. (2018). Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio. (M. d. Protección, Ed.)
- Hedlund, S., Fichter, M., Quadflieg, N., & Brandl, C. (2003). Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: A 6-year investigation. *Eating weight disorder*, 8, 26-35.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill Education / Interamericana editores S.A. de C.V.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Czaja, J. (2010). Eating behavior and familial interactions of children with loss of control. *American society for nutrition*, 91, 510-518. doi:10.3945/ajcn.2009.28843
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology revie*, 34, 29-43. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.005
- Iturrieta, S. (2001). Perspectivas teóricas de las familias: como interacción, como sistemas y como construcción social. En conflictos familiares ¿cómo resolverlos? *Ediciones universidad católica del norte.*, 1-80. doi:10.13140/RG.2.2.32314.03523
- Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C., & Friedrich, M. (2002). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia

- nervosa and their unaffected sisters. *European child & adolescent psychiatry*, 12, 128-135. doi:10.1007/s00787-003-0319-1
- Kluck, A. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating behaviors*, 9, 471-483. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.07.006
- Kroplewski, Z., Szczesniak, M., Furmanska, J., & Gójska, A. (2019). Assessment of family functioning and eating disorders - The mediating role of self-esteem. *Frontiers in psychology*, 10(921), 1-13. doi:10.3389/fpsyg.2019.00921
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., . . . Fernández-Andara, F. (2008). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal of Nutrition*, 101(6), 909-918. doi:10.1017/s0007114508047752
- Laghi, F., Bianchi, D., Pompili, S., Lonigro, A., & Baiocco, R. (2020). Binge eating and binge drinking behaviors: the role of family functioning. *Psychology, health & medicine*, 26(4), 408-420. doi:10.1080/13548506.2020.1742926
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Barajas-Iglesias, B., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., & Santed-Germán, M. (2021). Attachment to parents and friends and body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Clinical child psychology*, 26(1), 154-166. doi:10.1177/1359104520962155
- Lara, C., Meneghetti, M., Pilot, R., Garcia, M., & Manochio-Pina. (2018). Eating behavior and body image of mothers of patients with eating disorders. *Demetra*, 13(3), 621-633. doi:10.12957/demetra.2018.33495
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary family therapy*, 24(4), 581-599.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of family issue*, 30(9), 1201-1220. doi:10.1177/0192513X09334599
- Latzera, Y., Rozenstain-Hasonb, M., Kabakovb, O., Givonb, M., Mizrachia, S., Alonb, S., & Tzischinsk yc, O. (2020). Childhood maltreatment in patients with binge eating disorder with and without night eating syndrome vs. control. *Psychiatry research*, 293, 1-8. doi:10.1016/j.psychres.2020.113451

- Leija, M., Saucedo, J., & Ulloa, R. (2011). Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud Mental, 34*(3), 203–210.
- León, R., & Aizpuru, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios, 1*, 119-124.
- López, C., Herrero, O., & Botella, L. (2014). Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de psicoterapia, 25*(99), 2339-7950.
- Maglio, A., & Molina, M. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista mexicana de trastornos alimentarios, 3*, 1-10.
- Marfil, R., Sánchez, M., Herrero-Martín, G., & Jáuregui-Lobera, I. (2019). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of negative & no positive results, 4*(9), 925-948. doi:10.19230/jonnpr.3171
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología, 22*(2), 165-178. doi:10.33539/avpsicol.2014.v22n2.183
- Martínez, D., Martínez, S., González, J., Pinzón, J., & Reyes, A. (2017). Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). *Carta comunitaria, 25*(143), 29-35.
- Martini, M., Barona-Martinez, M., & Micali, N. (2020). Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Archives of women's mental health, 23*, 449-467. doi:10.1007/s00737-020-01019-x
- Mateos-Agut, M., García-Alonso, I., Gándara-Martín, J., Vegas-Miguel, M., Sebastián-Vega, C., Sanz-Cid, B., . . . Martín-Martínez, E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas españolas psiquiatría, 42*(6), 267-280.
- McDermott, B., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and new zealand journal of psychiatry, 36*, 509–514.
- McGrane, D., & Carr, A. (2002). Young women at risk for eating disorders: perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary family therapy, 24*(2), 385-395.

- Méndez, J., Vásquez, V., & García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Medigraphic artemisa en línea*, 65, 579-592.
- Mensi, M., Rogantini, C., Provenzi, L., & Borgatti, R. (2021). Rating behavioral problems in adolescent eating disorders: parent-child differences. *Psychiatry research*, 298, 1-4. doi:10.1016/j.psychres.2021.113836
- Mota, J., El' Husseini, M., Bloc, L., Nobre, J., Moro, M., & Lachal, J. (2021). The role of the food in the family relationships of adolescents with anorexia nervosa and bulimia in northeastern brazil: a qualitative study using photo elicitation. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1-10. doi:10.3389/fpsy.2021.623136
- O'Shaughnessy, R., & Dallos, R. (2009). Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clinical child psychology and psychiatry*, 14(4), 559-574. doi:10.1177/1359104509339082
- Olson, D. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family process*, 18(1), 3-28.
- Ospina, M., Bolaños, C., & Salazar, D. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: una metáfora interrelacional de la familia. *Revista latinoamericana de estudios de familia*, 9, 165-180.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M., & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International journal of clinical and health psychology*, 229-247.
- Pérez, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies, L., & Quiles, M. (2018). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de psicología*, 30(1), 37-45. doi:10.6018/analesps.30.1.149411
- Perris, C. (1988). A theoretical framework for linking the experience of dysfunctional parental rearing attitudes with manifest psychopathology. *Acta psychiatrica scandinavica*, 93-109.
- Reba-Harrelson, L., Von, A., Hamer, R., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. (2010). Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the norwegian mother and child cohort study (moba). *Eating behaviors*, 11, 54-61. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.09.004

- Rivera, L., Andrade, P., Rivera, M., & Unikel, C. (2018). Parents' and daughters' perception of family aspects associated with the onset of an eating disorder. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 71-81. doi:10.22201/fesi.20071523e.2018.1.484
- Rivera, L., Andrade, P., Rivera, M., & Unikel, S. (2018). Parents' and daughters' perception of family aspects associated with the onset of an eating disorder. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 71-81. doi:10.22201/fesi.20071523e.2018.1.484
- Rodríguez, M., Hernández, J., Bolaños, P., Ruíz-Priet, I., & Jáuregui-Lober, I. (2015). Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria*, 32(4), 1786-1795. doi:10.3305/nh.2015.32.4.9635
- Rodríguez-Ruiz, S., Díaz, S., Ortega-Roldán, B., Mata, B., R., D., & Fernández-Santaella, M. (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.
- Rosenbaum, D., White, K., & Artime, T. (2020). Coping with childhood maltreatment: avoidance and eating disorder symptoms. *Journal of health psychology*, 0, 1-9. doi:10.1177/1359105320937068
- Ruiz, A., Vásquez, R., Mancilla, J., & Trujillo, E. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y salud*, 20(2), 169-177.
- Ruiz, A., Vásquez, R., Mancilla, J., López, M. Á., & Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas psychologica*, 9(2), 447-455.
- Sadeh-Sharvit, S., Levy-Shiff, R., Feldman, T., Ram, A., Gur, E., Zubery, E., . . . Lock, J. (2015). Child feeding perceptions among mothers with eating disorders. *Appetite*, 95, 67-73. doi:10.1016/j.appet.2015.06.017 0195-6663
- Sainos-López, D., Sánchez-Morales, M., Vasquez-Cruz, E., & Gutierrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Aten fam*, 54-57.
- Sanftner, J., Cameron, R., Tantillo, M., Heigel, C., Myron, D., Sippel-Silowash, J., & Taggart, J. (2008). Mutuality as an aspect of family functioning in predicting eating disorder symptoms in college women. *Journal of college student psychotherapy*, 21(2), 41-66. doi:10.1300/J035v21n02_06

- Schuetzmann, M., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Graf, B. (2008). Associations among the perceived parent–child relationship, eating behavior, and body weight in preadolescents: results from a community-based sample. *Journal of pediatric psychology, 33*(7), 772-782. doi:10.1093/jpepsy/jsn002
- Shevanoba, V., & Yablonska, T. (2019). The influence of the family on the formation of eating and weight disorders. *Curr probl psychiatry, 20*(4), 297-300. doi:10.2478/cpp-2019-0021
- Silva-Gutiérrez, C., & Sánchez-Sosa, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de psicología, 23*(2), 173-183.
- Sim, L., & Matthews, A. (2012). The role of maternal illness perceptions in family functioning in adolescent girls with anorexia nervosa. *J child family studies, 22*, 541-550. doi: 10.1007/s10826-012-9607-z
- Solano-Pinto, N., Sevilla-Vera, Y., Fernández-César, R., & Garrido, D. (2021). Can parental body dissatisfaction predict that of children? a study on body dissatisfaction, body mass index, and desire to diet in children aged 9-11 and their families. *Frontiers in psychology, 12*(650744), 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2021.650744
- Souza, M., Giordano, C., Migliorati, M., D. L., & Palazzolo, F. V. (2013). *Hacia la tesis Itinerarios conceptuales y metodológicos para la investigación en comunicación* (Primera ed.). Argentina: Institución de investigaciones en comunicación (II Com).
- Steiger, H., & Bruce, K. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *Canadienne de psychiatrie, 52*(4), 220-227.
- Tafá, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2016). Female adolescents with eating disorders, parental psychopathological risk and family functioning. *J child family studies, 26*, 28-39. doi:10.1007/s10826-016-0531-5
- Tancara, C. (1993). La investigación documental. *Temas Sociales, 17*, 91-106.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M., & Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas españolas de psiquiatría, 39*(1), 12-9.
- Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Antioquia. (s.f.). Código de ética en investigación. *Código de ética en investigación*.

-
- Weisz Cobelo, A., & Chermont Prochnik Estima, C. (2010). Body image dissatisfaction and eating symptoms in mothers of adolescents with eating disorders. *Eating weight disorders*, 15(4), 219-225.
- Westerberg, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2008). A 2-year longitudinal study of eating attitudes, BMI, perfectionism, asceticism and family climate in adolescent girls and their parents. *Eating weight disorder*, 13(2), 64-72.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, W., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating disorders*, 11(2), 89-99. doi:10.1080/10640260390199280
- Yanez, A., Peix, M., Atserias, N., Arnau, A., & Brug, J. (2007). Association of eating attitudes between teenage girls and their parents. *International journal of social psychiatry*, 53(6), 507-513. doi:10.1177/0020764007078350
- Zarychtaa, K., Kulisa, E., Ganb, Y., Chanc, C., Horodyskaa, K., & Luszczynskaa, A. (2019). Why are you eating, mom? maternal emotional, restrained, and external eating explaining children's eating styles. *Appetite*, 141, 1-8. doi:10.1016/j.appet.2019.104335

