



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y FAMILIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

ELENA DEL ROSARIO MARTÍNEZ DÍAZ

LIMA – PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Presidente

MG. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS

Vocal

LIC. MARÍA LUISA GIRÓN VARGAS

Secretaria

REVISORES DEL TRABAJO

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

MG. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS

LIC. MARÍA LUISA GIRÓN VARGAS

DEDICATORIA

A Dios.

A mamá.

A mi padre, hermano, padrinos y familia por hacer este proyecto realidad.

A Daniel por ser mi apoyo incondicional en todo este proceso.

A la doctora Rosa Velasco por ser mi guía y gran amiga.

A todas las personas que estuvieron ahí cuando más las necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme estar en donde estoy ahora, a mi hermano por impulsarme a ser mejor persona y profesional cada día, a mis primos, quienes siempre confiaron en mí y en mis capacidades.

A mis amigos y amigas de la universidad, Alexandra, Isabel, Rocío, Maricielo, Gianella, Isabella y Víctor con quienes hemos compartido alegrías, tristezas y muchísimas experiencias, sin ustedes mi vida universitaria no hubiera sido la misma.

A todos los docentes de la FAPSI, por sus grandes enseñanzas, en especial al Dr. López, la Dra. Ana Aguilar y Anita Alcántara, quienes han sido en especial una inspiración y guía profesional.

Así mismo, agradezco especialmente a la Dra. Rosa Velasco Valderas, por darme la oportunidad de ser su interna, pude aprender muchísimo, no solo académicamente sino como persona, por ser como una madre para mí, apoyarme, aconsejarme y corregirme cuando era necesario, simplemente por enseñarme muchas cosas de la vida.

A mis P.R. gracias por brindarme totalmente su apoyo y ánimos, hemos compartido gratos momentos juntos.

Finalmente, a una persona muy importante en mi vida, Daniel André, gracias por ser mi compañero, por apoyarme a seguir creciendo personal y académicamente, estoy segura que seguiremos creciendo juntos.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
Introducción.....	1
1. Trastornos alimentarios y familia	3
1.1. Delimitación del problema	3
1.2. Revisión de modelos psicológicos de evaluación, intervención y prevención.....	8
1.2.1. Modelos psicológicos de evaluación.....	8
1.2.2. Modelos psicológicos de intervención	13
1.2.3. Modelos psicológicos de prevención	17
1.3. Revisión de estudios desde diferentes perspectivas teóricas y de intervención.....	21
1.4. Antecedentes de los trastornos alimentarios y familia	25
2. Resultados	30
2.1. Discusión	30
2.2. Aportes en base al análisis crítico	32
2.3. Conclusiones	34
2.4. Recomendaciones desde una visión psicológica.....	35
2.5. Recomendaciones desde una visión multidisciplinaria	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	

RESUMEN

El presente trabajo, está enfocado en reportar los últimos hallazgos sobre los trastornos alimentarios y familia, este tema es importante ya que se observa un aumento en la prevalencia de los casos que presentan este trastorno, sobre todo en América Latina, así mismo, de la importancia de la dinámica familiar como factor de riesgo para presentar algún trastorno de conducta alimentaria. De igual forma, se identificarán los principales modelos de evaluación, intervención y prevención del tema, se destaca que la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar son las que presentan mejor pronóstico a corto plazo en el tratamiento de este trastorno. Por otro lado, se hará una revisión sobre las investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional en los últimos cinco años, las cuales en su mayoría estudian las variables en población adolescente, en estas investigaciones se corrobora que el funcionamiento familiar y el estilo parental son un factor predisponente para desarrollar TCA sobre todo en el caso la dinámica disfuncional y el estilo de crianza autoritario o permisivo. Finalmente, se realizarán conclusiones y recomendaciones desde una perspectiva psicológica y multidisciplinaria, resaltando la necesidad de integrar los datos estadísticos y realizar más programas de prevención del tema.

Palabras clave: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, TCANE

ABSTRACT

The present work is focused on reporting the latest findings on eating disorders and family, this issue is important since there is an increase in the prevalence of cases that present this disorder, especially in Latin America, likewise, of the importance of family dynamics as a risk factor to present some eating disorder. In the same way, the main models of evaluation, intervention and prevention of the topic will be identified, it is emphasized that cognitive behavioral therapy and family therapy are those that have the best short-term prognosis in the treatment of this disorder. On the other hand, there will be a review of the research carried out at international and national level in the last five years, which mostly study the variables in the adolescent population, in these investigations it is corroborated that family functioning and parental style are a predisposing factor to develop eating disorders especially in the case of dysfunctional dynamics and authoritarian or permissive parenting style. Finally, conclusions and recommendations will be made from a psychological and multidisciplinary perspective, highlighting the need to integrate statistical data and carry out more prevention programs.

Keywords: eating disorders, family, anorexia, bulimia, EDNOS

Introducción

En los últimos años la constante preocupación por el cuidado del cuerpo y la delgadez, conlleva a que las personas se enfoquen en su peso, lo cual llevado al extremo resultaría en lo que se conoce como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Brownell, Hotelling, Lowe y Rayfield (2011) mencionan tres principales trastornos: anorexia nerviosa, las personas que padecen de este trastorno, presentan una imagen corporal distorsionada, es decir a pesar de estar extremadamente delgado se ven como si tuvieran sobrepeso; la bulimia nerviosa, se caracteriza porque los pacientes ingieren grandes cantidades de comida, pero al presentar culpabilidad por ello, presentan conductas purgativas, como vomitar, hacer ejercicios o usar laxantes; en el trastorno por atracón, también se presentan episodios de ingesta altamente calórica, sin embargo, no presentan conductas purgativas; finalmente, también se mencionan los trastornos de conducta alimentaria no especificado, en este trastorno los pacientes no llegan a presentar todos los criterios diagnósticos de los trastornos anteriormente mencionados.

Por otro lado, también se menciona que la población que es más vulnerable y en la que se presentan mayores casos, son las mujeres en etapa de la adolescencia, sin embargo, los hombres también presentan vulnerabilidad a estos trastornos, como en el caso de la anorexia en el que de los casos de preadolescentes, un cuarto de los casos ocurre en hombres, así mismo, se encuentran estadísticas similares en hombres y mujeres

respecto al trastorno por atracción (Brownell, Hotelling, Lowe y Rayfield, 2011).

La familia según refiere Soriano (2012) tiene un rol muy importante, ya que al ser un escenario de riesgo debido a antecedentes de TCA o enfermedad psiquiátrica, conflictos familiares, separación, entre otros, se presta a un escenario de intervención preventiva, además de poder ayudar a identificar los síntomas y ayudar al tratamiento.

El presente trabajo busca recopilar información reciente entre los años 2014 - 2019 sobre los trastornos de la conducta alimentaria y familia, últimos tratamientos e investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional. Finalmente, se dan algunas recomendaciones para poder ahondar en este tema tan importante para la salud sobre todo en el enfoque de prevención de esta.

1. Trastornos alimentarios y familia

1.1. Delimitación del problema

Los trastornos alimentarios o trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones de la salud mental que tienen como principal característica una insatisfacción por la imagen corporal, ello conlleva como respuesta a conductas de alimentación anómalas. Esta patología necesita un abordaje multidisciplinario ya que presenta una alta tasa de resistencia al tratamiento, recaídas, morbimortalidad a corto-largo plazo y comorbilidad psicosocial como depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (Miranda, 2016).

Existe una marcada influencia sociocultural en cuanto a la interiorización de la delgadez como sinónimo de belleza, éxito, ello ocasiona que principalmente adolescentes y jóvenes de sexo femenino presenten insatisfacción con su cuerpo y peso (Miranda, 2016).

Los TCA empezaron a tener relevancia a nivel clínico a partir de los años 60, iniciando con el estudio de la anorexia y bulimia, sin embargo a pesar de los más comunes, no son los únicos que se presentan, existen también los Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), pero lo más importante a notar es el incremento de estos casos en la población que tienen en común el culto al mantenimiento de la salud corporal que va acompañado de una proyección estética de perfección total lo cual conduce a una modulación en la conducta alimentaria (Villarino, 2012).

En lo que respecta a la prevalencia de este trastorno, las cifras encontradas desde la primera década del siglo XXI han aumentado, Bohon, S. y Bohon, A. (2012) citado por la National Eating Disorders Association (2018). encontraron que entre 0.9% a 2% de mujeres y 0.1% a 0.3% de hombres desarrollarán anorexia; la anorexia sub clínica ocurre en 1.1% a 3% de las adolescentes; desarrollarán bulimia entre 1.1% a 6% de mujeres y 0.1% a 0.5% de hombres; la bulimia sub clínica ocurre en 2% a 5.4% de las adolescentes; desarrollarán trastorno por atracón entre 0.2% a 3.5% de mujeres y 0.9% a 2% de hombres, finalmente, el trastorno por atracón sub clínico ocurre en 1.6% de las adolescentes. Así mismo, es necesario recalcar que en las últimas dos décadas la tasa de incidencias (nuevos casos) en anorexia y bulimia han permanecido relativamente estables. Por otro lado, Micali et al. en el 2013 citado por la National Eating Disorders Association (2018) encontró una estabilidad en la incidencia de anorexia y bulimia en mujeres y hombres, a pesar de que, en ambos grupos las tasas de diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) han incrementado.

Además, la Organización Mundial de la Salud menciona que el 1% de la población de adolescentes a nivel mundial padece de anorexia nerviosa, mientras que el 4,1% presenta bulimia, incluso refieren un alarmante incremento de los TCA durante estas dos décadas (Sainos, Sánchez, Vázquez y Gutiérrez, 2015).

La prevalencia de este trastorno en España, según reportan Fernández, Grande, Banzo y Félix en el 2015, se encuentra entre el 4,1%

y 6,41% de la población, además indican que este porcentaje es parecido al de otros países desarrollados, así mismo, indican que los TCANE son los más frecuentes, también que la anorexia y bulimia tienen mayor prevalencia en jóvenes del sexo femenino y que presentan mayor mortalidad.

En lo que respecta a América Latina se encontró en el 2010, en Argentina, un riesgo total de 17% (2.9% en hombre y 14.1% en mujeres) los hombres buscaban más el perfeccionismo mientras que en el caso de las mujeres, estaban más insatisfechas con su imagen corporal; ese mismo año, en Colombia se encontró un riesgo de 38% a desarrollar TCA así como una mayor frecuencia en los TCANE, en este estudio se halló que la encuesta de comportamiento alimentario “EAT” es eficaz para la identificación de TCA (Miranda, 2016).

Respecto a la revisión histórica nacional, se encuentra que en el año 2012 se realizó un estudio en una universidad de Lambayeque a 70 alumnos de medicina empleando el EAT-26, sin embargo, no se encontraron estudiantes con algún diagnóstico probable de TCA. Por otro lado, en el año 2013, se empleó el EDI a estudiantes de una universidad de Lima, se encontró que el 48,6% presentaba un probable diagnóstico de TCA (Ponce, Turpo, Salazar, Viteri-Condori, Carhuancho y Taype, 2017). Así mismo, Albornoz en el 2014 señaló que las cifras de los TCA van en aumento, según lo reportado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en el 2013 se registraron 578 atenciones, respecto a las 248 presentadas en el año 2011, en el 2015 se

reportaron 755, mientras que en el 2016 fueron 266 atenciones, finalmente se encontró en el 2018 aproximadamente 789, lo cual corrobora que el índice de los TCA está en aumento.

Cabe mencionar que el Ministerio de Salud en el 2017 informó que los trastornos alimentarios presentan una mayor predominancia en las áreas urbanas, llegando a un 6% en Lima y Callao, así mismo, tiene una mayor prevalencia en el sexo femenino que presenta un 7.1% frente a un 4.9% de los hombres. Las conductas relacionadas a la bulimia se encuentran en un 1.6% de las mujeres mientras que en los hombres se encuentra en un 0.3%; finalmente, la anorexia y bulimia nerviosa se encuentra entre un 0.7% y 0.2% de mujeres sin presentarse casos en los hombres.

Como se puede observar, conocer sobre la incidencia y prevalencia de este trastorno puede favorecer a una adecuada prevención del tema, además de generar una mayor conciencia y una mejora en las herramientas para el diagnóstico de éste.

A nivel general, Sainos, Sánchez, Vázquez y Gutiérrez (2015) mencionan que, en 1970, Salvador Minuchin explica la interacción de las familias de los pacientes con TCA, en los que prima una tendencia a evitar la resolución de conflictos, pobre conciencia de enfermedad, conflictos, desorganización, cohesiones y menor apoyo emocional versus familias de grupo control, es por ello que la familia es una variable importante ya que puede ser vista como un factor de riesgo como de protección.

Finalmente, la información recabada en los últimos 5 años está orientada a evaluar los trastornos de conducta alimentaria, en su mayoría anorexia y bulimia, en población escolar adolescente; así mismo, se orienta a evaluar los estilos parentales de crianza, clima y funcionamiento familiar.

1.2. Revisión de modelos psicológicos de evaluación, intervención y prevención

En lo que se refiere modelos psicológicos que desarrollan los TCA, encontramos que el más conocido y sobre el que se emplean mayores recursos de intervención es el modelo cognitivo conductual que, acompañado de un modelo de evaluación clínica, permite al paciente mejorar los síntomas tanto físicos como psicológicos de este trastorno. A continuación, se explicará cada nivel de intervención, iniciando con la evaluación, luego, la intervención en sí y finalmente los niveles de prevención que se deben tomar en cuenta.

1.2.1. Modelos psicológicos de evaluación

Para realizar una adecuada evaluación y posterior diagnóstico, según la Guía práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria (2008), es necesario iniciar con una anamnesis tanto individual como familiar, la empatía, compromiso y apoyo durante el desarrollo de la entrevista es importante para que la persona pueda revelar sus miedos ante el aumento de peso, conductas alimentarias, de purga, entre otras; la entrevista debe ser realizada con ambas partes, el paciente y la familia, ello para que la información brindada pueda ser corroborada. Existen entrevistas semi estructuradas para el diagnóstico de los TCA como el “Composite International Diagnostic Interview” (CID-I) que fue desarrollada en 1990 por la OMS; Cooper y Fairburn en 1987 desarrollaron el Eating Disorders Examinations (EDE), esta última es

más fiable y mejor validada ya que cuenta con la duodécima versión (EDE-12) elaborada por Fairburn y Cooper en 1993 que a su vez cuenta con una versión española adaptada en 1994 por M. R. Raich.

Por otro lado, es también de utilidad preguntar solo por los ítems de los criterios descritos en el CIE-10 y DSM IV – V, ello facilita el diagnóstico sin reducir la eficacia de diagnóstico en un corto tiempo de aproximadamente diez a quince minutos.

No solo es necesario conocer el estado actual de salud en la persona, es importante conocer los pensamientos y conductas que la llevan a presentar este trastorno, por lo que la evaluación mencionada por la guía clínica también incluye algunos instrumentos que son autoaplicados, dentro de los instrumentos específicos para la evaluación de los TCA encontramos el EDI (Eatin Disorder Inventory) elaborado por Garner et al. en 1983, evalúa áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) consta de 64 ítems que se agrupan en 8 áreas puntuados en escala Likert de 6 puntos, las tres primeras áreas miden actitudes y comportamientos frente al peso, comida e imagen corporal, las otras cinco evalúan características generales a nivel psicológico que son asociadas a trastornos alimentarios; cuenta con una versión española adaptada en 1998 (EDI-2), así mismo, se evaluaron las propiedades psicométricas de esta prueba en adolescentes de sexo femenino de Lima metropolitana, se encontró una consistencia interna de 0.90 con el método Alpha de Cronbach (Domínguez, Villegas, Sotelo y Sotelo, 2013). Entre otros encontramos

BULIT (test de bulimia) elaborado en 1984 por Smith y Thelen el cual detecta el riesgo de presentar bulimia, cuenta con la versión BULIT-R la cual está validada al español y cuenta con una sensibilidad de 95% y especificidad de 98%; también encontramos el Eating Attitudes Test (EAT-40), el cual ayuda a identificar casos no identificados de anorexia, cuenta con una versión abreviada (EAT-26) que es considerada una de las más empleadas, cuenta con una consistencia interna de 0.93, sensibilidad de 83% y especificidad de 91% (Pumacayo, 2015); BITE (test de investigación de bulimia de Edimburgo) elaborado en 1987 por Henderson y Freeman, es empleado para diagnosticar los casos de bulimia, presenta un Alpha de Cronbach 0.96 (Salazar, 2019)

Encontramos también instrumentos con mediciones relacionadas con los TCA, dentro de esta categoría encontramos cuestionarios que se orientan a la evaluación de la percepción de la imagen corporal dentro de ellos tenemos el BSQ (cuestionario sobre forma corporal) elaborado por Cooper et al. en 1987, mide la autodesvalorización por la apariencia física, miedo a engordar, así mismo, puede servir de apoyo para detectar riesgo de desarrollar TCA, presenta una validación en varones universitarios entre 18 y 30 años, se encontró un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.88 para el factor malestar corporal normativo y en el factor malestar corporal patológico, un coeficiente de 0.87 (Palomino, 2018); la evaluación de la imagen corporal (BIA) elaborada en 1991 por Collins, et al. que mide la percepción real del “yo”, también se encuentra el Cuestionario de actitud corporal (BAT – Body Attitude Test) elaborada

en 1995 por Probst, cuenta con una versión adaptada y validada en España por Gila, et al. en 1999, este cuestionario evalúa la experiencia corporal y actitudes hacia el mismo cuerpo en pacientes con TCA aunque también puede ser aplicado en población no patológica.

También necesaria una evaluación psicopatológica, la cual sigue parámetros psicométricos, los aspectos a evaluar son los siguientes: impulsividad, ansiedad, depresión y obsesividad; sin embargo, la escala propuesta para impulsividad, la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) si bien cuenta con validación española, en Latinoamérica no se ha logrado una validación exacta de la prueba ya que solo cuenta con validación en adolescentes y otros grupos, sin contar con una población en general. Por otro lado, instrumentos que son empleados en Perú y que también son mencionados en esta Guía Práctica Clínica como el HARS (Escala de Hamilton para la Ansiedad) realizada por Hamilton en 1959; el Inventario de Depresión de Beck (BDI) elaborado en 1961 por Beck et al.; el Inventario clínico Multiaxial de Millon que permite la identificación de sujetos con dificultad personales y emocionales que requieran de una evaluación aún más profunda, esta prueba data de 1990 y fue elaborada por Millon. Finalmente, el Y-BOCS (Escala Yale-Brown para el TOC) esta prueba mide la intensidad del TOC, pero no analiza el contenido de los síntomas, así mismo, valora por separado las obsesiones y compulsiones, es por ello que debe ser aplicado en pacientes que ya presentan el diagnóstico de TOC, esta prueba es del año 1989, elaborada

por Goodman et al (Guía práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2008).

Así mismo, es de importancia realizar una evaluación a la familia, en los últimos 5 años se emplearon los siguientes instrumentos: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) creado en 1999 por De la Cuesta, Louro y Pérez, tiene 14 ítems que evalúan la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, presenta una consistencia interna del 0.91 lo que indica que es válido al evaluar a las familias de manera integral, además de presentar una consistencia interna de 0.88 (Flores, 2017) ; la escala de clima social en la familia (FES) estandarizada en Lima en 1993 por Ruiz y Guerra, evalúa la cohesión, conflicto, organización y expresividad existente en la familia desde una perspectiva individual como del grupo familiar (Oribe, 2018); la escala de Apgar familiar evalúa la percepción del funcionamiento familiar, explorando la satisfacción de las relaciones con sus familiares, se mide cinco áreas: adaptabilidad, desarrollo, cooperación, capacidad resolutiva y afectividad, en cuanto a sus propiedades psicométricas se encuentra un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.78, por lo que presenta una moderada confiabilidad (Castilla, Caycho, Shimabukuro, y Valdivia, 2014), escala de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES-III) evalúa la percepción del individuo sobre su familia y cómo le gustaría que fuera, en cuanto a sus propiedades psicométricas, fue adaptado a Perú en 1994 por Reusche, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.62 para adaptabilidad y 0.77 para cohesión, así

mismo Arispe en el 2018 refiere que obtuvo un coeficiente de 0.79 para adaptabilidad y 0.91 para cohesión; también la escala Caregiver Eating Messages Scale (CEMS) que evalúa de manera retrospectiva los mensajes recibidos durante la niñez y adolescencia respecto a la alimentación, se miden mensajes de restricción u obligatoriedad del consumo de alimentos, en el 2017 Schimer realizó una adaptación al contexto peruano, mostrando un alfa de Cronbach de 0.87 a nivel global, respecto a mensajes de obligatoriedad se encontró un coeficiente 0.82 mientras que en mensajes de restricción se halló un coeficiente de 0.84 (Arredondo, 2018) y por último el Parental Authority Questionnaire (PAQ) y Parental Authority Questionnaire Revised (PAQ-R) el primero mide el estilo parental desde la perspectiva de los hijos mientras que el PAQ-R lo mide desde el punto de vista de los padres. En conclusión, todo lo mencionado anteriormente corresponde a un modelo de evaluación clínica.

1.2.2. Modelos psicológicos de intervención

Es importante recalcar que, en la intervención de los trastornos de conducta alimentaria, es necesario en primer lugar buscar el bienestar del paciente en cuanto a su estado nutricional, ya que este debe estar en niveles óptimos para poder trabajar en las conductas y cogniciones presentes en este trastorno (Treasure, Smith y Crane, 2007).

La American Psychological Association (APA, s.f.) sostiene que la terapia familiar, psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual (TCC) son las intervenciones que podrían ayudar a los sujetos

a superar algunos TCA como anorexia y bulimia nerviosa. En el caso de la anorexia, lo que se propone es un plan que incluye a la familia, con ella se usa el tratamiento conocido como “Maudsley approach” este consta de tres fases: la primera es recuperar el peso, la segunda es regresar el control sobre lo que come al adolescente y la última etapa es establecer una saludable identidad adolescente, el principal fin de este tratamiento es los padres puedan ayudar a que su hijo pueda comer otra vez, al inicio se invita a la familia a un picnic, esto les proporciona un ambiente familiar, ello permite que también le puedan dar sugerencias para que el paciente pueda comer más; en las sesiones semanales los padres describen lo que su hijo ha estado comiendo y qué funcionó. Este tratamiento ayuda también a que el sujeto se sienta más seguro e independiente ya que poco a poco se les deja tener el control de lo que comen, así mismo, el tratamiento es relativamente a corto plazo y funciona como un tratamiento ambulatorio, además tiene éxito a largo plazo ya que se encontró que al menos dos tercios de los pacientes llegaron a su peso normal sin ser hospitalizados; ayuda también a la familia ya que los padres son menos críticos entre ellos y con su hijo (APA, 2002).

Respecto al tratamiento de Bulimia se encuentran dos tipos de terapia que pueden ayudar a que el paciente deje de tener atracones y purgas: la terapia cognitivo conductual que ayuda a que el paciente cambie los pensamientos irracionales negativos sobre su apariencia y que de esta forma cambien sus hábitos alimenticios, por otro lado, la

psicoterapia interpersonal ayuda al paciente a mejorar la calidad de sus relaciones, que aprenda a manejar los conflictos y que expanda sus redes de apoyo (APA, 2002).

No se encuentra un tratamiento específico para los Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificado, sin embargo, se encuentra un tratamiento para el trastorno por atracón, este consta en primero enfocarse en el desorden alimenticio, es decir, lograr que el paciente reduzca o elimine los episodios de atracones, mejore su autoestima y que acepte su cuerpo, además de tratar los problemas de ansiedad y depresión, se ha demostrado que abordar los problemas psicológicos eliminarán los atracones y los pacientes se sentirán mejor con ellos mismos, la terapia recomendada es la terapia cognitivo conductual ello abordará los pensamientos y conductas relacionadas a la alimentación, también se recomienda una terapia interpersonal con el fin de ayudar al paciente a desarrollar relaciones más favorecedoras (APA, 2009). Así mismo, Cuadro y Baile en el 2015 refieren que la terapia dialéctica conductual, originalmente empleada para el trastorno límite de personalidad, ha sido adaptada para este trastorno y ha demostrado resultados positivos y prometedores, sin embargo aún se encuentra en estudio.

Por otro lado, Gómez (2016) sostiene que, en el caso de la anorexia nerviosa, la terapia familiar es una herramienta de gran ayuda ya que la persona es un miembro activo y reactivo de su sistema familiar y que, para poder elaborar un buen abordaje con el paciente, es necesario

conocer la dinámica y relaciones de este. Por otro lado, también menciona que se logran mejores resultados terapéuticos cuando el paciente no era apartado de la familia ya que esta funciona como un sistema de apoyo, al no tenerlo puede generar mayor sentimiento de culpabilidad. Así mismo, es muy importante al iniciar la terapia, no indicar a los padres como culpables de la enfermedad, el segundo paso es que los mismos padres no culpabilicen a sus hijos y que tampoco los infravaloren, es necesario también que los padres recuperen la relación con su hijo y pongan límites claros en los ámbitos de la vida familiar, así como expresar los sentimientos de desacuerdo sin generar conflictividad.

Finalmente, Gómez (2016) también propone que es importante comprender cómo es que la familia se ha organizado frente al problema, ya que del entendimiento y educación que reciban sobre el tema va a desarrollarse un mejor tratamiento y respuesta por parte del paciente. Existen algunas terapias propuestas, sobre todo en los casos de anorexia nerviosa, para llevar este tema:

- Terapia familiar estructural: cuyo objetivo principal es obtener una modificación en la estructura del sistema familiar desde la forma de las relaciones entre ellos a través de tres perspectivas, cuestionar el síntoma, en la que cada miembro de la familiar asume parte de la responsabilidad del problema; segundo, cuestionar la estructura por lo que se tendrán que conocer las jerarquías, coaliciones y límites que no ayudan a una adecuada funcionalidad de la familia y promover un cambio en la organización de esta; finalmente,

cuestionar la realidad familiar, propone que existen pautas de transacción entre los miembros producto de las experiencias familiares, cuando estas pautas se modifican la experiencia de la realidad cambia, ello debe ser reforzado en la terapia.

- Terapia centrada en emociones: esta terapia busca una mejora en la comunicación tanto verbal como no verbal, es decir se regula la expresión de las emociones, a través de técnicas de supresión y reevaluación, ello produce una mejora a nivel alimenticio y psicológico ya que mejora la relación e interacción familiar, es decir, genera cambios favorables sobre los conflictos en la familia.
- Terapia interpersonal: esta terapia está enfocada en las relaciones interpersonales, favorece a una adecuada comprensión de los hechos y modifica la relación padres -hijo sin enfocarse en el problema que es la comida, se analiza el contraste entre los pensamientos y sentimientos de los padres y de los pacientes.

1.2.3. Modelos psicológicos de prevención

En general existen tres niveles de prevención: Primaria, secundaria y terciaria, la primera está enfocada a actuar sobre las causas del problema favoreciendo a los factores de protección y reduciendo los factores de riesgo; la segunda está enfocada a realizar un diagnóstico precoz para poder intervenir lo más rápido posible; finalmente, la tercera

está enfocada en prevenir recaídas y se da después del tratamiento. Así mismo existen dos tipos de intervención: específica e inespecífica. La específica consta en brindar información sobre el riesgo de ciertas conductas y la inespecífica busca desarrollar recursos y habilidades que logren un crecimiento total de los pacientes (Navarro, 2016).

Así mismo, Fernández (2018) menciona algunos proyectos llevados a cabo en España:

Body project: emplea la disonancia cognitiva, activa recursos y forma una postura crítica frente a la cultura de delgadez. Se aplica de 3 a 4 sesiones y se ha demostrado que reduce el riesgo de desarrollar estos trastornos.

Peso saludable: este programa busca que los participantes alcancen y mantengan un peso saludable realizando pequeños cambios en el tiempo de su dieta y rutina de ejercicio. Contiene entrevistas motivacionales y compromiso público de cambio, se realiza en 4 sesiones.

Girl talk: promueve el análisis de los mensajes publicitarios, conductas de control del peso, aceptación del propio cuerpo y brinda herramientas para controlar el estrés. Es una intervención dinámica que consta de 6 sesiones.

Student bodies: se da en 8 sesiones y tiene como fin aportar información basándose en intervenciones cognitivo-conductuales acerca de la insatisfacción corporal, así mismo brinda información sobre conductas de control del peso, nutrición y de los TCA.

Weight to eat: se da en 10 sesiones y está focalizado en la escuela y tiene como fin cambiar actitudes e ideas respecto a la nutrición, eficacia para afrontar presiones sociales sobre la alimentación y mejorar la autoimagen.

Por otro lado, la Consejería de Sanidad y servicios sociales del gobierno de Cantabria en el 2008, sacó una “Guía de prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso”, tiene como propósito prevenir los TCA en adolescentes de educación secundaria, promover a través de 6 sesiones interactivas y dinámicas un estilo de vida y alimentación saludable, así como potenciar los factores protectores frente a estas enfermedades. Así mismo, la asociación en defensa de la atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADARE) (s.f.) en España, menciona que realiza el trabajo de apoyo al tratamiento, formación, prevención y sensibilización; en lo que se refiere a prevención cuenta desde el año 2000 con distintos talleres para alumnos, padres y profesores los cuales tienen una duración de 2 horas y están orientados a brindar información y herramientas para una vida saludable.

A nivel nacional, se cuenta con el Grupo de Autoayuda en bulimia y Anorexia (GABA) este centro se encuentra en la ciudad de Lima, en el distrito de San Miguel, si bien brinda atención de estos trastornos también ofrece información relacionada al tema, por otro lado, Morales en el 2018 propone un programa llamado “Cambia tu mente ahora y cambiarás tu cuerpo mañana” el cual tiene como finalidad disminuir el nivel de insatisfacción de imagen corporal además de mejorar la autoestima, este

programa fue desarrollado para adolescentes de cuarto y quinto de secundaria, emplea el enfoque cognitivo conductual y el racional emotivo conductual, consta de 6 sesiones y se desarrolla de manera grupal. Sin embargo, como mencionan Ponce, Turpo, Salazar, Viteri-Condori, Carhuancho y Taype (2017) si se encontraran datos específicos a nivel macro sobre este tema sería posible plantear estrategias de intervención primaria y secundaria, sobre todo en la población más vulnerable: niños y adolescentes.

1.3. Revisión de estudios desde diferentes perspectivas teóricas y de intervención

Sánchez, Villarreal y Musitu (2010) describen diferentes modelos psicológicos que explican los trastornos de la conducta alimentaria relacionados con el infra peso, dentro de ellos encontramos:

Modelo psicoanalítico, este sostiene que según Freud, la anorexia es resultado de una neurosis alimentaria que es paralela a la melancolía, pero a medida que avanza el tiempo aparecen algunas variaciones psicoanalíticas, encontramos así que Jung propone que la anorexia probablemente es un camino hacia la individuación, la mujer se reúne con su madre y así recupera el significado que tiene su existencia femenina para ella; en los setenta se presentan posturas que acentúan el papel predominante de las alteraciones de la imagen corporal en los TCA, ello propone que las distorsiones de la imagen corporal se producen por un déficit del *yo*, específicamente a la autonomía y dominio del cuerpo, lo que termina originando un sentido de ineficacia personal. En conclusión, el psicoanálisis propone que los TCA presentan una base psicopatológica que es una forma de somatizar otra estructura clínica que podría ser neurosis, psicosis o perversión.

El modelo multideterminado propone que los TCA son conductas que tienen un origen multicausal, es decir, interactúan factores biopsicosociales y culturales. En el caso de la anorexia, se propone un modelo multidimensional que considera tres aspectos que interaccionan:

factores predisponentes, que están relacionados a sobrepeso en la pubertad, introversión – inestabilidad, obesidad materna, valores estéticos dominantes y familiares con trastorno de ingesta; factores precipitantes los cuales son críticas sobre el cuerpo, incremento de la actividad física, cambios corporales y separaciones o pérdidas y factores perpetuantes, en ellos encontramos aislamiento social, interacción familiar y consecuencias de la inanición. Sin embargo, este modelo ve a los TCA desde una perspectiva médica – psiquiátrica.

Como se ha venido viendo algunos modelos teóricos explican los TCA, sin proponer algún modelo de intervención, sin embargo, en una revisión hecha por Saldaña en el 2001, se encuentra que una intervención bien establecida en anorexia empieza por restaurar el peso a un nivel saludable, tratar las complicaciones físicas e incrementar la motivación a permanecer en el tratamiento; en lo que respecta a la intervención psicológica como se ha mencionado anteriormente, la reestructuración cognitiva que forma parte de la TCC favorece al cambio de actitudes y pensamientos frente a la comida, silueta y peso.

Por otro lado, Minuchin sostiene que la interacción entre los miembros de la familia puede propiciar la aparición de patologías en algunos miembros. Así mismo, comprende a la anorexia como una enfermedad psicosomática, en las familias en las que se presenta este trastorno se encuentran cuatro características típicas, el aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto, es por ello, que el síntoma puede aparecer en un miembro con intención de solucionar la

disfunción que presenta la familia (Sánchez, 2015). En el caso de pacientes con bulimia, Minuchin sostiene que provienen de familias hostiles con conductas negativistas, en donde se encuentra mayor desintegración y menor dependencia, los pacientes perciben el entorno familiar con bajos niveles de expresión, pero con altos niveles de conflicto (Lozada y Bidau, 2017). Minuchin y Palazzoli incluyen a los miembros familiares en el abordaje de los pacientes con TCA ya que lo que se busca es lograr un funcionamiento óptimo entre los miembros de la familia ya que la angustia de la familia podría empeorar la situación del paciente, por otro lado, el abordaje terapéutico busca vincular el síntoma con el entorno, ya que al no tener esto en cuenta se puede cronificar la enfermedad. Cabe mencionar, que la familia no puede ser entendida sin haber incluido sus patrones de adaptación generacionales, mandatos e historia ya que ello influye en la percepción de la crisis y en la búsqueda de soluciones (Lozada y Bidau, 2017).

En lo que respecta a la Bulimia Nerviosa se encuentra una mayor eficacia de la TCC frente a otros tratamientos, sin embargo, cuando esta fracasa se puede elegir la terapia interpersonal. Finalmente, en el trastorno por atracón, se aplicarían programas de autoayuda para los casos leves, mientras que, para los otros casos, lo ideal sería aplicar la TCC.

Dado a que en cuanto a intervención se encuentra similitud con lo desarrollado en los últimos años, se encuentra actualmente, un estudio piloto desarrollado por Marco, Quiles y Quiles en el 2018, en este aplican

la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) esta es una alternativa que proviene del modelo cognitivo conductual, pero la aplicación de esta terapia es reciente, por lo que no hay suficiente evidencia empírica de sus resultados, sin embargo, en este estudio, se encontró que en el programa aplicado en 12 sesiones a 14 pacientes, ayudó a disminuir las conductas evitativas, además de mostrar cambios en la apreciación corporal y mejorar el conocimiento personal y calidad de vida de las pacientes.

1.4. Antecedentes de los trastornos alimentarios y familia

Nacional

Flores en el 2017, en la tesis “Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de cerro colorado de la ciudad de Arequipa” realiza un estudio descriptivo correlacional, transversal en el que se busca relacionar el funcionamiento familiar y el riesgo de desarrollar TCA en estudiantes de secundaria de colegios nacionales y particulares, se trabajó con una muestra de 746 estudiantes (69% de colegios particulares y 31% de colegios nacionales). Se aplicaron las siguientes pruebas: EAT-26, el Instrumento de confirmación de TCA (M.I.N.I) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Se empleó un estadístico inferencial paramétrico para hallar el coeficiente de correlación de Pearson, como resultado se evidenció una existencia de la relación entre ambas variables; los adolescentes que provenían de familias moderadamente funcionales tenían más probabilidades de desarrollar anorexia mientras que los que procedían de familias disfuncionales estaban más predispuestos a desarrollar bulimia. Así mismo se encontró que las mujeres presentan una mayor predisposición a presentar TCA así como presentan mayor riesgo los alumnos de cuarto y quinto de secundaria.

En la investigación “Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una universidad privada de Trujillo” elaborada por Oribe en el 2018 se trabajó con 369 alumnas entre 17 y 25 años, fueron evaluadas con el EDI-3 y la Escala de clima Social en la

Familia (FES). Para el análisis de resultados se empleó la prueba de correlación de Spearman, así mismo, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Se encontró una correlación muy significativa, negativa y de grado medio entre los indicadores: alienación personal, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, inseguridad interpersonal, baja autoestima, desconfianza interpersonal, desajuste emocional, déficits introceptivos, y ascetismo de los TCA con dimensiones del Clima Social en la Familia (Estabilidad, Desarrollo y Relaciones). Asimismo, no existe relación significativa entre el indicador miedo a la madurez y las dimensiones del Clima Social en la Familia.

. En otra investigación realizada en Trujillo por Vásquez en el 2018 titulada “Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes” se evaluó a 154 estudiantes del Centro de preparación pre universitario (CPRE) de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, fueron 77 casos con TCA y 77 controles, para evaluar la disfunción familiar se aplicó la “Escala de Apgar familiar” y los TCA se midió con el EAT 26, el análisis de los datos se llevó a cabo con la prueba no paramétrica chi cuadrado, el análisis arrojó que la disfunción familiar se constituye como factor de riesgo de 2.46 veces para desarrollar TCA.

Arispe en el 2018 realizó un estudio en Lima titulado “Percepción del funcionamiento familiar y obsesión por la delgadez en adolescentes de Lima Metropolitana” se evaluó a 107 adolescentes de un colegio estatal de Lima, se empleó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES-III) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) se

evidenció una correlación negativa y significativa entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez. En el grupo de mujeres esta correlación es cercana a cero y no es significativa. En el caso de los hombres, perciben mayor cohesión y adaptabilidad en comparación con las mujeres, sin embargo, las mujeres presentan mayor nivel de obsesión por la delgadez.

En la investigación titulada “Relación entre los mensajes alimenticios recibidos en la infancia con las características asociadas a los trastornos alimenticios” elaborada por Arredondo en Lima en el 2018, se evaluó a 121 escolares entre los 13 y 18 años de sexo femenino de un colegio particular entre tercero y quinto grado de secundaria, se aplicó el EDI-2 y el Caregiver Eating Messages Scale (CEMS). Se evidencia relaciones significativas entre los mensajes de obligatoriedad y restricción con las características asociadas al riesgo de desarrollar TCA. Se observó una relación más alta entre restricción con las escalas de insatisfacción corporal e impulsividad; la obligatoriedad se relacionó con la obsesión con la delgadez y perfeccionismo.

Internacional

Un estudio desarrollado en España por Mateos, García, De la Gándara, Vegas, Sebastián, Sanz, Martínez, y Martín en el 2014 titulado “La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria” cuyo objetivo era conocer la vulnerabilidad de las familias y la estructura sistémica comparando 108 familias con TCA vs 108 sin patología, la información se

obtuvo a través de una entrevista semi estructurada, se encontró que las familias con TCA presentan más antecedentes psiquiátricos y bajas habilidades de afrontamiento, hay un liderazgo difuso y jerarquía poco definidas, existen mayor cantidad de coaliciones intergeneracionales y menos alianzas, los padres se relacionan de manera distante o de enfrentamiento mientras que la actitud hacia sus hijos es complaciente y egoísta, se encuentra un vínculo ambivalente, poco afectuoso. Esta estructura familiar, tiene importancia en la aparición y mantenimiento de los TCA. Se propone una intervención familiar en casos de trastornos de conducta alimentaria para generar conductas familiares más funcionales.

Dueñas en el 2016 en Quito desarrolla un estudio titulado “Influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de Anorexia Nerviosa” en este estudio participan entre 25 a 30 adolescentes entre 12 a 18 años que tengan diagnóstico de Anorexia Nerviosa y que se encuentren en un centro de rehabilitación sea público o privado. Se aplicó el Parental Authority Questionnaire (PAQ) y Parental Authority Questionnaire Revised (PAQ-R) en el que se mide cuantitativamente este estilo parental. Se encuentra que el estilo autoritario y permisivo están presentes en los pacientes con AN, ello indica que, si bien no es una causa directa, puede tener impacto en el mantenimiento de los síntomas.

Finalmente, en una investigación desarrollada por Martínez, Martínez, González y Pinzón en el 2017 titulada “Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá)” se busca establecer la relación entre estas 3 variables, se

aplicó una encuesta a 3217 estudiantes (1603 eran hombres y 1614 mujeres) que cursaban de sexto a once grado, en cuatro colegios de la localidad de Suba, indagando por variables de género, estructura y funcionalidad familiar, se aplicó el test de APGAR familiar y el Test de Scoff para reconocer la presencia de TCA.

Se encontró que el 30% de las mujeres presenta riesgo de TCA frente a un 20 % de los hombres. En lo que respecta a la estructura familiar de la población que presentó TCA, el 24,2 % tenía una familia nuclear completa mientras que el 25,5 % refirió tener una familia nuclear incompleta. En lo que corresponde a funcionalidad familiar, el 22,9 % percibió un buen funcionamiento familiar mientras que el 33,6 % percibió disfunción severa. El género y la función familiar mostraron relación estadística con los TCA a diferencia de la estructura familiar, en conclusión, la población con mayor predisposición a presentar un TCA son las mujeres, así mismo, la disfunción familiar es un factor que influye en el desarrollo de un TCA.

2. Resultados

2.1. Discusión

La influencia de la familia en los trastornos de conducta alimentaria viene siendo estudiada más como un factor de causalidad y mantenimiento de la enfermedad, a nivel nacional e internacional se encuentran similitudes sobre las variables investigadas, en lo que respecta a la revisión nacional del tema se encuentra que familias moderadamente funcionales y disfuncionales con una inadecuada estabilidad, desarrollo y relaciones de los miembros de familia, además de una baja percepción de funcionalidad sobre su unidad familiar (Flores, 2017; Borrego, 2018; Gardenia, 2018 y Arispe, 2018), sin importar variables sociales, son más propensas a que uno de sus miembros en la etapa de adolescencia, edad crucial de cambios físicos y psicológicos en la que se presenta mayor vulnerabilidad, por los mensajes recibidos sobre su aspecto físico y alimentación (Arredondo, 2018), presenten algún TCA, sobre todo en las mujeres.

De la misma forma, investigaciones realizadas a nivel internacional describen la dinámica familiar de pacientes con TCA, en las que se encuentra bajas habilidades de afrontamiento, jerarquías poco definidas, coaliciones intergeneracionales, padres que se relacionan de manera distante y que tienen un vínculo poco afectuoso hacia sus hijos, así como un estilo parental autoritario y permisivo (Mateos, et al., 2014; Dueñas, 2016 y Martínez, Martínez, Gonzales y Pinón, 2017) lo cual confirma la importancia de conocer el funcionamiento familiar en esta patología.

Lo expuesto previamente corrobora que este tipo de patología afecta en su mayoría a las jóvenes de sexo femenino, como mencionan Fernández, Grande, Banzo y Félix en el 2015 sobre la prevalencia encontrada en España y otros países desarrollados.

Finalmente, las características expuestas por Mateos, et al. en el 2014 coinciden con el modelo propuesto por Minuchin en el que refiere cuatro características principales de las familias de los pacientes con TCA las cuales son aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto (Sánchez, 2015), todo ello perteneciente a una dinámica familiar disfuncional.

2.2. Aportes en base al análisis crítico

En lo que respecta a los factores de riesgo de los TCA, se observa que en los últimos años hay mayor número de familias disfuncionales además de una mayor preocupación por lo que se ingiere o por conocer el contenido nutricional/calórico de los alimentos, y si bien no hay un mensaje explícito como hace muchos años, la idea se mantiene, aunque de manera implícita, a través de idealización del cuerpo y reafirmando estas creencias se busca tener éxito o aceptación del grupo cercano por consiguiente es importante tomar conciencia no solo de este trastorno sino de los factores de riesgo asociados. Por otro lado, sería importante poder realizar mayores investigaciones del tema, enfocándose en aplicar un programa de intervención en la familia y en el paciente.

Así mismo, poder contar con una base de datos integrada sobre el tema a nivel nacional, para lograr establecer programas de prevención, ya que sin ello no es posible lograr un cambio a largo plazo ni llegar a las personas que lo necesitan, también incluir en el plan de prevención y promoción los hábitos saludables y percepción corporal, ya que como se ve en la prevalencia de este trastorno, se da en su mayoría en niños y adolescentes, prevaleciendo en el sexo femenino.

Por otra parte, crear conciencia en los padres de familia sobre los estilos de crianza y la dinámica que mantienen con sus hijos ya que esto es importante para poder intervenir en el caso de presentar una disfunción familiar, además de prevenir el desarrollo de este trastorno.

Finalmente, considero que sería importante establecer parámetros de evaluación e intervención, a nivel nacional y de Latinoamérica, ya que la información recabada es en su mayoría de otras regiones como Europa y no necesariamente estas pueden ser replicadas de la misma manera aquí.

2.3. Conclusiones

- Existe un aumento en la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, América Latina parece ser la región en donde se presenta mayor probabilidad de riesgo de presentar este trastorno.
- La terapia cognitivo conductual y la terapia familiar sistémica parecen ser los modelos que favorecen al tratamiento de los TCA, ya que mejoran el pronóstico de los pacientes a corto plazo.
- Las principales dificultades que presentan las familias son: bajas habilidades de afrontamiento, liderazgo difuso y jerarquía poco definidas, en la terapia se trabaja sobre esto y se refuerzan las relaciones adaptativas.
- Es importante conocer que la dinámica familiar disfuncional es un alto factor de riesgo para desarrollar los TCA, sucede de la misma forma con los estilos parentales autoritarios y permisivos.

2.4. Recomendaciones desde una visión psicológica

Trastornos de Conducta Alimentaria

Evaluación:

- Elaborar una guía de evaluación para TCA que incluya: anamnesis, evaluación de pensamientos y conductas, percepción corporal, ansiedad, depresión, impulsividad y obsesividad.

Intervención:

- Fomentar la adherencia al tratamiento.
- Fomentar grupos de apoyo con otros pacientes con TCA.

Prevención:

- Brindar charlas sobre: Autoestima, autopercepción, elaborar un plan de vida, empoderamiento, estilos de afrontamiento y resolución de problemas.

Familia

Evaluación:

- Elaborar una guía de evaluación sobre: estilos de crianza, clima familiar y percepción de la función familiar.

Intervención:

- Identificar el modelo interacción de la familia y trabajar en las relaciones disfuncionales.
- Involucrar a la familia en el tratamiento.
- Psicoeducación sobre los estilos de crianza y sus consecuencias.

Prevención:

- Brindar charlas sobre los indicadores y principales características de los TCA.
- Dar psicoeducación sobre pautas de crianza funcionales.
- Promover una comunicación asertiva.

2.5. Recomendaciones desde una visión multidisciplinaria

- Iniciar la intervención de los TCA con la estabilización del paciente a nivel físico y nutricional.
- Fomentar hábitos de salud favorable: alimentación saludable, deporte de manera regular.
- Involucrar a la familia durante el proceso de recuperación del paciente y que adopten también hábitos saludables.
- Elaborar una guía de abordaje multidisciplinario que de una pauta para el abordaje de este trastorno.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2002) Treatment for anorexia and bulimia. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/eating/treatment>
- American Psychological Association (2009) Treatment for binge eating. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/eating/binge>
- Arispe, C. (2018) Percepción del funcionamiento familiar y obsesión por la delgadez en adolescentes de Lima Metropolitana. [Tesis de grado]
- Arredondo, P. (2018) Relación entre los mensajes alimenticios recibidos en la infancia con las características asociadas a los trastornos alimenticios. [Tesis de grado]
- Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia – ADARE (s.f.) Programa de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado de <http://adaner.org/anorexia-y-bulimia/prevencion/>
- Brownell, K.; Hotelling, K.; Lowe, M. y Rayfield, G. (2011) Eating Disorders. Recuperado de <https://www.apa.org/helpcenter/eating>
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Propósitos y Representaciones, 2(1), 49-78. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (2008) Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Recuperado de

<http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

- Cuadro, E. y Baile, J. (2015) Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 6, 97 – 107. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Domínguez, L.; Villegas, G.; Sotelo, L. L. y Sotelo, L. N. (2013) Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en mujeres adolescentes de Lima. *Rev Mex Invest Psic* 2013; 5 (1)
- Dueñas, M. (2016) Influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de Anorexia Nerviosa. [Tesis de grado]
- Fernández, J. (2018) Propuesta de intervención: programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el aula. [Tesis de maestría].
- Fernández, S.; Grande, T.; Banzo, C. y Félix, M. P. (2015) Trastornos de la conducta alimentaria. doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.004>
- Flores, L. (2017) Funcionamiento familiar y el riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del nivel secundario del distrito de Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa. [Tesis grado]
- Gómez, J. (2016) La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Tesis de grado].
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2014) Nota de prensa: “la obsesión por estar muy delgado es un problema de salud mental generado por baja autoestima y sentimiento

de inferioridad”. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/002.html>

Lozada, A. y Bidau, C. (2017) Familia y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Psicología, 16, 30-49. doi: 10.24215/2422572Xe004

Marco, M.; Quiles, Y. y Quiles, M. J. (2018) Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. I.S.S.N.: 1989-9076. 116, 18-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6735202.pdf>

Martínez, D.; Martínez, S.; González J. y Pinzón J. (2017) Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). Carta Comunitaria. Vol. 25. Número 143. Recuperado de <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/81/69>

Mateos, M.; García, I.; De la Gándara, J.; Vegas, M.; Sebastián, C.; Sanz, B.; Martínez, A. y Martín, E. (2014) La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. Actas Esp Psiquiatr;42(6):267-80. Recuperado de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-267-280-402585.pdf>

Ministerio de Salud (2017) Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Recuperado de http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
- Miranda, L. M. (2016) Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la academia Aduni – César Vallejo en enero del 2016. [Tesis de grado].
- Morales, M. A. (2018) Imagen corporal en estudiantes de cuarto y quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa N° 892- 8187 del distrito de Santa Rosa – Lima. [Tesis de grado]
- National Eating Disorders Association (2018) Estadísticas de los trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de <https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>
- Navarro, M. M. (2016) Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria” [Tesis de maestría].
- Oribe, E. (2018) Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una Universidad Privada de Trujillo. [Tesis de grado]
- Palomino, A. (2018) Adaptación del Body Shape Questionnaire (BSQ) en jóvenes varones universitarios de Lima Metropolitana. [Tesis de grado].

- Ponce, C.; Turpo, K.; Salazar, C.; Viteri-Condori, L.; Carhuancho, J. y Taype, Á. (2017) Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Rev. Cubana de salud pública* 43 (4). Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n4/551-561/>
- Pumacayo, V. (2015) Relación entre el índice de masa corporal y trastornos de conducta alimentaria en estudiantes adolescentes de la IE. Ludwing Van Beethoven, 2015. [Tesis de grado]
- Sainos, D.; Sánchez, M. T.; Vázquez, E. y Gutiérrez, I. (2015) Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. doi: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30049-9](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30049-9)
- Salazar, L. Y. (2019) Prevalencia de trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y nivel de autoestima en adolescentes de la I.E. Andrés Avelino Cáceres – Baños del Inca – Cajamarca, 2018. [Tesis de grado].
- Saldaña, C. (2001) Tratamientos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario *Psicothema*, 13(3), ISSN: 0214-9915. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713304.pdf>
- Sánchez, J. C.; Villarreal, M. E. y Musitu, G. (2010) *Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un Modelo de Campo Psicosocial*. [Libro online]. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf>
- Sánchez, J. (2015) La dinámica familiar en la anorexia nerviosa: un enfoque sistémico. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7521>
- Soriano, J. (2012) Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) desde la familia y la escuela. *Controversias sobre los trastornos*

alimenticios. [pág. 98-105]. Recuperado de http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publici/Libro_Controversias_Trastornos_Alimentarios.pdf

Treasure, J.; Smith, G. y Crane, A. (2007) Los trastornos de la alimentación: guía práctica para cuidar de un ser querido: guía práctica para cuidar de un ser querido. Bilbao, ES: Editorial Desclée de Brouwer. [Capítulo 13].

Vásquez, D. (2018) Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes. (Tesis de grado)

Villarino, A. (2012) Trastornos de la conducta alimentaria. No todo es anorexia y bulimia. *Controversias sobre los trastornos alimentarios*. [pág. 34 – 47] Recuperado de http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/formacion/publici/Libro_Controversias_Trastornos_Alimentarios.pdf

Anexos

Nombre del Documento: Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una Universidad Privada de Trujillo
Autor: Estefany Oribe Castillo
Referencia Bibliográfica: Oribe, E. (2018) Trastornos de la conducta alimentaria y clima social de la familia en alumnas de una Universidad Privada de Trujillo. (Tesis de grado)
Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria
Palabras Claves del Artículo: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Clima Social de la familia
Ubicación: http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4096
Descripción: En este estudio se trabajó con 369 alumnas entre 17 y 25 años, fueron evaluadas con el EDI-3 y la Escala de clima Social en la Familia (FES). Para el análisis de resultados se empleó la prueba de correlación de Spearman, así mismo, se realizó la prueba de normalidad Kolmogrov-Smirnov. Se encontró una correlación muy significativa, negativa y de grado medio entre los indicadores: alienación personal, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, inseguridad interpersonal, baja autoestima, desconfianza interpersonal, desajuste emocional, déficits introceptivos, y ascetismo de los TCA con dimensiones del Clima Social en la Familia (Estabilidad, Desarrollo y Relaciones). Asimismo, se encuentra una correlación muy significativa y de grado medio entre Perfeccionismo y Relaciones.
Conceptos Abordados: Trastornos de la conducta alimentaria, Factores determinantes de los TCA, Signos y síntomas de los TCA y Criterios diagnósticos
Observaciones: En este estudio se abarca un rango de edad más amplio que parece ser el rango en donde se presenta mayor riesgo.

<p>Nombre del Documento: Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes</p>
<p>Autor: Dady Gardenia Vásquez Becerra</p>
<p>Referencia Bibliográfica: Vásquez, D. (2018) Disfunción familiar como factor asociado a trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes. (Tesis de grado)</p>
<p>Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria</p>
<p>Palabras Claves del Artículo: Familia, trastorno de la conducta, alimentación, estudiantes.</p>
<p>Ubicación: http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3960</p>
<p>Descripción: Se evaluó a 154 estudiantes del Centro de preparación pre universitario (CPRE) de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, fueron 77 casos con TCA y 77 controles, para evaluar la disfunción familiar se aplicó la “Escala de Apgar familiar” y los TCA se midió con el EAT 26, el análisis de los datos se llevó a cabo con la prueba no paramétrica chi cuadrado, el análisis arrojó que la disfunción familiar se constituye como factor de riesgo de 2.46 veces para desarrollar TCA.</p>
<p>Conceptos Abordados: Trastornos de la conducta alimentaria, familia.</p>
<p>Observaciones: No queda muy claro cuáles son los conceptos abordados, sin embargo, presenta información concreta y completa.</p>

<p>Nombre del Documento: Percepción del funcionamiento familiar y obsesión por la delgadez en adolescentes de Lima Metropolitana</p>
<p>Autor: Carolina Arispe Silva</p>
<p>Referencia Bibliográfica: Arispe, C. (2018) Percepción del funcionamiento familiar y obsesión por la delgadez en adolescentes de Lima Metropolitana. (Tesis de grado)</p>
<p>Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria</p>
<p>Palabras Claves del Artículo: obsesión por la delgadez, funcionamiento familiar, adolescencia.</p>
<p>Ubicación: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/624033</p>
<p>Descripción: Se evaluó a 107 adolescentes de un colegio estatal de Lima, se empleó la Escala de Evaluación y Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES-III) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) se evidenció una correlación negativa y significativa entre la percepción del funcionamiento familiar y la obsesión por la delgadez. En el grupo de mujeres esta correlación es cercana a cero y no es significativa. En el caso de los hombres, perciben mayor cohesión y adaptabilidad en comparación con las mujeres, sin embargo, las mujeres presentan mayor nivel de obsesión por la delgadez.</p>
<p>Conceptos Abordados: Sintomatología y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal en la adolescencia, funcionamiento familiar, funcionamiento familiar y sintomatología de TCA.</p>
<p>Observaciones: Ninguna.</p>

<p>Nombre del Documento: Relación entre los mensajes alimenticios recibidos en la infancia con las características asociadas a los trastornos alimenticios</p>
<p>Autor: Patricia Arredondo Simons</p>
<p>Referencia Bibliográfica: Arredondo, P. (2018) Relación entre los mensajes alimenticios recibidos en la infancia con las características asociadas a los trastornos alimenticios. (Tesis de grado)</p>
<p>Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios , familia, trastornos de la conducta alimentaria</p>
<p>Palabras Claves del Artículo: Trastornos alimenticios, mensajes alimenticios, adolescencia, EDI-2, CEMS.</p>
<p>Ubicación: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/11722</p>
<p>Descripción: Se evaluó a 121 escolares entre los 13 y 18 años de sexo femenino de un colegio particular entre tercero y quinto grado de secundaria, se aplicó el EDI-2 y el Caregiver Eating Messages Scale (CEMS). Se evidencia relaciones significativas entre los mensajes de obligatoriedad y restricción con las características asociadas al riesgo de desarrollar TCA. Se observó una relación más alta entre restricción con las escalas de insatisfacción corporal e impulsividad; la obligatoriedad se relacionó con la obsesión con la delgadez y perfeccionismo.</p>
<p>Conceptos Abordados: Trastornos de conductas alimentaria.</p>
<p>Observaciones: No cuenta con un marco teórico amplio, no se identifica exactamente los conceptos abordados.</p>

<p>Nombre del Documento: La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria</p>
<p>Autor: Manuel Mateos, Isabel García, Jesús J. De la Gándara, María L. Vegas, Carlota Sebastián, Beatriz Sanz, Ana Martínez, Esther Martín</p>
<p>Referencia Bibliográfica: Mateos, M.; García, I.; De la Gándara, J.; Vegas, M.; Sebastián, C.; Sanz, B.; Martínez, A. y Martín, E. (2014) La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. Actas Esp Psiquiatr;42(6):267-80</p>
<p>Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria</p>
<p>Palabras Claves del Artículo: Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Sistémica familiar, Posmodernidad, Narcisismo</p>
<p>Ubicación: https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-267-280-402585.pdf</p>
<p>Descripción: El objetivo de este estudio era conocer la vulnerabilidad de las familias y la estructura sistémica comparando 108 familias con TCA vs 108 sin patología, la información se obtuvo a través de una entrevista semi estructurada, se encontró que las familias con TCA presentan más antecedentes psiquiátricos y bajas habilidades de afrontamiento, hay un liderazgo difuso y jerarquía poco definidas, existen mayor cantidad de coaliciones intergeneracionales y menos alianzas, los padres se relacionan de manera distante o de enfrentamiento mientras que la actitud hacia sus hijos es complaciente y egoísta, se encuentra un vínculo ambivalente, poco afectuoso. Esta estructura familiar, tiene importancia en la aparición y mantenimiento de los TCA. Se propone una intervención familiar en casos de trastornos de conducta alimentaria para generar conductas familiares más funcionales.</p>
<p>Conceptos Abordados: Trastornos de conducta alimentaria, estructura familiar, familia.</p>
<p>Observaciones: Ahondar más en el abordaje con terapia familiar.</p>

Nombre del Documento: Influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de Anorexia Nerviosa
Autor: María Gracia Dueñas Fadic
Referencia Bibliográfica: Dueñas, M. (2016) Influencia del estilo parental autoritario en el desarrollo de Anorexia Nerviosa. (Tesis de grado)
Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria
Palabras Claves del Artículo: anorexia nerviosa, estilos parentales, estilo parental autoritario, estilo parental permisivo, estilo parental democrático, adolescencia.
Ubicación: http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5476
Descripción: En este estudio participan entre 25 a 30 adolescentes entre 12 a 18 años que tengan diagnóstico de Anorexia Nerviosa y que se encuentren en un centro de rehabilitación sea público o privado. Se aplicó el Parental Authority Questionnaire (PAQ) y Parental Authority Questionnaire Revised (PAQ-R) en el que se mide cuantitativamente este estilo parental. Se encuentra que el estilo autoritario y permisivo están presentes en los pacientes con AN, ello indica que, si bien no es una causa directa, puede tener impacto en el mantenimiento de los síntomas.
Conceptos Abordados: Anorexia Nerviosa y Estilos parentales
Observaciones: No se detalla exactamente el método estadístico de análisis de los datos.

<p>Nombre del Documento: Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá)</p>
<p>Autor: Diana Carolina Martínez, Sonia Gisela Martínez, Juan Carlos González, Jenny Pinzón.</p>
<p>Referencia Bibliográfica: Martínez, D.; Martínez, S.; González J. y Pinzón J. (2017) Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). Carta Comunitaria. Vol. 25. Número 143.</p>
<p>Palabras Claves de Búsqueda: trastornos alimentarios, familia, trastornos de la conducta alimentaria.</p>
<p>Palabras Claves del Artículo: Trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, adolescente, relaciones familiares, familia, riesgo.</p>
<p>Ubicación: https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/81/69</p>
<p>Descripción: En este estudio se busca establecer la relación entre estas 3 variables, para lo que se aplicó una encuesta a 3217 estudiantes (1603 eran hombres y 1614 mujeres) que cursaban de sexto a once grados, en cuatro colegios de la localidad de Suba, indagando por variables de género, estructura y funcionalidad familiar, se aplicó el test de APGAR familiar y el Test de Scoff para reconocer la presencia de TCA. Se encontró que el 30 de las mujeres presenta riesgo de TCA frente a un 20 % de los hombres. En lo que respecta a la estructura familiar de la población que presentó TCA, el 24,2 % familia nuclear completa mientras que el 25,5 % refirió tener familia nuclear incompleta. En lo que corresponde a funcionalidad familiar, el 22,9 % percibió una buena función mientras que el 33,6 % percibió disfunción severa. El género y la función familiar mostraron relación estadística con los TCA a diferencia de la estructura familiar, en conclusión, la población con mayor predisposición a presentar un TCA son las mujeres, así mismo, la disfunción familiar es un factor que influye en el desarrollo de un TCA.</p>
<p>Conceptos Abordados: Trastornos de conducta alimentaria, disfunción familiar</p>
<p>Observaciones: Ninguna.</p>