

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES “DR. Y PROF. SANTIAGO ECHEGOYEN”**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



**INFORME DE SEMINARIO DE PRE-ESPECIALIZACIÓN**

**ESTILOS DE CRIANZA Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE TCA EN  
ADOLESCENTES: UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

**ASESORA:**

**MTRA. RAQUEL SUAZO**

**PRESENTADO POR:**

**CARLOS DANIEL HERNÁNDEZ PÉREZ**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR**

**22 DE MAYO DE 2024**

## TABLA DE CONTENIDO

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen .....                                                                                 | 5  |
| Introducción .....                                                                            | 6  |
| Capítulo 1 Planteamiento Del Problema.....                                                    | 9  |
| 1.1 Situación Problemática .....                                                              | 9  |
| 1.2 Justificación.....                                                                        | 12 |
| 1.3 Delimitación .....                                                                        | 13 |
| 1.4 Objetivos .....                                                                           | 14 |
| Capítulo II Fundamentación Teórica .....                                                      | 15 |
| 2.1 Antecedentes .....                                                                        | 15 |
| 2.2 Clasificación Y Definición De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (TCA) .....       | 35 |
| 2.2.2 Bulimia Nerviosa .....                                                                  | 36 |
| 2.2.3 Trastorno De Atracones .....                                                            | 38 |
| 2.2.4 Trastorno De La Conducta Alimentaria O De La Ingesta De Alimentos No Especificado ..... | 39 |
| 2.3 Estilos De Crianza .....                                                                  | 39 |
| 2.4 Clasificación De Los Estilos De Crianza .....                                             | 42 |
| 2.4.1 Autoritario.....                                                                        | 43 |
| 2.4.2 Permisivo o indulgente .....                                                            | 43 |
| 2.4.3 Democrático.....                                                                        | 44 |
| 2.4.4 Negligente.....                                                                         | 45 |
| 2.5 Estilos De Crianza Y Psicopatología.....                                                  | 45 |

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.6 Factores De Riesgo En Los Trastornos De La Conducta Alimentaria ..... | 47 |
| 2.7 Factores Biológicos .....                                             | 48 |
| 2.7.1 Edad .....                                                          | 48 |
| 2.7.2 Sexo.....                                                           | 49 |
| 2 .8 Factores Socioculturales .....                                       | 49 |
| 2.8.1 Cultura .....                                                       | 49 |
| 2.8.2 Exigencia Profesional Y Social.....                                 | 50 |
| 2.9 Factores Familiares .....                                             | 51 |
| 2.9.1 Componentes Familiares .....                                        | 51 |
| 2.9.2 Funcionamiento Familiar .....                                       | 53 |
| 2.10 Factores Psicológicos.....                                           | 57 |
| 2.10.1 Características De Personalidad .....                              | 57 |
| 2.10.2 Baja Autoestima .....                                              | 59 |
| 2.10.3 Insatisfacción Corporal.....                                       | 61 |
| 2.11 Tratamiento De Los TCA .....                                         | 62 |
| 2.11.1 Terapia Y Tratamiento Nutricional .....                            | 63 |
| 2.11.2 Tratamiento Farmacológico.....                                     | 64 |
| 2.11.3 Tratamiento Psicoterapéutico.....                                  | 65 |
| 2.11.4 Terapia Cognitivo Conductual .....                                 | 65 |
| 2.11.5 Terapia Familiar .....                                             | 66 |
| 2.11.6 Terapia Grupal .....                                               | 67 |

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| Capítulo III Método.....                | 69  |
| Capítulo IV Argumentación .....         | 81  |
| 4.1 Objetivo De Estudio .....           | 81  |
| 4.2 Relación Entre Las Categorías ..... | 83  |
| 4.3 Reflexión Personal .....            | 89  |
| Capítulo V Conclusiones.....            | 94  |
| Recomendaciones.....                    | 95  |
| Referencias.....                        | 98  |
| Anexos.....                             | 110 |

## Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen por cambios en los hábitos alimenticios acompañados de problemas psicosociales, autoestima baja y falta de empatía, junto con una obsesión por perder peso. La población afectada por estos trastornos son generalmente los adolescentes y adultos jóvenes. Los tipos de TCA más comunes son Bulimia Nerviosa (BN) y Anorexia Nerviosa (AN). Las investigaciones han identificado varios factores que contribuyen al desarrollo de los TCA, como la genética, la personalidad, las experiencias sociales y los estilos de crianza. Los estilos de crianza, que van desde el apoyo y la orientación hasta la sobreprotección y la negligencia, desempeñan un papel crucial en el desarrollo emocional, cognitivo y conductual de los adolescentes, y pueden influir directa e indirectamente en el desarrollo de los TCA. Es por ello que el objetivo central del presente estudio es exponer la relación entre los estilos de crianza y el diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes mediante un estudio exploratorio. Para ello se ha realizado una investigación de tipo documental el cual sigue un proceso científico y ordenado que incluye una revisión total de 80 documentos que incluyen información primaria, secundaria y terciaria, igualmente el alcance del estudio es de nivel descriptivo lo que significa que el propósito es poder hacer descripciones de la realidad de los TCA actualmente. En El Salvador es necesario realizar investigaciones cuantitativas, cualitativas y longitudinales que expongan la prevalencia de los TCA en el país, lo que beneficia directamente a la creación de políticas públicas y tratamientos específicos para dichos trastornos. Igualmente se evidencia que el estilo de crianza más favorable para reducir los factores de riesgo asociados al desarrollo de algún TCA es el democrático, y los estilos, negligente, pasivo y permisivo tienen a aumentar la susceptibilidad del adolescente a desarrollarlos.

Palabras claves: trastornos de la conducta alimentaria, estilos de crianza, funcionamiento familiar, baja autoestima, insatisfacción corporal.

## Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un grupo de condiciones mentales graves que afectan a millones de personas en todo el mundo, especialmente a adolescentes y jóvenes adultos. Estos trastornos se caracterizan por una relación distorsionada con la comida y el peso, lo que puede llevar a comportamientos peligrosos como la restricción de la ingesta, los atracones, las purgas y el ejercicio excesivo.

Tradicionalmente eran considerados como trastornos propios de países occidentales desarrollados, con el tiempo, los TCA han sido detectados en diversas culturas y países menos desarrollados, donde generalmente han experimentado un aumento. Además, el perfil de las personas que los experimentan se ha ampliado, abarcando no solo a mujeres adolescentes de familias adineradas y con un excelente rendimiento académico, sino también a hombres, personas pertenecientes a minorías étnicas y de diversos niveles socioeconómicos y estados nutricionales. Además, estos trastornos están surgiendo a edades cada vez más tempranas.

Gaete y López (2020) indican que, a nivel internacional, la prevalencia de TCA en adolescentes antes del DSM-5 oscilaba entre el 0.5% y el 1% para la Anorexia Nerviosa (AN), y entre el 1% y el 4% para la Bulimia Nerviosa (BN), llegando hasta el 14% en el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Los cambios en los criterios diagnósticos introducidos por el DSM-5 resultaron en un aumento de los casos diagnosticados como AN y BN, y una disminución significativa de aquellos identificados como TCANE. Por otro lado, la prevalencia de los Trastornos de la Alimentación (TA) se estima entre el 1% y el 3% en adolescentes y niños, siendo notablemente mayor entre aquellos que buscan tratamiento para la obesidad.

La investigación ha identificado diversos factores que pueden contribuir al desarrollo de los TCA, incluyendo la genética, la personalidad, las experiencias sociales y el entorno familiar. Entre estos factores, los estilos de crianza han despertado un interés particular, ya que estos

pueden jugar un papel importante en la formación de la imagen corporal, las actitudes hacia la comida y los mecanismos de afrontamiento de los adolescentes.

Este estudio exploratorio tiene como objetivo exponer la relación entre los estilos de crianza autoritario, negligente, democrático y permisivo, y el diagnóstico de TCA en adolescentes. A través de un análisis exhaustivo de la literatura existente y la realización de investigaciones propias a profesionales, se pretende comparar las características particulares de cada estilo de crianza y las repercusiones en el desarrollo personal del adolescente; analizar la afectación de los estilos de crianza en la imagen corporal y las conductas desordenadas con la alimentación de los adolescentes; y advertir la relación de los estilos de crianza en el desarrollo y el mantenimiento de factores de riesgo asociados con el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

Los hallazgos de este estudio exploratorio proporcionarán información valiosa para comprender mejor la compleja relación entre los estilos de crianza y el desarrollo de TCA en adolescentes. Esta información puede ser utilizada por padres, educadores, profesionales de la salud mental y responsables políticos para desarrollar estrategias de prevención e intervención más efectivas para abordar estos trastornos graves.

Este estudio se basa principalmente en un modelo integrativo en donde los estilos de crianza no son estáticos, y que pueden cambiar con el tiempo y en función de diversas circunstancias. Por lo tanto, es importante considerar la dinámica familiar y el contexto social en el que se desarrolla el adolescente al evaluar la influencia de los estilos de crianza en el desarrollo de TCA.

Se espera que este estudio exploratorio contribuya a un mayor conocimiento sobre los factores que influyen en el desarrollo de TCA en adolescentes y a la creación de intervenciones más efectivas para prevenir y tratar estos trastornos.

De acuerdo a lo anterior, el presente estudio monográfico cuenta con una estructura en específico para dar un orden al lector, los apartados que se han considerado son los siguientes:

Capítulo I “Planteamiento del problema” acá se encuentra la *situación problemática* como primer apartado y contiene información relevante para entender la importancia de abordar el tema, posteriormente se encuentra la *justificación* del estudio, seguidamente de la *delimitación* del estudio y los *objetivos* los cuales ayudan a comprender el propósito de la presente monografía.

En el capítulo II “Fundamentación Teórica” se presenta la base bibliográfica del presente estudio. En esta sección se explican las categorías principales y secundarias, partiendo desde los antecedentes tanto de los TCA como de los estilos de crianza, así mismo se exponen los cambios que han presentado la categoría de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en el DSM-V en comparación con el DSM-IV. Así mismo se encuentran diferentes elementos que deben considerarse como factores de riesgo a desarrollar algún TCA. Por último, se plantea cuales son los tratamientos que más se han utilizado ante los casos de TCA en adolescentes.

Dentro del capítulo III “Método” se evidencia el tipo de estudio, enfoque, muestreo y categorías principales y secundarias de la presente monografía. Seguidamente se encuentra el capítulo IV “Argumentación”, acá se plantea el objeto de estudio o interés personal, la relación entre las categorías y una reflexión personal.

La última sección se trata de las “Conclusiones”, sintetizando todo lo antes mencionando y brindando recomendaciones a partir de los resultados obtenidos. Como parte adicional se pueden observar las referencias bibliográficas utilizadas en todo el documento y también los anexos.

## Capítulo 1 Planteamiento Del Problema

### 1.1 Situación Problemática

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son problemas que afectan la forma en que las personas comen y se relacionan con la comida. Estos trastornos suelen ser el resultado de un intenso deseo por controlar el peso y la imagen corporal. En los TCA, se observa una intensificación de los comportamientos vinculados con la apariencia, y los individuos adoptan un estilo de vida centrado en su preocupación corporal: dedicar tiempo a mirarse en el espejo, pasar largos períodos arreglándose, intentar "ocultar" defectos vistiendo constantemente de negro o utilizando prendas específicas, entre otros; pueden frecuentar centros de estética, comprometerse en exceso con el ejercicio físico, llevar a cabo mediciones continuas y experimentar alteraciones en la alimentación, como seguir dietas restrictivas (Ramos, Pérez, Liberal y Latorre, 2003).

En la actualidad, los tipos más comunes de TCA son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo intenso a ganar peso y una distorsión de la imagen corporal. Las personas con anorexia suelen restringir su ingesta de alimentos de forma extrema, lo que puede llevar a graves problemas de salud. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias como vómitos autoinducidos o laxantes. Las personas con bulimia también pueden tener una imagen corporal distorsionada y un miedo a ganar peso (Marmo, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2014) indica que la anorexia nerviosa empieza regularmente durante la adolescencia o la edad adulta temprana, y es poco común que inicie antes de la pubertad o después de los 40 años. En este sentido es muy difícil reconocer el curso y el desenlace de dicho trastorno por su variabilidad entre individuos. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5% por década, cuyas razones de muerte son propias de la enfermedad o por suicidio. Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa se desarrolla con más

probabilidad durante la adolescencia y la edad adulta temprana. En los individuos con bulimia nerviosa existe un mayor riesgo significativamente alto de mortalidad por suicidio y por todas las causas de la enfermedad, aunque la TBM de la bulimia es cercana al 2% por década.

Según la información de la Asociación TCA Aragón (2021) los TCA son más frecuentes en mujeres (9 de cada 10 casos), siendo su prevalencia en España de 4,1 a 6,4 por ciento en mujeres entre 12 y 21 años, y de 0,3 por ciento para los hombres. El 94% de los afectados son mujeres de 12 a 36 años, aunque cada vez hay más casos entre varones y gente mayor. El 70% de los adolescentes no se siente a gusto con su cuerpo y 6 de cada 10 chicas creen que serían más felices si estuvieran más delgadas y alrededor del 30% de ellas revela conductas patológicas. Un 11% de los adolescentes está realizando conductas de riesgo susceptibles de acabar cumpliendo criterios para el diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria. A escala mundial el número de casos de TCA se ha duplicado en los últimos 18 años: La prevalencia se ha duplicado y ha pasado de 3,4% de la población a 7,8% entre 2000 y 2018.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, aunque pueden haber existido a lo largo de la historia, empezaron a ser reconocidos y estudiados de manera más sistemática en los siglos XIX y XX. La anorexia nerviosa fue el primer TCA en ser descrito clínicamente en la literatura médica, mientras que la bulimia nerviosa fue reconocida como un trastorno independiente más tarde, en la década de 1970 (Serrano, 2010). En la actualidad, el aumento en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria ha convertido a estos trastornos en uno de los problemas psiquiátricos más comunes, lo que tiene un impacto significativo en la salud pública debido a los aspectos médicos y psicológicos involucrados, así como los altos costos asociados con su tratamiento. Por otro lado, la prevalencia de estos trastornos es más alta en países occidentales que en orientales, pero ha experimentado un aumento constante en ambas culturas en los últimos años (Méndez, Vázquez y García, 2008).

Al tratarse de un trastorno cuyo desarrollo es más propenso en la adolescencia y en la edad adulta temprana, el tipo de organización y funcionamiento familiar se vuelve fundamental

tanto para que se convierta en un factor de protección o de riesgo. Fernández (2017) indica que la familia juega un papel crucial en el desarrollo de los hijos, desde sus primeros años hasta la adultez. Esta influencia es tan importante que se mantiene presente en diferentes momentos de la vida, generando un gran impacto en la adolescencia. En dicha etapa, la calidad del apoyo, el afecto y la comunicación que el adolescente recibe en el seno familiar se convierte en un factor elemental para su bienestar físico, psicológico y social.

Por otro lado, los estilos de crianza se describen como las percepciones, actitudes y creencias que los progenitores adoptan en cuanto a la salud, la alimentación, el valor de los entornos físicos y sociales, así como las oportunidades de aprendizaje que brindan a sus hijos en el hogar. Es decir, los estilos de crianza implican la guía y la educación de los niños por parte de los padres o aquellos que los sustituyen (Jorge y González, 2017).

Es por ello que los estilos de crianza empleados por los padres pueden incidir de manera directa e indirecta en el desarrollo de los TCA, en donde la baja autoestima, la insatisfacción corporal y las alteraciones emocionales actúan como variables mediadoras. En este punto, Marmo (2014) menciona que la influencia familiar, puede actuar como un factor de riesgo y protección, de acuerdo a la manera específica en que los mismos actúen en relación a la aceptación del cuerpo y las conductas asociadas. Los estilos de crianza, que abarcan desde el apoyo y la orientación hasta la sobreprotección y la negligencia, desempeñan un papel crucial en el desarrollo emocional, cognitivo y conductual de los adolescentes (Jorge y González, 2017).

Serrano (2010) menciona que algunas investigaciones han dejado en claro una relación directa entre los estilos de crianza y los TCA, por ejemplo, en un estudio realizado por Suzuki en 1994 se encontró que los adolescentes con un TCA en específico recordaban una crianza con menor calor emocional y mucha más sobreprotección. Igualmente, Cava en el 2001, con su investigación logro concluir que los adolescentes con un TCA recordaban una crianza con menor calor emocional más sobreprotección y más rechazo por parte de la madre, así como

más rechazo paterno. Sin embargo, aún no se comprende completamente cómo estos estilos de crianza pueden interactuar con otros factores de riesgo para influir en el diagnóstico y la manifestación de los TCA en esta población vulnerable por la diferencias metodológicas y culturales.

De esta manera se llega a formular la siguiente pregunta, la cual dará sentido a la presente investigación ¿Existe una relación entre los estilos de crianza y el diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes? Generada a partir del objetivo de proporcionar información valiosa para la prevención y detección de factores de riesgo y protección en la población adolescente que esta propensa a desarrollar un TCA.

## **1.2 Justificación**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la ingesta compulsiva, constituyen un problema de salud mental de magnitudes alarmantes en la población adolescente a nivel mundial. Más allá de su impacto inmediato en la salud física y emocional de los jóvenes que los padecen, estos trastornos conllevan un riesgo considerable de perpetuarse en la adultez, dejando un deterioro significativo en la calidad de vida de quienes los sufren. Estos trastornos se caracterizan por su persistencia y la tendencia a experimentar recaídas frecuentes, además de tener un impacto devastador en los pacientes y sus familias, están asociados con un mayor riesgo de comportamientos suicidas (Méndez, Velázquez y García, 2008).

Si bien, con la ayuda de las investigaciones previas se ha reconocido ampliamente que múltiples factores, incluidos los biológicos, psicológicos, sociales y culturales, contribuyen al desarrollo de los TCA, la influencia de los estilos de crianza en este proceso es un área de investigación que merece mayor atención y profundización. Franco, Pérez y Pérez (2014) mencionan que ciertos estilos de crianza pueden influir en el desarrollo cognitivo y emocional en los hijos y a su vez alterar su relación con la comida, la imagen corporal y la autoestima.

A pesar de la importancia potencial de los estilos de crianza en la etiología y mantenimiento de los TCA en los adolescentes, existe una brecha en el abordaje y el entendimiento sobre la naturaleza y la dirección de esta relación. Marmo (2014) con su estudio y revisión bibliográfica indica que algunas investigaciones a pesar de que sugieren que estilos de crianza autoritarios o sobreprotectores pueden aumentar el riesgo de desarrollar TCA, no existe una vinculación directa, pues, aunque este inicie y se exprese en el contexto relacional y familiar y por ende se considera un factor esencial, pero no es en sí mismo suficiente como para justificar la aparición de un TCA.

Además, Fernández (2017) menciona que la mayoría de las investigaciones existentes se han centrado en muestras clínicas específicas o en poblaciones culturales específicas, lo que limita la generalización de los hallazgos y la comprensión relacional entre los estilos de crianza y los TCA. Por lo tanto, es crucial realizar un estudio exploratorio que examine la relación entre los estilos de crianza y el diagnóstico de TCA en una muestra de adolescentes, ya que dicho entendimiento puede ayudar a identificar factores de riesgo y aumentar las estrategias de prevención.

La falta de claridad sobre la relación entre los estilos de crianza y los TCA en los adolescentes representa un vacío importante en la literatura actual, que requiere una investigación más rigurosa y exhaustiva. La presente investigación teórica descriptiva se propone abordar esta situación problemática mediante la exploración bibliográfica de los estilos de crianza en relación con el diagnóstico de TCA en adolescentes, con el objetivo de proporcionar información valiosa para la prevención, y detección de factores de riesgo.

### **1.3 Delimitación**

El presente estudio considera las siguientes delimitaciones

*Delimitación espacial:* La revisión bibliográfica se centrará principalmente en estudios realizados en países de habla hispana e inglesa, debido a las limitaciones de recursos para

abarcando investigaciones en otros idiomas y contextos culturales. Se incluirán principalmente estudios empíricos, tales como investigaciones cuantitativas y cualitativas, revisiones sistemáticas y bibliográficas, con el objetivo de obtener evidencia robusta sobre la relación entre los estilos de crianza y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

*Delimitación temporal:* Esta investigación se centrará en estudios publicados en los últimos 23 años, desde el año 2000 hasta la fecha actual, con el objetivo de incluir la investigación más actualizada y relevante sobre el tema. Se limitará el análisis a adolescentes, con el objetivo de explorar específicamente cómo los estilos de crianza pueden afectar el diagnóstico y la manifestación de TCA en esta etapa crucial del desarrollo.

## **1.4 Objetivos**

### *Objetivo General:*

Exponer la relación entre los estilos de crianza autoritario, pasivo, democrático y permisivo, y el diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes mediante un estudio exploratorio.

### *Objetivos Específicos:*

- Comparar las características particulares de cada estilo de crianza y las repercusiones en el desarrollo personal del adolescente.
- Analizar la afectación de los estilos de crianza en la imagen corporal y las conductas desordenadas con la alimentación de los adolescentes.
- Advertir la relación de los estilos de crianza en el desarrollo y el mantenimiento de factores de riesgo asociados con el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).

## Capítulo II Fundamentación Teórica

### 2.1 Antecedentes

En las últimas cinco décadas los trastornos de la conducta alimentaria han cobrado una importancia significativa debido al incremento en la frecuencia de estos, tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa. Actualmente se sabe que los TCA se caracterizan por alteraciones graves y específicas en la ingesta de alimentos, que se observan en individuos con hábitos alimenticios distorsionados, ya sea por comer en exceso o por restringir la alimentación, motivados por impulsos psicológicos más que por necesidades metabólicas o biológicas. Y aunque comparten ciertos rasgos, difieren significativamente en sus manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales (Cortés y Pérez, 2013).

A lo largo de la historia, es posible identificar casos de comportamientos alimentarios anómalos, en donde se entremezcla la verdad y el mito; lo religioso con la exageración; por ejemplo, Serrano (2010) hace mención que en la época romana existían grandes banquetes donde el vómito autoinducido era considerado una práctica aceptable, permitiendo a los participantes continuar comiendo y participando en eventos sociales. Por otro lado, existen referencias a los ayunos prolongados practicados por personas religiosas en los primeros tiempos cristianos, con el propósito de alcanzar una mayor espiritualidad a través de la penitencia.

Un ejemplo notable de lo anterior es el caso de Santa Catalina de Siena, quien después de la pérdida de su hermana en su juventud, redujo su alimentación a pan, verduras crudas y agua, dedicando la mayor parte de su tiempo a la oración. Adoptó un estilo de vida austero, convirtiéndose en monja y sirviendo a los más necesitados, practicando autoflagelación y ayunos prolongados, incluso hasta el punto de masticar hierbas amargas y consumir agua helada. Su vida ejemplar inspiró a muchas mujeres en Europa, algunas de las cuales murieron como resultado del ayuno, entregando sus vidas a los demás y negando sus necesidades físicas en busca de la santidad (Ayensa y Calderón, 2012).

En el siglo XVI, se registran relatos sobre mujeres que exhibían comportamientos alimentarios restrictivos que las llevaban a la inanición, siendo estas conductas percibidas como anómalas desde un punto de vista clínico y social, sin encontrar justificación religiosa alguna, como se hacía en la etapa inicial, donde las prácticas como el ayuno se asociaban a menudo con la penitencia religiosa, el ascetismo espiritual, posesión demoníaca e histeria, y por ello los tratamientos se basaban en el exorcismo, purgas y remedios herbales (Fernández, 2017).

Martín (2000) indica que la mayoría de textos identifican, desde una perspectiva médica, a Richard Morton como el autor clásico de la primera descripción de lo que se llamó “consunción nerviosa”, que se relaciona directamente con los TCA. Sin embargo, los primeros en realizar descripciones clínicas de la anorexia nerviosa fueron Gull, en Oxford (1868), y Lassegue (1873) en París. Para 1874, ambos habían detallado casi por completo el cuadro clínico de la anorexia nerviosa (AN) y reconocido sus implicaciones tanto somáticas como psicológicas y familiares. Lassegue inicialmente propuso una hipótesis psicogenética y denominó al trastorno como *síndrome de anorexia histérica*. Gull, por otro lado, inicialmente lo llamó *aepsia histérica* debido a su percepción de una causa orgánica para el trastorno. No obstante, al no encontrar déficit de pepsina gástrica, pasó a denominarle anorexia nerviosa.

Tanto Gull como Lassegue detallaron los síntomas principales que caracterizan la aversión a la comida, que incluyen, pérdida extrema de peso, la amenorrea, el estreñimiento y la dedicación al ejercicio vigoroso. Además, ambos autores analizaron el papel crucial de la familia, tanto en el inicio de la enfermedad como en su desarrollo posterior.

En el campo psicoanalítico, en 1985 Freud menciona que la neurosis en las adolescentes que rechazan la sexualidad es mediante la anorexia. Y precisamente el “síntoma anorexia” para Freud, presentaba varios desafíos tanto para el terapeuta como para la paciente, esto debido a la desnutrición y la alteración psicológica, en muchos casos la paciente se encontraba tan desconectada de la realidad que resultaba extremadamente difícil,

prácticamente imposible, establecer una relación transferencial con el terapeuta, que era esencial para implementar el tratamiento psicoanalítico de acuerdo con los principios de Freud.

Para Serrano (2010) durante el siglo XIX, comenzaron a surgir descripciones más detalladas de los trastornos de la conducta alimentaria en la literatura médica y psicológica. Sin embargo, la comprensión de estos trastornos seguía siendo muy limitada y se mezclaba con juicios morales y culturales. Y no es hasta el siglo XX, cuando la comprensión de los trastornos de la conducta alimentaria comenzó a avanzar significativamente, especialmente en la segunda mitad del siglo.

A partir del siglo XX, la anorexia nerviosa fue reconocida como una enfermedad mental, específicamente un trastorno, lo que llevó a que las pacientes fueran sometidas a tratamientos típicos de la psiquiatría de la época. Estas técnicas diferían considerablemente de las utilizadas en la actualidad e incluían procedimientos como lobotomías, extirpación de la glándula tiroides y terapia electroconvulsiva, entre otros.

Sin embargo, no fue hasta la década de 1930 que comenzaron a surgir informes médicos significativos sobre la anorexia nerviosa. En este mismo período, Melanie Klein propuso una clasificación de la anorexia nerviosa relacionándola con la esquizofrenia paranoide. Desde 1930 hasta 1950, prevaleció la idea entre la comunidad médica y científica de tratar la anorexia nerviosa como una enfermedad endocrina, liderada por M. Simmonds y su teoría del *panhipopituitarismo*. Posteriormente, De Berdt Hovell propuso que la anorexia nerviosa estaba relacionada con una irritación intestinal. Sin embargo, esta corriente no tuvo éxito y la atención volvió a centrarse en las causas psicológicas y psiquiátricas originales (Martín, 2000).

Hasta 1960 se llevaron a cabo los primeros estudios españoles sobre la anorexia nerviosa, aunque estos se limitaron a evaluaciones psicológicas de algunas pacientes y sus familias, así como la descripción de métodos utilizados por las pacientes para evitar comer (Fernández, 2015). Mara Selvini en 1963, tras analizar el tratamiento de 26 pacientes, entre los

cuales se incluyeron 3 varones, se llegó a la conclusión de que el aspecto central es la búsqueda de control sobre el propio cuerpo. Además, no se trata realmente de una falta de apetito, sino más bien de una actuación como si no existiera interés en la comida, denominándolo como "conducta anoréxica". Se observó un marcado interés por la comida, pero lo que diferencia a la anorexia mental de otros casos de malnutrición psicológica o pérdida de peso es justamente que este interés por la comida (realmente la comida en referencia a otros) está presente junto a una consciente determinación hacia el enflaquecimiento (Vargas, 2006).

La identificación de la AN en cuanto al grupo restrictivo y el grupo de vomitadores, sucedió en 1976 en una conferencia en Institutos Nacionales de Salud en Bethesda (Maryland), puesto que estas categorías pueden representar entidades distintas, y además se discute la subclasificación de la anorexia nerviosa en los dos subtipos conocidos: restrictivo y vomitivo/purgativo (Vendereycken, 1994, citado en Vargas, 2006).

En 1979, Russell estableció una distinción clara entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa como dos enfermedades diferentes (*"con el fin de evitar la confusión en este texto, usaré la palabra 'bulimia' para referirme a la ingesta excesiva y el término 'bulimia nerviosa' para denotar la condición psiquiátrica específica"*), aunque relacionadas entre sí, ambas clasificadas como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Fernández 2017).

Durante el proceso de emergencia de la bulimia como una entidad aislada, la Bulimia fue incluida y definida operacionalmente en el CIE-9 (1977) y en el DSM-III (1980), y el año 1981 fue declarado por la revista Newsweek, como "El año del síndrome de atracón-purga" (Stunkard, 1990 citado en Vargas 2006).

Para Fernández (2015) los años 90 fueron determinantes para el desarrollo del tratamiento farmacológico de la anorexia nerviosa ya que desde la Asociación Americana de Psiquiatría se recomendó el uso de un conocido antidepresivo; y también fue fundamental para el desarrollo de las investigaciones y teorías que actualmente se siguen, por ejemplo, la

distinción realizada por Zusman entre la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el Binge eating y el Yo-Yo Dieting.

En la actualidad, persisten los debates sobre el desarrollo y diagnóstico de los TCA. Sin embargo, a diferencia de épocas pasadas, cuando la literatura respaldaba exclusivamente explicaciones orgánicas o psicológicas, hoy en día ha crecido considerablemente, incluyendo una amplia variedad de perspectivas. Así, Martín (2000) indica que los ejes centrales de los TCA son: la relación con las figuras de apego y otro los contenidos narcisistas en tanto aceptación – rechazo del proceso de diferenciación con los otros. Y, Fernández (2015) agrega que existe cierta predisposición cognitiva del paciente a la enfermedad y el peso de la influencia del entorno familiar. También es posible relación con un TOC.

Continuando con la cronología de sucesos importantes dentro de la historia de los TCA, en 1994 con la aparición de la cuarta edición del DSM surgen importantes cambios en el área de los entonces llamados *trastornos de la conducta alimentaria*. Estos trastornos se dividieron en dos categorías principales: los que se identificaban en la infancia y los que tenían inicio en la adolescencia. Dentro de estos últimos, se clasificaban en específicos que abarcaban la anorexia y la bulimia nerviosa, y los no específicos, o TCANE, que englobaban cuadros subclínicos y el trastorno por atracón, estableciendo criterios diagnósticos para su estudio. En su versión revisada -DSM-IV-TR, no se realizaron cambios en esta estructura. Sin embargo, fue en el año 2013, con la publicación del DSM-5, donde se introdujeron cambios significativos en la conceptualización de estas psicopatologías (Arévalo, Aguilar, Girón y Díaz, 2015).

Dentro de los grandes cambios generales, es preciso mencionar la modificación del nombre y la definición de los trastornos alimentarios, del DSM IV al DSM-V. La nueva descripción abarca una visión más holística de los trastornos alimentarios, que no solo considera cambios en el comportamiento relacionado con la comida, sino también en la capacidad de absorción de los alimentos. Esta revisión contempla áreas de deterioro significativo, el espectro del diagnóstico a cualquier edad.

DSM IV-TR (1994) trastornos de la conducta alimentaria. Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. DSM V (2014) trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

Otro cambio significativo implica la eliminación de la clasificación de trastornos según la edad (infancia y adolescencia), lo que conlleva a que los trastornos como la pica, la rumiación y los trastornos de la ingesta alimentaria infantil o juvenil se unifiquen con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, ya que se considera que el trastorno puede aparecer en cualquier momento del ciclo evolutivo (Santos, 2016).

Se han realizado modificaciones en los trastornos de anorexia nerviosa, como, por ejemplo, se elimina el requisito de la amenorrea. Además, se han ajustado la frecuencia de los atracones tanto en la bulimia nerviosa como en el Trastorno por atracón, estableciendo que debe haber al menos un atracón a la semana durante tres o más meses (Rodríguez, Senín, y Perona, 2014).

Tabla 1

Cambios en los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa en el DSM-5 en comparación con el DSM-IV-TR.

| DSM IV-TR (2000)                                                                                                                                                                                                                                                                        | DSM-V (2014)                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anorexia Nerviosa                                                                                                                                                                                                                                                                       | Anorexia Nerviosa                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando | A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al |

|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)                                                                                                                                                             | mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal                                                                                                                              | B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal                                                     | C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Nota de codificación: el código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación) |
| D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar sí:

(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo

intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución). En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado. Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión

Leve: IMC 17 kg/m<sup>2</sup>

---

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>

Extremo: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

Tabla 2

Cambios en los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa en el DSM-5 en comparación con el DSM-IV-TR.

| DSM IV-TR (2000)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DSM-V (2014)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bulimia Nerviosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Bulimia Nerviosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) | A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1.- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere) |
| B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

fin de no ganar peso, como son  
provocación del vómito, uso excesivo de  
laxantes, diuréticos, enemas u otros  
fármacos, ayuno y ejercicio excesivo

C. Los atracones y las conductas  
compensatorias inapropiadas tienen lugar,  
como promedio, al menos dos veces a la  
semana durante un periodo de tres meses

D. La autoevaluación está  
exageradamente influida por el peso y la  
silueta corporal

E. La alteración no aparece  
exclusivamente en el transcurso de la  
anorexia nerviosa

Especificar el tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de la  
bulimia nerviosa, el individuo se provoca  
regularmente el vómito o usa laxantes,  
diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de  
bulimia nerviosa, el individuo emplea otras  
conductas compensatorias inapropiadas,  
como el ayuno o el ejercicio intenso, pero  
no recurre regularmente a provocarse el

aumento de peso, como el vómito  
autoprovocado, el uso incorrecto de  
laxantes, diuréticos u otros medicamentos,  
el ayuno o el ejercicio excesivo

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

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

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

Especificar sí:

vómito ni usa laxantes, diuréticos o  
enemas en exceso

En remisión parcial: después de haberse  
cumplido con anterioridad todos los  
criterios para la bulimia nerviosa, algunos,  
pero no todos los criterios no se han  
cumplido durante un periodo continuado

En remisión total: después de haberse  
cumplido con anterioridad todos los  
criterios para la bulimia nerviosa, no se ha  
cumplido ninguno de los criterios durante  
un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: un promedio de 1-3 episodios de  
comportamientos compensatorios  
inapropiados a la semana.

Moderado: un promedio de 4-7 episodios  
de comportamientos compensatorios  
inapropiados a la semana.

---

Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

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

El *Trastorno por atracón* en el DSM-IV cambia de nombre a *Trastorno de atracones* en el DSM-V, igualmente se aclara que los episodios de ingesta excesiva no están acompañados de conductas compensatorias inadecuadas, en contraste con el subtipo de bulimia nerviosa no purgativa, que sí incluye el uso de medidas compensatorias no purgativas alternativas, como el ayuno o el ejercicio físico excesivo.

Es importante tener en cuenta que, hasta el DSM-IV, los episodios de atracón se definían de manera general, sin hacer distinción entre diagnósticos específicos, ya sea bulimia nerviosa, anorexia nerviosa de tipo compulsivo o trastorno por atracón. La diferencia entre los distintos trastornos de la alimentación se encuentra principalmente en los otros criterios de diagnóstico, mientras que el atracón es un comportamiento o episodio compartido por todos ellos (Cuadro y Baile, 2015).

Tabla 3

Cambios en los criterios de diagnóstico del trastorno por atracón en el DSM-V en comparación con el DSM-IV-TR.

| DSM IV-TR (2000)      | DSM-V (2014)           |
|-----------------------|------------------------|
| Trastorno por atracón | Trastorno de atracones |

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes

1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p. ej., en 2 h), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares
2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Ingestión mucho más rápida de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
4. Comer a solas para esconder su voracidad.

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas
2. Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere lo la cantidad de lo que se ingiere)

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar como medida, al menos dos días a la semana durante 6 meses Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa: futuros trabajos de investigación aclaran si el método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado

C. Malestar intenso respecto a los atracones

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa

Especificar sí:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los

:

criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: 1-3 atracones a la semana

Moderado: 4-7 atracones a la semana

Grave: 8-13 atracones a la semana

Extremo: 14 o más atracones a la semana

---

Otro cambio en el DSM-5, para Arévalo et al., (2015) se relaciona con lo que anteriormente se conocía como trastornos de la conducta alimentaria no especificados, ahora denominados como otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado. En esta nueva clasificación, se detalla el criterio que falta para cumplir con el cuadro clínico completo de uno de los trastornos alimentarios, y se proporcionan ejemplos como la anorexia nerviosa atípica, el trastorno por purgas, entre otros. Además, se introduce

una categoría adicional de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Tabla 4

Cambios en los criterios de diagnóstico del otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado en el DSM-V en comparación con el DSM-IV-TR.

| DSM IV-TR (2000)                                                                                                                                                                                                                            | DSM-V (2014)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trastornos de la conducta alimentaria no especificado.                                                                                                                                                                                      | Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos <i>especificado</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son: | Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la |

presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados", seguido del motivo específico p. ej., "bulimia nerviosa de frecuencia baja". Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizan la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas

1. Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de la

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses                                                                                                                                                            | pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal                                                                                                                                                                                                                           |
| 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas) | 2. Bulimia nerviosa (de frecuencia de baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses         |
| 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida                                                                                                                                                   | 3. Trastorno de atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. |
| Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa                                                                            | 4. Trastorno por purgas: comportamientos de purgativas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones                                                                    |

5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertar del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluso el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación

---

Esta reorganización de los trastornos alimentarios plantea preguntas intrigantes y abre un extenso campo de investigación, por ejemplo, su pertinencia diagnóstica y prevalencia. También se exploran aspectos fundamentales como la percepción de la imagen corporal y las influencias de los estándares estéticos, temas profundamente vinculados al ámbito de la anorexia y la bulimia nerviosas. Además, esta nueva versión del DSM agrega información que

el clínico debe tener en cuenta para todos los trastornos, como la presencia de remisión, y para la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, también se requiere especificar el nivel de gravedad

## **2.2 Clasificación Y Definición De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (TCA).**

De acuerdo al DSM-V (2014) se sabe que los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

### **2.2.1 Anorexia Nerviosa**

La AN es el trastorno de la alimentación que más se ha estudiado y en la actualidad es considerada una grave enfermedad psiquiátrica. Se caracteriza por una obsesión con mantener un peso corporal anormalmente bajo, lo que resulta en la incapacidad de mantener un cuerpo saludable. Los pacientes con anorexia nerviosa no solo están obsesionados con la delgadez, sino que también tienen una imagen distorsionada de su cuerpo. Incluso cuando están extremadamente delgados, se ven gordos y se sienten insatisfechos con su apariencia. Esta insatisfacción permanente los lleva a realizar conductas para perder peso, como purgas, dietas extremas, ejercicio excesivo o ayuno (Méndez, Velázquez y García, 2008).

La anorexia nerviosa es una enfermedad compleja con diferentes cursos y desenlaces. En los jóvenes, puede haber características atípicas, como negar el miedo a engordar, y la enfermedad suele ser de menor duración. En las personas mayores, la enfermedad suele ser de mayor duración, los síntomas pueden ser más graves y propios de un trastorno de larga duración, y los médicos no deben descartarla solo por la edad del paciente.

El desarrollo de la enfermedad puede variar: algunos experimentan cambios en su comportamiento alimentario antes de cumplir con todos los criterios para el diagnóstico, otros

se recuperan por completo después de un solo episodio, algunos tienen un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de recaídas, y otros experimentan un curso crónico durante muchos años (DSM-V, 2014).

La anorexia nerviosa es el trastorno psiquiátrico más común en mujeres jóvenes y ocupa el tercer lugar como enfermedad crónica, después del asma y la obesidad, en las adolescentes. Además, los trastornos de la conducta alimentaria se consideran el principal problema psiquiátrico durante la pubertad y adolescencia, tanto en hombres como en mujeres. Por lo general, los síntomas comienzan en la mitad de la adolescencia, entre los 14 y 18 años, aunque aproximadamente el 5% de los pacientes desarrolla la enfermedad a principios de sus veinte años. La prevalencia de la anorexia nerviosa se estima entre el 0,5% y el 1% en las adolescentes y es de 10 a 20 veces más común en mujeres que en hombres. Los cambios en los criterios de diagnóstico introducidos por el DSM-5 resultaron en un aumento en los casos clasificados como anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, mientras que hubo una reducción significativa en aquellos identificados como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Bermúdez, Chacón, y Rojas, 2021).

### **2.2.2 Bulimia Nerviosa**

La BN es el segundo TCA más claramente definido, cuya causa específica aún es objeto de debate. La característica central de esta enfermedad es la experiencia de episodios de atracones compulsivos, seguidos por esfuerzos para evitar el aumento de peso, lo que lleva a comportamientos compensatorios y a un intenso sentimiento de culpa y pérdida de control. Las personas afectadas recurren a varios métodos para compensar los atracones, siendo el más común la provocación del vómito; otras acciones incluyen el uso excesivo de laxantes o diuréticos, el ayuno y la realización de ejercicio físico extremadamente intenso. Todas estas acciones se llevan a cabo con el objetivo de evitar ganar peso. Los efectos inmediatos del

vómito incluyen la desaparición del malestar físico y la reducción del temor a aumentar de peso (Mendéz, Velázquez y García, 2008).

En contraste con la AN, Bermúdez, Chacón, y Rojas (2021), identifican que la BN tiene una prevalencia mayor. Se estima que afecta entre el 1.2% y el 4% de las mujeres jóvenes. Al igual que con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa es considerablemente más común en mujeres que en hombres, aunque su inicio suele ocurrir en etapas más avanzadas de la adolescencia en comparación con la anorexia nerviosa. La edad promedio de inicio se sitúa entre los 16 y 20 años, aunque también puede manifestarse durante las primeras etapas de la vida adulta.

Investigaciones realizadas en diversos entornos muestran la magnitud de la bulimia nerviosa de la siguiente manera: en un estudio realizado por el Departamento de Neurología y Psiquiatría de la Universidad de Padua (Italia) en adolescentes mujeres de 12 a 25 años, se encontró una prevalencia del 4.6%. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México en 2003 informó una prevalencia del 1.8% en mujeres de 18 a 29 años. En un estudio escandinavo realizado en 2004 en adolescentes, se estableció una prevalencia del 1.2% en mujeres y del 0.4% en hombres. En 2006, un estudio sobre trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 16 años en Ozona (España), utilizando el Test de Comportamiento Alimentario (EAT), encontró que el 9.2% de la población estudiada tenía algún trastorno de la conducta alimentaria; entre aquellos identificados mediante la prueba de detección y que aceptaron un diagnóstico más detallado, se encontró una prevalencia del 0.26%. En Argentina (2008), un estudio sobre trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con vómitos autoinducidos reveló que el 47% de las adolescentes presentaban síntomas compatibles con los criterios del DSM-IV para bulimia purgativa (Pérez, Nieto, Nieto, Palacio y Majul, 2015).

### **2.2.3 Trastorno De Atracones**

El trastorno por atracón (TPA), según Cuadro y Baile (2015) ha sido reconocido desde la década de 1950, siendo estrechamente asociado con la bulimia nerviosa (BN), y se manifiesta principalmente en personas con sobrepeso u obesidad, dentro de una cultura donde la delgadez y la imagen corporal son valoradas de manera desproporcionada, llegando incluso a estigmatizar estas condiciones corporales.

Este distingue por la presencia de episodios de ingestión compulsiva, conocidos como atracones, que se caracterizan por dos aspectos fundamentales: la ingestión rápida y excesiva de alimentos, así como la sensación de pérdida de control durante dichos episodios. Además, quienes lo padecen experimentan malestar relacionado con los atracones y no recurren a conductas compensatorias, que son típicas de la bulimia nerviosa. Este trastorno suele estar vinculado con la obesidad y presenta una alta incidencia de comorbilidad tanto psiquiátrica como médica (Palacios, 2014).

El trastorno de atracones se produce normalmente en personas de peso normal/sobrepeso y en personas obesas. Se ha asociado con frecuencia al sobrepeso y a la obesidad en los individuos que buscan tratamiento. Sin embargo, el trastorno de atracones es distinto de la obesidad. La mayoría de las personas obesas no tiene atracones recurrentes. Además, en comparación con los individuos obesos de igual peso, pero sin trastorno de atracones, a los que tienen el trastorno consumen un mayor número de calorías en los estudios de laboratorio acerca del comportamiento alimentario y presentan mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, mayor malestar subjetivo y mayor comorbilidad psiquiátrica (DSM-5, 2014).

Según Palacios (2014) se estima que la prevalencia en un período de 12 meses es del 1,6 % en mujeres y del 0,8 % en hombres, mostrando diferencias de género menos marcadas en comparación con la bulimia y la anorexia nerviosas. Las tasas de prevalencia son consistentes en varios países desarrollados. En Estados Unidos, la prevalencia es similar en la

población caucásica, latina, afroamericana y asiática. Por otro lado, este trastorno presenta comorbilidad con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y, en menor medida, con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

#### ***2.2.4 Trastorno De La Conducta Alimentaria O De La Ingesta De Alimentos No Especificado***

La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar la razón por la cual los criterios de un trastorno específico de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos no se cumplen, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información disponible para hacer un diagnóstico más preciso, como en servicios de urgencias (DSM-5).

### **2.3 Estilos De Crianza**

A lo largo de la historia, la familia ha desempeñado un papel fundamental en la crianza de los hijos, siendo más que solo una responsabilidad, un entorno privilegiado para moldear el carácter, la identidad y la independencia de ellos. Además, ha servido como un ambiente propicio para el desarrollo de habilidades de comunicación, interacción y razonamiento. Los estudios sobre la crianza han desempeñado un papel crucial en la comprensión de cómo se llevan a cabo los procesos de socialización y desarrollo en los niños (Gallego, Pino, Álvarez, Vargas y Correa, 2019).

Para, Bouquet, y Londoño (2009) estos estudios, en su mayoría, se han centrado en las interacciones entre el niño y su cuidador principal, por ejemplo: Dekowie & Janssens, 1992; Dishion, 1990; Hart, Ladd & Burleson, en 1990 investigaron acerca de la relación entre estilos educativos parentales y el estatus socioeconómico de los hijos; Grusec & Goodnow, 1994; Hoffman, 1975; López, Bonenberger & Schneider, 2001; Molpereces, Llenares & Musitu, en 2001, acerca de la relación entre estilos educativos parentales y la configuración del sistema de valores en los niños; Alonso & Román, 2005; Maccoby & Martin, en 1983, acerca de la relación entre estilos educativos parentales y el autoestima; y la relación entre estilos educativos

parentales y la competencia psicosocial fue estudiada por, Aunola, Stattin & Nurmi, 2000; Cava, Musitu & Murgui, 2006; Doménech, 1993; Estévez, Murgui, Moreno & Musitu, 2007; García, Peregrina & Lendínez, 2002; Herrera, Brito, Pérez, Martínez & Díaz, 2001; y Maccoby, 1980.

La crianza implica tres procesos psicosociales: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza. Por un lado, las pautas se refieren a las normas que los padres siguen en relación al comportamiento de sus hijos, las cuales poseen significados sociales. Es importante reconocer el papel de cada cultura, puesto que, en cada una de ellas se establecen propias directrices para criar a los hijos. Por otro lado, las prácticas de crianza se desarrollan dentro del contexto de las relaciones familiares, donde los padres desempeñan un papel crucial en la formación de sus hijos. Esta dinámica se caracteriza por el poder que los padres ejercen sobre sus hijos y la influencia recíproca entre ellos. Las creencias se refieren al “conocimiento” acerca de cómo criar a un niño. En este sentido Aguirre (2000) indica que las creencias:

Son certezas compartidas por los miembros de un grupo, que brindan fundamento y seguridad al proceso de crianza; en las creencias confluyen tanto conocimientos prácticos acumulados a lo largo del tiempo, como valores expresados en escalas que priorizan unos valores frente a otro (citado en Bouquet y Londoño, 2009, p.110).

Para Velásquez (2020) diferentes autores han ofrecido, a lo largo del tiempo distintas definiciones de los estilos de crianza, sin embargo, la más importante dentro de la evolución del concepto de estilo de crianza ha sido la de, Diana Baumrind (1967), para ella, la crianza viene a darse como resultado de una transmisión transgeneracional de diferentes maneras de cuidar y educar a niños y niñas, determinadas culturalmente, las cuales están fundadas en normas y costumbres. A esto se añade que la crianza se considera a su vez, tres variables paternas básicas: control, comunicación e implicación afectiva, es decir, las experiencias que los padres tuvieron en su infancia, influyen en su forma de crianza actual, ya sea imitando, superando o compensando sus vivencias (Fernández, 2015).

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) definían el estilo de crianza como la expresión de dos procesos fundamentales el número y tipo de demandas hechas por los padres y la contingencia del refuerzo parental. Esto debido a que dichos autores propusieron un modelo bidimensional de socialización parental tras fusionar el modelo de Baumrind con los anteriores intentos de definir el estilo parental a lo largo de un limitado número de dimensiones. Por lo tanto, trataron de evaluar el estilo parental como una función de dos dimensiones, las cuales denominaron afecto/comunicación (responsiveness) y control/exigencia (demandingness) (Fuster, Murillo y García, 2008).

Por otro lado, Darling y Steinberg (1993) mencionan que el estilo parental puede ser descrito como un conjunto de actitudes hacia el niño, las cuales se comunican y, en su conjunto, generan un clima emocional que influye en los comportamientos de los padres. Estos comportamientos abarcan tanto las acciones específicas que los padres realizan en el ejercicio de su rol parental (prácticas parentales), como cualquier otro tipo de conducta, como gestos, cambios en el tono de voz, demostraciones espontáneas de afecto, entre otros (citado en Raya, 2008).

Para Mestre, Samper, Tur y Díez, las interacciones con los hijos deben ajustarse a su etapa de desarrollo. Algunas formas de crianza que son efectivos durante la infancia pueden no ser apropiados para adolescentes. Esto permite que los hijos asuman un papel distinto en la dinámica familiar y en la toma de decisiones, adaptándose a su edad y asimilando conceptos como el respeto hacia los demás, la autonomía y la expresión adecuada de emociones o conflictos. Estos aspectos se convierten en elementos relevantes en su vida familiar y en herramientas valiosas para enfrentar la vida social (2001).

Para Plomin (1994) la idea de que los hermanos se parecen entre ellos porque se desarrollan en el mismo entorno familiar, es debatible; ya que un mismo estilo educativo puede dar lugar a distintas manifestaciones en el mismo entorno familiar, de manera que se puede hablar de factores ambientales compartidos, que afectan a todos los hermanos, y factores no

compartidos, que afectan a alguno de forma específica. Por otra parte, Palacios (1999) sugiere que la conducta del niño condiciona el comportamiento de los padres. Por lo tanto, la acción socializadora será el resultado de la combinación entre, su estilo (de crianza) característico y el comportamiento del niño en momentos y situaciones específicas (Raya, 2008).

En este sentido, existen numerosas clasificaciones y teorías que han explorado el estilo de crianza de cada padre y la reacción del niño ante estos. Sin embargo, todas estas teorías se centran en dos aspectos principales del comportamiento parental.: el relativo a la exigencia-control-coerción-severidad-supervisión-exigencias-crítica-rechazo y el referido a conductas de sensibilidad-comunicación-cariño-responsividad-afecto-comunicación- aceptación-compromiso. La combinación positiva-negativa de estas dos dimensiones ha dado lugar a diferentes clasificaciones de los estilos de crianza (Ramón, García y Nicasio, 2008).

## 2.4 Clasificación De Los Estilos De Crianza

En 1983, Maccoby y Martin propusieron, a partir del modelo tripartito (permisivo-autoritario-democrático) de Diana Baumrind (1967), un modelo bidimensional en la socialización parental, en el que distinguieron las dimensiones de: el afecto/comunicación y el control/exigencia, agregando el estilo negligente (Musitu y García, 2004). Según Harris (2002) no es posible distinguir un modelo puro para definir los estilos de crianza, sin embargo, los aportes de Baumrind y Maccoby y Martin se entrelazan y generan una explicación más detallada de lo que es en su momento el proceso de crianza, tomando en cuenta que la estabilidad de un estilo se pierde mediante el niño se va desarrollando (citado en Casado, 2018).

Tabla 5

Estilos de crianza

| Estilos de crianza | Afecto | Control |
|--------------------|--------|---------|
| Autoritario        | Bajo   | Alto    |

|             |      |      |
|-------------|------|------|
| Permisivo   | Alto | Bajo |
| Democrático | Alto | Alto |
| Negligente  | Bajo | Bajo |

---

#### **2.4.1 Autoritario**

Baumrind describe que los padres autoritarios priorizan el control y la obediencia sin cuestionamientos. Buscan que sus hijos se ajusten estrictamente a un conjunto de reglas de comportamiento y de no ser así, se aplican ciertos castigos, a menudo utilizando métodos que refuerzan su autoridad. Son menos afectuosos y cercanos en comparación con otros estilos parentales. (Papalia, Olds, y Feldman, 2009).

Los padres que adoptan este estilo de crianza proporcionan una educación caracterizada por la rigidez, sin explicar a sus hijos las razones detrás de las reglas establecidas. No toman en cuenta las necesidades educativas, intereses u opiniones de sus hijos propias de su etapa del desarrollo. Dictan a sus hijos lo que deben hacer y rara vez les ofrecen la posibilidad de elegir. Estos padres basan su comportamiento en la creencia de que este enfoque es el mejor para asegurar un futuro exitoso, donde la disciplina estricta se percibe como el método para criar hijos responsables y comprometidos. Como resultado del ejercicio de este estilo de crianza se crea una distancia entre padres e hijos provocando que los niños o niñas sean menos cariñosos, inseguros, descontentos y, en algunos casos, pueden ser retraídos (Jorge, y Gonzáles, 2017).

#### **2.4.2 Permisivo o indulgente**

Este estilo se caracteriza por una relación que es no directiva, marcada por la ausencia de control parental y la presencia de flexibilidad. Los niños bajo este modelo crecen bajo una sobreprotección y una falta de disciplina. Los padres evitan tanto los castigos como las

recompensas, no establecen reglas ni ofrecen orientación a sus hijos (Bouquet y Londoño, 2009).

Para Casado (2018) en este estilo, algunos padres pueden mostrar indiferencia hacia las actitudes de sus hijos, tanto positivas como negativas. Además, suelen ceder fácilmente a los deseos de sus hijos sin considerar las consecuencias, lo que puede resultar en la crianza de niños mimados o malcriados.

### **2.4.3 Democrático**

Los padres democráticos reconocen y valoran la individualidad de sus hijos, al mismo tiempo que enfatizan la importancia de respetar las normas sociales. Confían en su capacidad para guiar a sus hijos, pero también respetan sus decisiones, intereses, opiniones y personalidades independientes (Papalia, Olds, y Feldman, 2009).

También, muestran amor y aceptación hacia sus hijos, al tiempo que exigen un buen comportamiento y mantienen normas firmes. Aplican castigos limitados y razonables cuando es necesario, dentro de una relación cálida y de apoyo. Prefieren la disciplina inductiva, explicando el razonamiento detrás de sus decisiones y fomentando la negociación verbal y la reciprocidad. Como consecuencia a la práctica del estilo democrático, los niños tienden a ser amistosos, enérgicos, autónomos, curiosos, controlados, cooperativos y más aptos al éxito (APA, 2017).

Este estilo es considerado como el más efectivo para criar a hijos, ya que fomenta interacciones familiares que contribuyen al desarrollo tanto personal como social de los niños. Las acciones de los padres transmiten seguridad a sus hijos, quienes saben que son amados y comprenden las expectativas que tienen sobre ellos. En general, este enfoque tiene efectos positivos en la socialización, incluyendo el desarrollo de habilidades sociales, una mayor autoestima y bienestar psicológico, y una reducción de los conflictos entre padres e hijos (Jorge, y Gonzáles, 2017).

#### **2.4.4 Negligente**

En este estilo no se encuentra ni la imposición de demandas por parte de los padres ni la comunicación abierta y bidireccional. Para Casado (2018) los padres negligentes se distinguen por su falta de afecto hacia sus hijos, mostrando desapego y falta de implicación en su desarrollo y necesidades. No establecen expectativas ni responsabilidades, y no imponen límites claros. Además, suelen ignorar las emociones y opiniones de sus hijos, lo que resulta en una ausencia de apoyo emocional para los menores, aunque puedan proporcionar las necesidades básicas como alimentación, vivienda o dinero si es necesario.

### **2.5 Estilos De Crianza Y Psicopatología**

La revisión bibliográfica de los estilos de crianza y los trastornos mentales indica que un estilo democrático se relaciona con un funcionamiento más adaptativo en los adolescentes. Por otro lado, los estilos autoritarios y/o negligentes tienden a estar vinculados con la presencia de trastornos, como la ansiedad y la depresión.

Es preciso mencionar que bajo diversos nombres como competencia psicosocial, ajuste emocional y conductual o simplemente ajuste, numerosos estudios tratan de relacionar los estilos parentales con determinados factores psicosociales como pueden ser la responsabilidad personal, la empatía, el temperamento o la resistencia ante la influencia de los iguales; el apego hacia los iguales, la autoestima y la satisfacción vital; la competencia social percibida, la autoestima, la percepción de control social, la aceptación o rechazo por parte del grupo de iguales o la adaptación social y conductual en la escuela (García, Pelegrina y Lendínez, 2002).

Para Yamuza, Trenas, Osuna y Cabrera (2019), todos estos estudios y autores coinciden en que un estilo democrático fomenta un desarrollo equilibrado en el niño y una menor probabilidad de que aparezcan problemas de tipo externalizante (agresividad, hiperactividad) o internalizantes (depresión, ansiedad). Un ejemplo en concreto es el estudio realizado por Franco, Pérez y de Dios (2014, citado en Yamuza, et al. 2019) en donde

encontraron que los progenitores que se caracterizaban por una baja disciplina y bajo afecto percibían mayor depresión y ansiedad en sus hijos, siendo ambas variables muy relevantes para establecer contingencias educativas.

Algunos aspectos de los estilos de crianza que pueden mediar o promover los problemas externalizantes o internalizantes según Raya (2008) son los siguientes:

Supervisión: Los padres que supervisan poco a sus hijos pueden propiciar conductas antisociales o agresivas; Consistencia de la disciplina: Una disciplina inconsistente puede aumentar la agresividad y la delincuencia al reforzar la desobediencia; Estilo parental coercitivo: Los niños pueden aprender comportamientos antisociales a través de prácticas coercitivas de sus padres; Afecto y negatividad: Padres con bajos niveles de afecto y altos niveles de ira y hostilidad pueden tener hijos agresivos y con problemas de conducta; Castigo físico: El uso de este método por parte de los padres puede llevar a que los niños lo reproduzcan con otros; Factores contextuales: Factores como el estatus socioeconómico pueden influir en la violencia y la agresividad a través de los estilos parentales; Conflicto interparental: El conflicto entre padres puede contribuir a problemas de conducta en los niños al afectar su seguridad emocional.

Por otro lado, en el caso del TDAH, los estilos de crianza más usuales son el autoritario y el negligente, debido a la sensación de falta de control que los progenitores tienen sobre el menor y sobre el diagnóstico. Referente al consumo de sustancia, es posible identificar una relación directa entre los estilos que implican un uso excesivo de castigos físicos y una rigidez excesiva, o una permisividad extrema y falta de límites, con un inicio más temprano en el consumo de alcohol durante la adolescencia, así como un aumento en comportamientos de promiscuidad sexual y agresividad (Jiménez, 2010).

Con respecto a la ideación suicida, Pérez et al, (2013) identificaron que las principales prácticas de crianza asociadas con la ideación suicida en adolescentes, sin importar el género, incluían la ausencia de afecto por parte de los padres hacia el hijo, el uso de control psicológico

(manipulación), la falta de establecimiento de límites claros y consistentes, y una comunicación deficiente entre padres e hijo. Estas prácticas parentales se alinean con los estilos de crianza autoritarios y negligentes (Torres, 2019).

Córdoba (2014) menciona que es posible considerar que los estilos utilizados por los padres en el proceso de socialización de los hijos tienen un efecto significativo en los comportamientos de ellos, no obstante, pueden existir influencias externas cuando hay una dinámica disfuncional en la estructura familiar y factores ambientales estresantes y conflictivos. Estos pueden manifestarse en formas de agresividad por parte de cualquier miembro de la familia hacia cualquier persona, conflictos entre los padres, prácticas de crianza negativas como la falta de afecto, castigos y un enfoque excesivo en el éxito, abuso de sustancias, abuso o negligencia infantil, interacciones problemáticas entre padres e hijos, críticas frecuentes, instrucciones dadas de manera airada y humillante, y falta de reconocimiento de conductas apropiadas o de obediencia en los niños.

Sin embargo, la influencia de los estilos de crianza en el desarrollo y evolución de la psicopatología infantojuvenil varía según el tipo de trastorno. Es crucial considerar tres aspectos importantes en la aparición de estos trastornos: una predisposición biológica específica, un entorno que pueda generar situaciones de riesgo y la presencia de factores estresantes que puedan desencadenar el trastorno en un individuo vulnerable. Por lo que, no es posible atribuir una causalidad específica entre el estilo de crianza y la psicopatología, sino más bien, el estilo de crianza es una variable moduladora que bien, actuará como potenciador o modulador de la sintomatología, reduciendo o incrementando la manifestación, la gravedad o el impacto negativo de ésta (Torres, 2019).

## **2.6 Factores De Riesgo En Los Trastornos De La Conducta Alimentaria**

La etiología de los TCA es multifactorial y compleja, lo que indica que existe una interacción de distintos factores socioculturales, psicológicos y biológicos. Para Giner (2016)

sería incorrecto considerar los distintos factores etiológicos y de riesgo, investigados por diversos autores a lo largo de la historia, causales de los TCA, sino únicamente como factores asociados a dichos trastornos.

## **2.7 Factores Biológicos**

### **2.7.1 Edad**

Para Losada y Eraña (2019) la adolescencia es un factor de riesgo dado que durante esta etapa se producen cambios físicos (lo que puede desencadenar preocupaciones sobre la imagen corporal y el peso); se establecen nuevas relaciones; los adolescentes, además, lidian con presiones escolares-sociales-culturales, desarrollan su identidad y buscan alcanzar mayor independencia.

En la adolescencia, el impacto de las hormonas esteroideas se vuelve destacable, puesto que intervienen en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la modificación organizacional de los rasgos psicológicos y conductuales, además de los cambios físicos, como el incremento en la cantidad de grasa corporal en las niñas. Además, esta nueva conformación corporal en las niñas, las expone a la presión de mantenerse delgadas en sus relaciones interpersonales, contribuyendo así a una menor satisfacción con su imagen corporal (Portela, da Costa, Mora y Raich, 2012).

Fernández (2017) menciona que, aunque la mayoría de estudios se realicen con poblaciones adolescentes, las mujeres mayores también presentan preocupaciones por el ideal corporal, así, Epel, Spanakos, Kasl-Godley y Brownell (1996, citado en Fernández 2017) concluyeron con su estudio que, las mujeres mayores de 60 años encontraban importante el ideal corporal delgado, así como pasa con las adolescentes, por lo que dicha inquietud podría ser mediada por la presión social.

### **2.7.2 Sexo**

El sexo como factor de riesgo, se encuentra íntimamente relacionado con temas culturales, Lázaro, et al (2016), indican que el ideal de belleza extremadamente delgado es un valor social deseado que se mantiene pese al paso de los años. Este concepto se difunde ampliamente a través de los medios de comunicación en un mundo globalizado que ha adoptado este mito occidental; ejerciendo una presión especialmente sobre el género femenino, que puede estar presente en los adolescentes varones, pero con una menor prevalencia. Así mismo, en el caso de los varones, son más evidentes los valores culturales inculcados, por ejemplo, que se debe ser más competitivo con mayor exigencia de logro, con la obligación de ocultar sus sentimientos, de esta manera, los varones leen revistas deportivas y las mujeres de “féminas”.

En un estudio realizado por Fandiño, et al, (2007) con un grupo de 174 estudiantes de medicina de la Universidad del Valle, Colombia encontraron que, quienes estaban más propensos a desarrollar un TCA eran las mujeres con un 51.1% y un 26.8% en los hombres. Por otro lado, Fernández y Pritchard (2012) indican que en los varones prevalecen factores de riesgo psicológicos como lo son la impulsividad y la ira, en cambio en las mujeres, se encuentra una mayor influencia aspectos como la imagen corporal y el perfeccionismo.

## **2.8 Factores Socioculturales**

### **2.8.1 Cultura**

Al hablar de cultura como un factor de riesgo, se hace referencia a una occidentalización de estilos de vida significativos en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la sociedad contemporánea. Este fenómeno refleja la influencia de diversos factores socioculturales, económicos y tecnológicos que han alterado la relación de las personas con la alimentación, la imagen corporal y el ejercicio. La globalización, el aumento de la urbanización, la exposición a los medios de comunicación y la presión social por cumplir

con los ideales estéticos occidentales son algunos de los aspectos que han contribuido a la occidentalización de estilos de vida, promoviendo hábitos alimenticios poco saludables, una obsesión por la delgadez y una búsqueda constante de la perfección física, lo que aumenta la vulnerabilidad a los TCA.

En las antiguas culturas occidentales, los rituales de ayuno eran una parte integral de las prácticas religiosas, que implicaban abstenerse parcial o totalmente de alimentos. Sin embargo, este acto, como componente de las prácticas mágico-religiosas, no se originó en una civilización o religión específica, sino que se extendió ampliamente por todo el mundo. En el cristianismo, por ejemplo, el propósito del ayuno no se limita únicamente a la mortificación, sino que también representa la unión y reconciliación con la escasez, el luto por el sufrimiento de Cristo, la búsqueda de cierta pureza o la protección contra la influencia de fuerzas demoníacas (Rodríguez, 2005).

Por lo que, es posible indicar que estos aspectos socioculturales desempeñan un papel crucial en la formación de los estereotipos corporales. Y entre los atributos inherentes que la sociedad y la cultura presentan se destacan: 1) El ideal de belleza cultural en una sociedad occidental moderna; 2) Las normas estéticas; 3) La posición socioeconómica; 4) La industria del modelaje; 5) Los medios de comunicación; 6) La publicidad y 7) La obsesión narcisista por el cuerpo (Behar, 2010).

### ***2.8.2 Exigencia Profesional Y Social***

Para Bojorquez (2005) este factor sociocultural que interviene en el desarrollo de un TCA consiste en la presión social principalmente ejercida sobre las mujeres para mantener una silueta delgada, y esto sumado a otras variables como el perfeccionismo, la baja autoestima, u otros componentes psicopatológicos, o bien, si estas personas se sitúan en contextos que enfatizan la figura, como escuelas de danza o de modelaje, pueden llegar a precipitar algún TCA.

La delgadez se asocia con el éxito, y la fórmula de "mujer delgada igual a mujer exitosa" parece tener siempre una connotación positiva. Por el contrario, la obesidad se interpreta como símbolo de descuido, desinterés y falta de dedicación, cualidades que, aunque no están necesariamente relacionadas con la eficiencia profesional, pueden ser percibidas de forma errónea en el ámbito laboral. Sin embargo, es importante tener en cuenta la presión ejercida por los estándares estéticos predefinidos y la discriminación que implica no cumplir con ellos en este aspecto (Durán, 2005).

Sin embargo, la influencia de la presión sociocultural no es suficiente para explicar completamente la aparición de los TCA, ya que, de ser así, todas las personas bajo una constante influencia de los medios y de las presiones sociales desarrollarían un TCA. Este hecho sugiere que, que la influencia cultural se ve mediada por otros factores como, las características individuales, los patrones de pensamiento y la interacción con el entorno ejercen una influencia variable en el origen y la persistencia de los TCA.

## **2.9 Factores Familiares**

### **2.9.1 Componentes Familiares**

La familia desempeña un papel fundamental en la vida de los individuos, influyendo en su desarrollo emocional, social y psicológico. En el contexto de los TCA, la dinámica familiar puede ser un factor determinante en su origen y desarrollo. La relación entre la familia y los TCA es compleja, y se ha reconocido cada vez más como un área crucial de estudio en la comprensión de estos trastornos. La forma en que los miembros de la familia se relacionan entre sí, las actitudes hacia la alimentación, la imagen corporal y la salud, así como el ambiente emocional y la comunicación familiar, pueden influir en la aparición y mantenimiento de los TCA. En este contexto, explorar el papel de la familia como factor de riesgo, es esencial para una comprensión integral de estos trastornos.

Se considera que la familia, puede actuar como un factor etiológico debido a que su funcionamiento puede propiciar la aparición de tales trastornos, así como puede contribuir a su mantenimiento, además, recientemente se ha destacado su potencial como factor protector en el tratamiento y la prevención de estos trastornos (Ruíz, et al, 2010). Para Serrano (2010) los siguientes elementos igualmente pueden intervenir en el desarrollo de los TCA: Los padres y sus familias de origen, las madres y sus familias de origen, la relación entre los padres, la relación de los hijos con los padres, la relación entre los hermanos.

Por otro lado, Fernández (2017) menciona que la experiencia de la enfermedad, desde el momento en que se tiene conocimiento de ella en la familia, se convierte en una fuente constante de estrés y sufrimiento que se intensifica a medida que progresa la enfermedad. El desconocimiento y las dificultades para manejar la enfermedad, los cambios observados en los miembros de la familia y las repercusiones en el resto de los miembros de la familia, entre otras circunstancias, pueden generar una preocupación excesiva, acompañada de ansiedad y tensión.

La familia desempeña un papel crucial en el proceso de aprendizaje de la función alimentaria y en la formación de la percepción de la imagen corporal. Es esencial destacar que, en el desarrollo de la función alimentaria, cuando la madre responde adecuadamente a las señales que indican la necesidad de alimentarse del niño proporcionándole alimentos adecuados, el niño aprende a identificar y diferenciar claramente el hambre, desarrollando así una comprensión sólida de sus necesidades nutricionales. Por el contrario, si las respuestas de la madre son inadecuadas, el niño puede experimentar confusión y tener dificultades para distinguir entre el hambre y la saciedad. Estas dificultades en la relación entre la madre y el niño no se limitan únicamente a este vínculo específico, sino que forman parte de una configuración familiar más amplia y específica para cada familia (Losada, y Bidau 2017).

### **2.9.2 Funcionamiento Familiar**

Las interacciones generadas entre los diferentes miembros de la familia es parte de lo que lo que implica el funcionamiento familiar, y los TCA, como se ha descrito con anterioridad, no solo son el resultado de factores individuales, sino que también están influenciados por el entorno familiar en el que se desarrolla el individuo. Es por ello, que tanto la interacción, los roles asignados, las expectativas y los patrones de comunicación en la familia tienen un impacto significativo en la salud mental y física de sus miembros, incluyendo el desarrollo de los TCA.

Giner (2016) afirma que entre las familias de los pacientes con TCA existen más antecedentes psiquiátricos, menos capacidades para manejar situaciones difíciles, las estructuras de poder en la familia son poco claras, el liderazgo no está bien definido y las relaciones entre padres e hijos suelen ser ambivalentes y carentes de afecto. En el caso de las madres, esto se manifiesta a menudo con ansiedad por separación y dependencia emocional intensa hacia sus hijos.

De acuerdo a lo anterior, un estudio cuantitativo realizado por Isaza, et al, (2012, citado en Castillo et al, 2015) sobre la influencia del clima socio familiar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en 108 niños y niñas encontró que, a mayor presencia de acciones equilibradas y mayor clima de participación, los niños y las niñas presentan un mayor desempeño social y que, a mayores estrategias autoritarias, menor desarrollo de repertorios sociales, lo que pone en realce la influencia del funcionamiento familiar en la adaptabilidad de los hijos en los contextos sociales en el que existe altos ideales estéticos, etc.

Ruiz et al, (2013), afirman que las investigaciones indican que las familias con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienden a experimentar un nivel más alto de disfunción en comparación con las familias de control. Esta disfunción se manifiesta en una

menor cohesión familiar, adaptabilidad, expresividad emocional e independencia, así como en una menor capacidad para expresar afecto y controlar el comportamiento. Además, estas familias tienden a ofrecer menos actividades que promuevan el desarrollo de sus miembros y suelen experimentar un mayor nivel de conflicto interpersonal.

Minuchin, Rosman y Baker (1978, citado en Losada y Bidau, 2017) identifican cinco características principales de las interacciones familiares que contribuyen a mantener la somatización en estos trastornos: el aglutinamiento, que implica una extrema cercanía e intensidad en las relaciones familiares; la sobreprotección, que se manifiesta en una preocupación excesiva por el bienestar de los demás miembros de la familia; la rigidez, que se caracteriza por la resistencia al cambio y la necesidad de mantener el statu quo; la evitación del conflicto; y la triangulación, que implica la participación de los hijos en los conflictos entre los padres. Estos aspectos están estrechamente relacionados con otros dos factores: la elevación del papel de los hijos de una posición periférica en la familia a una posición central, y la prolongación de la dependencia de los hijos hacia sus padres.

Más adelante, Leung, Schwartzman y Steiger (1996, citado en Ruiz et al, 2013) presentan un modelo que describe cómo la influencia familiar puede afectar la sintomatología de los TCA a través de otros dos mecanismos: a) la preocupación de peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas de TCA y b) la disfunción familiar puede seguir una vía indirecta donde sus efectos se suman a la baja autoestima y la insatisfacción corporal generando la presencia de síntomas de TCA; o bien puede actuar directamente sobre dichos síntomas de TCA, de acuerdo con el análisis de regresión efectuado. Sus resultados muestran que la combinación de disfunción familiar y baja autoestima, particularmente cuando se asocia con inquietudes familiares relacionadas con el peso y la apariencia, junto con la insatisfacción corporal de las hijas, aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Cuando las preocupaciones sobre el

peso y la figura no están presentes, los síntomas pueden manifestarse como otros tipos de problemas psicológicos.

Igualmente, es posible describir diferencias entre las familias de pacientes con AN y BN. Casper et al, (2001, citado en Serrano, 2010) mencionan que existe un nivel más alto de conflicto no resuelto, malestar y afecto negativo en las familias de pacientes con bulimia en comparación con las de pacientes con anorexia y con familias de control sanas. Sin embargo, los hermanos de las pacientes bulímicas percibían que sus familias funcionaban de manera normal.

Es preciso mencionar que una vez desarrollada la enfermedad es posible que se produzca una alteración en los patrones de relación e interacción dentro de la familia. Así, los padres pueden experimentar una reacción depresiva, lo cual a su vez podría influir en el mantenimiento o agravación del trastorno en el hijo. Serrano (2010) indica que la enfermedad misma podría influir en cómo las pacientes y sus padres perciben las relaciones familiares, es decir, la evaluación del funcionamiento familiar podría variar a medida que la enfermedad evoluciona.

### **2.9.3 Estilos De Crianza**

Algunas descripciones intentan explicar los TCA desde una postura exclusivamente biológica/orgánica, como la brindada por el Centro Nacional de Equidad y Salud Reproductiva (2004 citado en Arroyave, Gañan y Vásquez, 2021): Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera. Sin embargo, en la actualidad se sabe que tanto lo social como elementos psíquicos pueden tener influencia directa en el desarrollo de los TCA, al igual que los factores familiares y el estilo de crianza. Las relaciones establecidas durante los primeros años de vida son cruciales para la formación de la autoimagen que cada sujeto tendrá en el futuro, siendo en algunos casos, una construcción

influenciada por los prejuicios parentales o incluso por el entorno en el que se desenvuelven los individuos.

Los estilos de crianza que carecen de afecto positivo o presentan un exceso de afecto negativo a través de la imposición disciplinaria o el rechazo manifiesto hacia el hijo, conducen al desarrollo de un apego inseguro y una autoestima baja. Estas condiciones se asocian directamente con la psicopatología en los niños.

Tanto el estilo autoritario como el negligente se consideran inapropiados para la crianza de cualquier niño, ya que no promueven un desarrollo óptimo y pueden agravar los síntomas de los trastornos existentes, como el TDAH, así como desencadenar y aumentar la sintomatología internalizante y externalizante. Esto se manifiesta en forma de depresión, ansiedad, conductas e ideación suicida, trastornos de la conducta alimentaria, agresividad, consumo de sustancias y conducta delictiva temprana (Torres, 2019).

Para García et al, (2014) entre las familias con un miembro con TCA, existe una amplia variedad de patrones de interacción entre sus miembros. A pesar de esta diversidad, se han identificado ciertas disfunciones comunes que se consideran factores contribuyentes o mantenimiento del trastorno.

Estas disfunciones suelen originarse en un subsistema parental caracterizado por madres con sentimientos de ineficacia e inseguridad, acompañadas por padres perfeccionistas. Lo que se traduce como un ambiente familiar que contribuye a la construcción de una autoestima depreciada que puede predisponer al desarrollo del TCA a largo plazo. En este contexto, la relación entre los padres y sus hijos pre-anoréxicos tiende a ser ambivalente, marcada por la sobreprotección y el rechazo, lo que establece un vínculo inseguro.

En el estudio realizado por Arroyave, Gañan y Vásquez, (2021) titulado: Relación entre trastorno de conducta alimenticia y estilo de crianza. Perspectiva de un grupo de adultos jóvenes de la ciudad de Medellín, concluyó que tanto el estilo de crianza como el ambiente familiar son fundamentales para el desarrollo social, intrapersonal y emocional. Aunque no se

puede afirmar que un estilo de crianza esté completamente ligado a los TCA, se observó una tendencia hacia un estilo autoritario, que puede generar problemas emocionales y baja autoestima en los jóvenes. Además, se destaca que las presiones sociales y culturales sobre la imagen corporal contribuyen significativamente a estos trastornos.

Los estilos de crianza autoritarios tienden a promover un alto grado de perfeccionismo y sentimientos de insuficiencia en los individuos, afectando así, la relación con los padres y su bienestar emocional. Igualmente, la autopercepción y el sentimiento de soledad también son relevantes en el desarrollo de TCA.

## **2.10 Factores Psicológicos**

### ***2.10.1 Características De Personalidad***

Las características de personalidad pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo de los TCA. Desde tiempos antiguos, los profesionales de la salud han considerado los factores de personalidad como parte de la génesis de los trastornos alimentarios. Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa solían ser clasificados en dos categorías: obsesivos e histéricos. Más tarde, se identificó un tercer grupo con características mixtas de obsesión e histeria (Gonzáles, Unikel, Cruz y Caballero, 2003).

Agüera et al, (2011) identificaron con su estudio comparativo de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas, que las pacientes con TCA presentaban mayor evitación del daño y menor autodirección que sus hermanas sanas, igualmente un factor predictor en el desarrollo de un TCA es haber tenido una obesidad o sobrepeso previo. De acuerdo a lo anterior se vuelven relevantes los factores ambientales no compartidos, ya que estos son los que explicarían porque hermanos gemelos, criados en el mismo entorno familiar, pueden exhibir comportamientos alimentarios distintos, algunos de los cuales pueden ser patológicos mientras que otros no.

Para Lyons et al, (1996, citado en Gómez, 2016) el modelo predisposicional relevante que relacionan los trastornos o dimensiones de la personalidad y los TCA, puesto que este modelo describe cómo la formación de la personalidad precede y aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario. Se basa en la premisa de que la alteración de la personalidad y el trastorno alimentario son entidades separadas, cada una con su propia etiología. A diferencia del modelo de compilación, ya que este no sostiene que las variables de personalidad precedan o aumenten el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, como lo hace el modelo predisposicional. En cambio, sugiere que las variables de personalidad son el resultado de la complicación del propio trastorno alimentario. Dentro de este enfoque genérico, se encuentran dos submodelos: el modelo de efecto-estado, que describe el impacto del trastorno alimentario en la personalidad durante su curso activo, y el modelo de efecto-cicatriz, que indica el efecto duradero en la personalidad incluso después de la remisión del trastorno alimentario.

León, Fulkerson, Perry, Keel y Klump (1999) observaron que la presencia de afecto negativo, que incluye una variedad de variables como sentimientos de ineficacia y emociones negativas, predecía el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) después de un seguimiento de tres a cuatro años. Los resultados mostraron que, aunque solo algunas adolescentes recibieron un diagnóstico completo de TCA, todas presentaban síntomas clínicamente relevantes (citado en Gómez, 2016).

Behar, Manzo y Casanova (2006) plantean que las personas con TCA exhiben, entre otras características, problemas en sus relaciones interpersonales, introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad, sensación de ineficacia, perfeccionismo y rasgos obsesivos antes de la aparición del trastorno. Las dificultades para relacionarse con sus pares o parejas generan un sentimiento de baja autoeficacia y autoestima, lo que puede llevar al inicio de una dieta, con la creencia errónea de que la aceptación social se logra a través de la pérdida de peso.

Los estudios longitudinales demuestran cuales rasgos de personalidad son los que pueden mostrar mayor predisposición en el desarrollo posterior de algún TCA. Pamies y Quiles (2014) mencionan que las personas con AN se caracterizan por mantener expectativas elevadas que aplican en contextos académicos, profesionales, en sus interacciones sociales y, por supuesto, en su comportamiento alimentario; procurando perder peso o evitar ganarlo, demostrando una gran rigurosidad para lograrlo. La inclinación perfeccionista de los individuos puede representar un aspecto crucial que contribuye a la persistente restricción requerida para mantener un peso corporal extremadamente bajo.

Laporta et al, (2020) menciona que el perfeccionismo como tal se relaciona con una sintomatología depresiva, insatisfacción corporal y menor autoestima, los cuales son factores predisponentes en el desarrollo de los TCA. Fairburn (1999, citado en Fernández, 2017) encontró en un estudio sobre factores de riesgo de los TCA, que la existencia del perfeccionismo formaba parte en el 61% de las pacientes diagnosticadas con AN y en el 42% de pacientes diagnosticadas con BN.

En general, según Giner (2016) el perfeccionismo se define como una cualidad de múltiples dimensiones que se caracteriza por altos estándares personales y una autocrítica excesiva. Los estudios previos indican que los individuos con TCA suelen exhibir niveles elevados de este rasgo de personalidad, la cual persiste incluso después de la recuperación. El perfeccionismo está presente antes de la aparición del trastorno, aumenta durante el desarrollo del mismo, y se mantiene tras la recuperación (Fernández, 2017).

### **2.10.2 Baja Autoestima**

Durante la pubertad, las hormonas sexuales desencadenan cambios significativos en la organización de los rasgos psicológicos y comportamentales, y se postula que estas acciones pueden incidir en el estado de ánimo y los patrones alimentarios, especialmente en individuos que experimentan una maduración temprana, lo cual puede aumentar el riesgo de desarrollar

algún TCA (Portela et al, 2012). Además, la adolescencia es un período crucial en la formación de la identidad y en experimentar cambios físicos significativos.

Cuando estos cambios se combinan con el deseo natural de los adolescentes de ser aceptados, pueden desencadenar procesos de comparación entre sus cuerpos y los de sus pares o los ideales de belleza promovidos en los medios de comunicación. Esta comparación social y la internalización de ideales de delgadez pueden contribuir a la insatisfacción con la imagen corporal. Por lo que, una baja autoestima puede predisponer a individuos a adoptar conductas de restricción alimentaria, atracones, purgas u otros comportamientos alimentarios compulsivos como medios para controlar su peso y apaciguar sentimientos de inadecuación o insatisfacción consigo mismos.

Gómez (2016) indica que una autoestima baja genera un nivel de estrés y pensamientos no deseados que socavan la confianza en uno mismo y a menudo causan ansiedad y preocupación. Esto hace que la persona sea más susceptible a críticas externas y puede dificultar su capacidad para adaptarse a situaciones adversas. Por lo que, no solo el aspecto corporal determina el sentimiento de auto valía en los adolescentes, sino también, la relación con los amigos, la personalidad y el desempeño académico también juegan un papel crucial en la autoestima de un individuo. Se ha observado que basar la autoestima en relaciones íntimas está vinculado a una autoestima general más baja, insatisfacción con la apariencia física y el peso, creencias estereotipadas sobre la delgadez y una mayor probabilidad de experimentar síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). De todos los factores que influyen en la autoestima, el único que parece proteger contra los síntomas de TCA es basar la autoevaluación en el rendimiento académico y en logros fuera del ámbito escolar o laboral (Serrano, 2010).

### **2.10.3 Insatisfacción Corporal**

Cuando una persona experimenta una percepción negativa de su cuerpo, puede desarrollar comportamientos alimentarios desordenados como una forma de controlar su peso o forma corporal para alcanzar un ideal inalcanzable de belleza. Para Pastor y Bonilla (2000 citado en Reig, 2018) los modelos normativos en la sociedad actual representan ideales de delgadez extrema y conceptos de belleza que promueven altos niveles de perfeccionismo y éxito. Estos estándares imponen una presión y competencia que pueden provocar trastornos en la imagen corporal y en los hábitos alimenticios, particularmente en mujeres.

Portela et al (2012) indica que la insatisfacción corporal afecta a un porcentaje significativo de adolescentes, oscilando entre un 25% y un 81% en las niñas y entre un 16% y un 55% en los niños, y contribuye, además, al desarrollo de diversas condiciones físicas y mentales. Igualmente, indica que el descontento con la forma del cuerpo representa un factor de riesgo importante para la adopción de comportamientos y actitudes alimentarias negativas, y está asociado con problemas como la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión.

En un estudio realizado por Berengüí, Castejón y Torregrosa (2016) con el objetivo de analizar las diferencias en una serie de variables psicológicas vinculadas con los trastornos alimentarios respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal en una muestra de adultos universitarios, encontraron que respecto a quienes manifiestan satisfacción con su cuerpo, los sujetos insatisfechos presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, esto debido a que sus puntuaciones eran más altas en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y bulimia. También sus niveles eran más elevados con relación a la baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, falta de conciencia interna, desajuste emocional, actitudes ascéticas y temor al envejecimiento.

Munguía, Mora y Raich (2016) hacen énfasis en que las influencias socioculturales se relacionan directamente con la insatisfacción corporal en los adolescentes, por ejemplo, en un

estudio comparativo realizado por Gómez y Acosta (2000) los resultados fueron que en estudiantes mujeres de 17 años de edad eran superiores los niveles de insatisfacción corporal en adolescentes mexicanas que en adolescentes españolas a pesar de la existencia de un modelo ideal de imagen corporal compartido. Luego Raich et al (2001) hallaron que mujeres estudiantes universitarias españolas estaban significativamente más insatisfechas con su imagen corporal que las mexicanas, además de manifestar mayor tendencia a presentar puntajes más altos de sintomatología de TCA.

### **2.11 Tratamiento De Los TCA**

Al hablar de tratamiento de los TCA representa un desafío complejo en el campo de la salud mental, ya que resulta imposible tomar un enfoque plenamente psicológico o farmacológico, estos requieren enfoques integrales y multidisciplinarios. Los TCA, afectan no solo la salud física de los individuos, sino también su bienestar psicológico y emocional. Los tratamientos para los TCA deben abordar tanto los síntomas específicos del trastorno como los factores subyacentes que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. Un enfoque holístico que reconozca la complejidad de los TCA y se adapte a las necesidades individuales de cada paciente es fundamental para lograr una recuperación exitosa y sostenida.

Tena y de la Fuente (2015) mencionan que es fundamental que las personas que experimentan estos trastornos alimentarios reconozcan la naturaleza de su condición y busquen ayuda profesional para su tratamiento. La clave para inducir un cambio significativo radica en comunicar de manera persuasiva las creencias arraigadas en el comportamiento, lo que facilita transformaciones perdurables y profundas. Es crucial adoptar una filosofía personal renovada y una mentalidad autónoma hacia la vida para sostener estos cambios a largo plazo. Sin embargo, la búsqueda de ayuda puede verse obstaculizada por diversos factores, entre los que se incluyen la falta de reconocimiento del trastorno como un problema, la esperanza de que desaparezca por sí solo, la percepción de que el trastorno no es lo suficientemente grave

como para justificar la intervención profesional, sentimientos de vergüenza, culpa o secreto, la reticencia a hablar sobre el tema con un médico y temores relacionados con el proceso de tratamiento, así como problemas financieros que dificultan el acceso a la atención médica adecuada.

### ***2.11.1 Terapia Y Tratamiento Nutricional***

Loria et al (2021) informa que los pacientes con TCA, en especial los individuos con AN, a menudo tienen abundante información sobre el valor energético de los alimentos, pero carecen de conocimientos más amplios sobre nutrición que les permitirían planificar su ingesta alimentaria de manera más informada y amplia. Estos pacientes suelen aferrarse a creencias arraigadas sobre qué alimentos son considerados "saludables" o "no saludables", y a menudo recurren a fuentes de información no científicas, lo que aumenta su confusión y genera en ellos temor al cambio. Es esencial que adquieran conocimientos que les permitan evaluar críticamente la gran cantidad de información que reciben diariamente de diversos medios de comunicación y su entorno. Varios estudios también han demostrado la eficacia de la educación nutricional para otorgar autonomía a estos pacientes que luchan con estos trastornos.

Para Serrano (2010) la meta de la terapia nutricional para las personas con anorexia es aumentar de peso, establecida por el médico, generalmente incrementando de medio a un kilo por semana. Para evitar complicaciones como la epigastralgia, diarrea, retención de líquidos y fallo cardíaco, los pacientes severamente malnutridos deben empezar con una ingesta calórica de al menos 1,500 calorías al día. Con el tiempo, se les proporciona alimentos con hasta 3,500 calorías o más diariamente. Además, la Asociación Estadounidense de Dietistas sugiere que los dietistas formen parte de la orientación a largo plazo, educando a los pacientes sobre objetivos nutricionales y manejando los comportamientos alimentarios problemáticos. Durante un período de cuatro a seis meses, los pacientes se adaptan a tres comidas diarias, incluyendo

alimentos previamente evitados, como parte del proceso de desarrollo de hábitos nutricionales saludables. Los dietistas deben trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales para integrar el trabajo psicoterapéutico con el proceso de desarrollo de hábitos nutricionales adecuados.

### **2.11.2 Tratamiento Farmacológico**

Se sugiere que la medicación no se utilice como la única forma de tratamiento ni como la primera opción en los TCA, sino que debe formar parte de un enfoque terapéutico completo (Caballero, 2005). Es importante considerar la medicación dentro del contexto de un tratamiento integral, que incluya intervenciones psicoterapéuticas, nutricionales y de apoyo social (Salinas, Caballero, y Valencia, 2019). Los tres tipos de fármacos más frecuentemente empleados para tratar la anorexia nerviosa incluyen los antidepresivos, que abarcan tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como los antidepresivos tricíclicos, además de los antihistamínicos y los antipsicóticos (Giner, 2016).

Para Salinas, Caballero, y Valencia (2019) En el caso de la Anorexia Nerviosa, el restablecimiento nutricional se considera de máxima importancia. Los medicamentos pueden ser empleados en la Anorexia Nerviosa para abordar diversos síntomas que acompañan al trastorno, como la depresión, la ansiedad u obsesiones, entre otros. Asimismo, en ciertos casos en los que surgen síntomas que dificultan el tratamiento y la recuperación, como un aumento en la actividad física o episodios de agresividad, la medicación puede resultar beneficiosa.

En la BN, sin embargo, parece que se obtienen mejores o más claros resultados con la terapia farmacológica en comparación con la AN (Serrano, 2010). Se suele recomendar el uso de fluoxetina, un antidepresivo, en combinación con la terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual. La fluoxetina, cuando se administra en dosis altas, ha demostrado reducir la frecuencia de los atracones y los vómitos, así como mejorar los síntomas depresivos y de ansiedad en estas pacientes. En el caso del Trastorno por Atracón, parece que los

antidepresivos y la lisdexanfetamina pueden ser útiles para reducir los episodios de atracones, siempre en combinación con intervenciones psicológicas y nutricionales. A pesar de estos resultados, al igual que sucede en la AN, los individuos con Bulimia Nerviosa tienden a mostrar una menor aceptación y tolerancia hacia el tratamiento farmacológico en comparación con las intervenciones psicológicas (Giner, 2016).

### ***2.11.3 Tratamiento Psicoterapéutico***

Para Serrano (2010) no existe un consenso universal sobre cuándo es el momento óptimo para iniciar la intervención psicológica, ni existe evidencia sobre cual enfoque o modalidad de terapia es mejor, por lo que es fundamental tener en cuenta las circunstancias que motivaron la necesidad de tratamiento. De acuerdo a esto, Frank (1982 citado en Tena, 2015) identifica ciertos factores comunes en todas las psicoterapias, dentro de los cuales se menciona: Establecimiento y refuerzo de una importante relación entre paciente y terapeuta; Provisión de una significativa cuota de confianza y esperanza para aliviar el sufrimiento; Oferta de nuevas informaciones y por ende, nuevas posibilidades de aprendizaje; Facilitación de la activación emocional; Aumento de las sensaciones de dominio y autoeficacia; E incremento de las oportunidades de verificar los cambios y los logros en la práctica.

### ***2.11.4 Terapia Cognitivo Conductual***

La TCC para comportamientos alimentarios de riesgo contribuye a la prevención de los trastornos, evitando las posibles repercusiones físicas y psicológicas, lo que permite reducir los costos sociales asociados de manera efectiva. Igualmente, la aplicación de la TCC se enfoca en cambiar comportamientos que contribuyen a la emaciación, como la reducción de dietas restrictivas, episodios de atracones, vómitos y el uso de laxantes. Además, se ha observado que esta terapia ayuda a reducir o eliminar el ejercicio compulsivo, disminuye los niveles de

ansiedad y depresión, y reestructura los pensamientos irracionales relacionados con la alimentación (De la Vega y Gómez, 2012).

Por otro lado, Giner (2016) identifica que la TCC es el abordaje terapéutico más eficaz para tratar la BN y el TA en adultos, sin embargo, en adolescentes no es igual de consistente, por lo que en esta población debe considerarse la TCC como una alternativa que puede ser aplicada únicamente cuando no sea posible un abordaje familiar o grupal.

La teoría cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa postula que el factor central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación. Mientras que la mayoría de las personas se evalúan considerando diversos aspectos de sus vidas, como las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia y los intereses personales, las personas con trastornos de la conducta alimentaria se juzgan principalmente, o incluso exclusivamente, en función de sus hábitos de ingesta, su figura y peso corporal, así como su capacidad para controlarlos. Esta sobrevaloración de la importancia de la figura, el peso y su control es esencial para mantener el problema, siendo el núcleo psicopatológico. A partir de este núcleo se derivan otras características clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria, como la dieta estricta y los comportamientos dirigidos a controlar el peso, la evitación de ciertas partes del cuerpo, los rituales de comprobación, y la preocupación por pensamientos relacionados con la comida, la figura y el peso (Celis y Roca, 2011).

#### **2.11.5 Terapia Familiar**

La Terapia Familiar (TF) es un enfoque terapéutico diseñado para comprender y abordar las dinámicas familiares que surgen después de la aparición de un TCA. Su objetivo es promover cambios que ayuden a restaurar el equilibrio en la estructura familiar y faciliten la recuperación del paciente. Este enfoque terapéutico ha demostrado ser especialmente efectivo en el tratamiento de adolescentes con AN. Este tipo de terapia adopta una perspectiva que no atribuye culpabilidad a los individuos por la causa del trastorno, distinguiendo entre la

enfermedad y la persona afectada, y busca fortalecer a los miembros de la familia. En el caso de adolescentes con AN, los efectos de la TF suelen traducirse en una recuperación de peso en aproximadamente el 50-60% de los casos en un año, y estos resultados positivos pueden mantenerse incluso durante años. Además, en pacientes adolescentes con AN y BN, se han observado resultados favorables en términos de remisión durante el seguimiento posterior a la TF (Giner, 2016).

Así mismo, Serrano (2010) menciona que la TF ayuda a la paciente con AN a evitar el pensamiento de "soy la única responsable de mi situación", lo que teóricamente reduce la posibilidad de dañar aún más su autoestima. Un tratamiento que ayude a los padres a asumir actitudes autocríticas facilita que la paciente pase de sentirse desvalorizada a tener una perspectiva más crítica pero menos autodestructiva hacia ellos. Igualmente explica el síntoma como resultado de las complejas dinámicas familiares en lugar de verlo como una falta de competencia por parte del sujeto con la enfermedad, sino más bien como un comportamiento activo destinado a mantener el equilibrio dentro de la familia. Además, transmite un mensaje de confianza en la capacidad de cambio tanto de la paciente como de los miembros de la familia.

#### **2.11.6 Terapia Grupal**

Para Lineros y Martínez (2018) la terapia grupal en el tratamiento de los TCA puede funcionar en algunos casos dependiendo de las características individuales de cada paciente con un determinado TCA, y aunque los estudios aún son escasos se identifican beneficios tales como: proporcionar un entorno de apoyo donde los individuos pueden compartir sus experiencias, sentimientos y desafíos relacionados con los TCA, con personas de su misma o diferente edad, lo cual puede reducir el sentimiento de aislamiento y soledad que a menudo experimentan las personas que padecen estos trastornos. Además, la terapia grupal ofrece la oportunidad de recibir retroalimentación y perspectivas de otros miembros del grupo, lo que puede ayudar a los participantes a ganar una mayor comprensión de sus propias luchas y

patrones de pensamiento. También puede proporcionar un sentido de pertenencia y camaradería, así como un ambiente seguro para practicar habilidades de afrontamiento y relaciones interpersonales. En resumen, la terapia grupal puede ser una herramienta valiosa en el tratamiento de los TCA al proporcionar apoyo, perspectiva y habilidades de afrontamiento dentro de un contexto de grupo comprensivo y solidario.

Tabla 6

Tratamientos aplicados con mayor eficacia dependiendo del TCA

| Trastorno              | Tratamiento más efectivo                                                                                               |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anorexia Nerviosa      | Terapia y Tratamiento nutricional<br>Tratamiento psicoterapéutico (luego de lograr un aumento de peso considerado) TCC |
| Bulimia Nerviosa       | Tratamiento psicoterapéutico – TCC y<br>Terapia grupal – Tratamiento farmacológico                                     |
| Trastorno de atracones | Tratamiento psicoterapéutico – TCC                                                                                     |

Si bien en los últimos años se han logrado avances significativos en el tratamiento de los TCA, aún queda un largo camino por recorrer para aliviar el malestar de quienes padecen estas complejas condiciones. A pesar de que los tratamientos actuales han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas clínicos y psicopatológicos en personas con AN, BN y otros TCA, existen importantes vacíos en cuanto a la comprensión y manejo de estos trastornos. Sin embargo, algunos objetivos son claves para aliviar dicho malestar, por ejemplo, restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional, tratar las complicaciones físicas, Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos, modificar las disfunciones previas o adquiridas, tratar los trastornos asociados, conseguir el apoyo familiar y prevenir recaídas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

### Capítulo III Método

La presente investigación es de tipo monográfica, que según la Escuela de Comunicación Ferré Rangel (2017) la monografía es una investigación que trata un tema específico, único, delimitado y preciso. Este tipo de investigación documental sigue un proceso científico y ordenado que incluye la búsqueda, recopilación, organización, interpretación y análisis de datos relevantes sobre el tema seleccionado. En esta modalidad, el estudiante lleva a cabo una investigación secundaria, reuniendo información de diversas fuentes sobre el tema para luego realizar un análisis estructurado. Por lo que, el resultado es un documento académico que busca generar conocimiento a partir de la documentación disponible. Se presenta una exposición detallada y concluyente sobre un tema específico dentro de la disciplina, en este caso, se aborda un tema relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria desde una postura general dentro de la psicología.

De acuerdo a lo anterior, este estudio es de nivel descriptivo, es decir, que, el propósito es poder hacer descripciones de una realidad, analizar e interpretar la naturaleza actual del fenómeno. Dicho nivel hace énfasis en las conclusiones dominantes sobre como una persona, grupo o fenómeno funciona en el presente (Stracuzzi y Pestana, 2012). En este tipo de alcance en una investigación el autor se enfoca en describir exhaustivamente los aspectos relevantes del tema, proporcionando información detallada, ejemplos y evidencia para respaldar sus afirmaciones, sin profundizar en la interpretación de los datos. En este alcance es posible, pero no obligatorio, plantear una hipótesis que busque caracterizar el fenómeno del estudio (Galarza, 2020).

Así mismo, se ha utilizado la teoría de Diana Baumrind para comprender los estilos de crianza que en la actualidad aun siguen teniendo gran impacto en el desarrollo de los niños y adolescentes, igualmente la teoría de Maccoby y Martin que es una ampliación de los estudios realizados por Baumrind. Por otro lado, para comprender los trastornos de la conducta alimentaria se ha empleado un modelo biopsicosocial, ya que este propone que los TCA son el

resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Es decir, los estilos de crianza podrían actuar como un factor ambiental que modula la susceptibilidad individual a desarrollar TCA, interactuando con otros factores de riesgo y/o protectores.

La presente investigación se ha guiado por los siguientes pasos para elaborarse:

1. Delimitación del tema
2. Establecimiento de objetivos para la investigación monográfica
3. Determinación de técnica para la compilación bibliográfica
4. Organización de la información
5. Análisis de información recopilada
6. Redacción del informe de investigación

Para abordar el tema de investigación, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, Sampieri (2014) indica que este tipo de muestreo es utilizado cuando los casos o la información a la que se tiene acceso es específica, y que, a su vez, las características de esta información se relación directamente con los objetivos de la investigación.

La búsqueda de la literatura para la elaboración de la presente investigación monográfica se basó en una revisión bibliográfica clasificando su información según su tipo, es decir: información primaria, que son documentos originales que contienen información de primera mano sobre el tema en concreto; información secundaria, que no son investigaciones originales, sino que recopilan, sintetizan y analizan información de fuentes primarias; y terciarias, que son documentos que resumen o compilan información primaria y secundaria (Suárez, 2024) (Ver Anexo 1).

Tabla 7

Tipos de información utilizada

| Tipo de información | Características                                    | Ejemplos                                                                                                          |
|---------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primaria            | Original, de primera mano                          | Artículos científicos, libros, informes de investigación, tesis doctorales, entrevistas, encuestas, observaciones |
| Secundaria          | Analiza o interpreta información primaria          | Artículos de revisión, libros de texto, metaanálisis, ensayos, críticas, biografías                               |
| Terciaria           | Resume o compila información primaria y secundaria | Enciclopedias, diccionarios, atlas, manuales, guías, bibliografías                                                |

Dado que la información que se encuentra disponible en distintas bases de datos, tales como bibliotecas electrónicas, buscadores especializados en literatura científica y repositorios online, los cuales son archiveros en donde se almacena información digital, únicamente contenían datos estadísticos con referencia a la BN y AN, el presente estudio hace énfasis en los dos anteriores trastornos sin dejar de lado los demás que componen la clasificación del DSM – V con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

En el presente estudio monográfico se tomarán en cuenta dos tipos de categorías. Las categorías primarias que son aquellas que representan los aspectos principales o fundamentales del tema de investigación, y las secundarias que son subcategorías que se derivan de las primarias y que ayudan a desglosar y profundizar en aspectos específicos dentro de cada categoría primaria. A continuación, se presentan dichas categorías.

Tabla 8

Categorías del estudio

| Categorías Primarias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trastornos de la conducta alimentaria:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Estilos de crianza:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Factores de riesgo asociado al desarrollo de TCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (DSM-V, 2014). | La crianza es el resultado de una transmisión transgeneracional de diferentes maneras de cuidar y educar a niños y niñas, determinadas culturalmente, las cuales están fundadas en normas y costumbres. A esto se añade que la crianza se considera a su vez, tres variables paternas básicas: control, comunicación e implicación afectiva, es decir, las experiencias que los padres tuvieron en su infancia, influyen en su forma de crianza actual, ya sea imitando, superando o compensando sus vivencias (Baumrind, | La etiología de los TCA es multifactorial y compleja, lo que indica que existe una interacción de distintos factores socioculturales, psicológicos y biológicos. Para Giner (2016) sería incorrecto considerar los distintos factores etiológicos y de riesgo, investigados por diversos autores a lo largo de la historia, causales de los TCA, sino únicamente como factores asociados a dichos trastornos |

---

1967, citado Fernández,

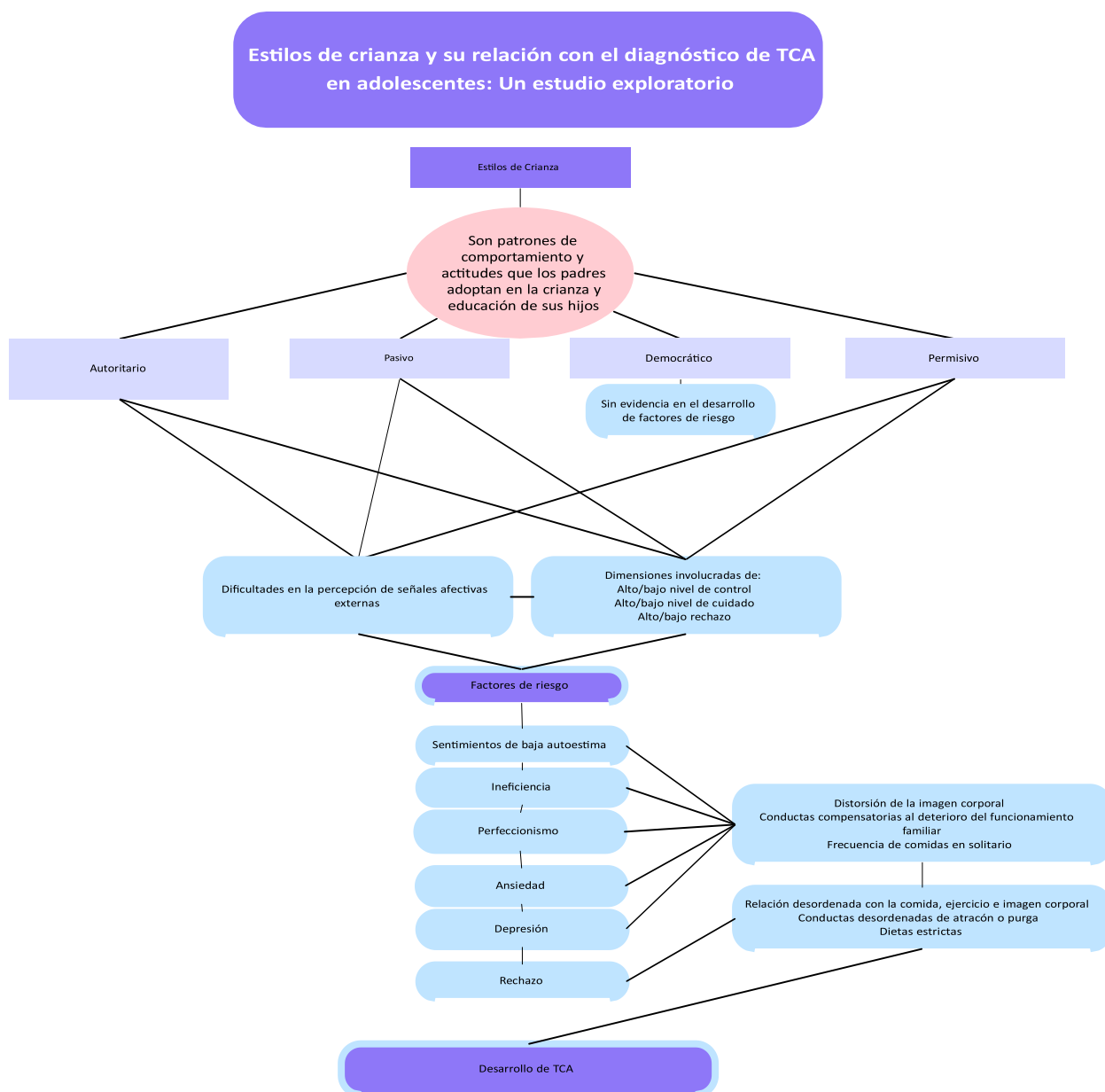
2015).

#### Categorías Secundarias

|                                                                                            |             |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| Anorexia nerviosa (AN)                                                                     | Autoritario | Factores biológicos      |
| Bulimia nerviosa (BN)                                                                      | Permisivo   | Factores socioculturales |
| Trastorno de atracones                                                                     | Democrático | Factores familiares      |
| Trastorno de la conducta<br>alimentaria o de la<br>ingesta de alimentos no<br>especificado | Negligente  | Factores psicológicos    |

---

Seguidamente se presenta un esquema relacional de las categorías principales y secundarias utilizadas en el estudio.



Igualmente se consideró a bien recabar información mediante entrevistas semi estructuradas a profesionales que atienden directamente los problemas relacionados a los TCA en los adolescentes, de esta manera la generación de conclusiones puede ser más certera, contrastando elementos teóricos y experiencias profesionales ante dichos casos. Sampieri (2014) menciona que las entrevistas semiestructuradas se sustentan en una lista de temas o preguntas, y el entrevistador tiene la flexibilidad de añadir preguntas extra con el fin de aclarar conceptos o profundizar en la información recolectada.

Tabla 9

## Preguntas realizadas a profesionales

| Entrevista a psicólogos                                                                                                                                                                   | Entrevista a nutriólogo                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué estilos de crianza se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar TCA en adolescentes?                                                                                           | ¿Podría describir brevemente su experiencia como nutricionista y su enfoque en el tratamiento de adolescentes con TCA?             |
| ¿Podría mencionarme las características específicas de cada estilo de crianza y cómo podrían influir en el desarrollo de un TCA?                                                          | ¿Con qué frecuencia observa casos de TCA en su práctica?                                                                           |
| En una situación, en donde en el funcionamiento familiar no establece un estilo de crianza como tal, ¿qué elementos pueden interferir en el desarrollo de factores de riesgo o de un TCA? | ¿En su experiencia, cuáles son los factores que más influyen en el desarrollo de un TCA en un adolescente?                         |
| ¿Es posible determinar una relación causal entre los estilos de crianza y el desarrollo de TCA?                                                                                           | ¿Qué tan familiarizado/a está con los diferentes estilos de crianza (autoritario, autoritario-indulgente, permisivo y negligente)? |
| ¿Existen otros factores que podrían mediar en la relación entre estilos de crianza y TCA?                                                                                                 | ¿Podría describir brevemente cómo estos estilos de crianza podrían afectar la salud mental y física de un adolescente?             |
| ¿Qué papel juega la comunicación familiar en el desarrollo de TCA? (estilos/ dinámica, desde su experiencia)                                                                              | En su experiencia, ¿ha notado algún vínculo entre un estilo de crianza específico y la probabilidad de desarrollar un TCA?         |







|                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| primera entrega del cap 1                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entrega de borrador del cap. 2 y revisión redaccional                     |  |  |  |  |  |  |  |  | X |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revisión de observaciones del cap. 2 y mejoras                            |  |  |  |  |  |  |  |  |   | X |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entrega de borrador del cap. 3 y revisión redaccional                     |  |  |  |  |  |  |  |  |   | X |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revisión de observaciones del cap. 3 y mejoras                            |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   | X |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Módulo III:</b><br><b>AVANCE DE MONOGRAFÍA CAP 4, 5 Y CONCLUSIONES</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Revisión final del 60% de la monografía                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   | X |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entrega del borrador del Cap. 4 y revisión redaccional                    |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   | X |  |  |  |  |  |  |  |  |



## Capítulo IV Argumentación

### 4.1 Objetivo De Estudio

Los trastornos de la conducta alimentaria continúan representando un desafío significativo para la salud pública a nivel global en la actualidad. A pesar del incremento en la conciencia sobre estos trastornos y la disponibilidad recursos específicos, persisten desafíos importantes en términos de detección temprana, acceso a tratamientos especializados y reducción del estigma asociado. En el contexto salvadoreño, así como en otros países, los datos sobre la prevalencia de los TCA son limitados, debido a varios factores, sin embargo el más significativo es la falta de estudios exhaustivos con respecto a este tema, lo que a su vez, dificulta la implementación de políticas públicas efectivas para la prevención, detección y tratamiento de estos trastornos; al pasar desapercibidos, las posibles conductas de riesgo como ejercicio excesivo, o ayunos desmedidos suelen ser aceptados socialmente por los mismos estándares de belleza poco realistas, la presión social o la influencia de los medios, especialmente en poblaciones jóvenes.

Los TCA con mayor impacto, y más estudiados a lo largo de la historia son la AN la cual se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, un miedo intenso a ganar peso y una imagen corporal distorsionada y la BN que se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida seguidos de conductas compensatorias, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o diuréticos; no obstante, existen otros trastornos menos comunes que siempre generan un impacto relevante en las personas que los padecen, tanto en la salud física (desnutrición, deshidratación, problemas cardíacos, amenorrea, etc.), mental (Ansiedad, depresión, baja autoestima, ideas suicidas, etc.), en las relaciones sociales (aislamiento social, conflictos familiares y de pareja), y también en el rendimiento académico o laboral (dificultad para concentrarse, estudiar o trabajar).

Ahora bien, existen factores que aumentan la probabilidad de desarrollar un TCA, y dentro de ellos se mencionan:

Factores biológicos: Predisposición genética, alteraciones hormonales, edad, etc.

Factores psicológicos: Características de personalidad, baja autoestima, insatisfacción corporal, etc.

Factores sociales: Presión social para estar delgado, exposición a ideales de belleza irreales, etc.

Factores familiares: Estilos de crianza, funcionamiento familiar, etc.

Es decir, los TCA son multicausales debido a que su desarrollo y mantenimiento están influenciados por una variedad de factores interrelacionados que actúan de manera compleja, es por este motivo que el fin de esta investigación es brindar una comprensión más profunda de cómo los estilos de crianza y el entorno familiar se involucran dentro del desarrollo, diagnóstico y mantenimiento de los TCA, identificando a su vez esas características específicas de cada estilo y cómo estos repercuten en la imagen corporal y en las conductas alimentarias específicas.

Se considera que tomar un enfoque holístico, así como en otra categoría de trastornos, se reconoce que en los TCA son solo una pieza más dentro de la gran dimensionalidad de los mismos, es decir, en lugar de ver los estilos de crianza como una variable independiente que causa directamente el desarrollo de los TCA, es posible comprenderlo como parte de un sistema interconectado de factores externos e internos. Desde esta postura, se reconoce al adolescente como una persona con una variedad de experiencias características y contextos de vida que influyen en su relación con la comida y el cuerpo, demostrando que aspectos como las características de personalidad, las relaciones sociales y las normas sociales/culturales también se vuelven significativos con el tema de los TCA.

Por otro lado, los estilos de crianza forman parte de la dinámica familiar, lo que implica valorar la calidad de las relaciones dentro de la familia, los roles que en ella se establecen, la comunicación que se practica al igual que sus normas y valores. También, es imposible dejar de lado la influencia cultural en el desarrollo de los TCA, y es muy probable que actualmente el

acceso libre a las redes sociales desde tempranas edades distorsione en los adolescentes su satisfacción corporal al desarrollar conductas de comparación constante. Es por ello que resulta importante la postura preventiva y la consideración de tratamientos integrales para los TCA, como bien se expuso al principio de este capítulo, las conductas de riesgo pasan desapercibidas, lo que dificulta la prevención, y al ser conductas aceptadas socialmente, el tratamiento integral no es una opción, sin embargo la literatura y los datos estadísticos han demostrado que no basta con intervenciones dirigidas solo a los síntomas específicos de cualquier TCA, sino también es necesario integrar en el tratamiento factores subyacentes y contextuales que contribuyen a la aparición y mantenimiento de los TCA. Esto podría incluir intervenciones dirigidas a mejorar los estilos de crianza, fortalecer la autoestima y habilidades de afrontamiento, promover relaciones saludables abordando otros factores de riesgo y protección. Además, un tratamiento integral puede ayudar a prevenir recaídas al proporcionar al paciente las herramientas y estrategias necesarias para mantener una recuperación a largo plazo. En resumen, un enfoque integral en el tratamiento de los TCA es la mejor manera para afrontar estas condiciones complejas y alcanzar una recuperación sostenida.

## **4.2 Relación Entre Las Categorías**

### *Estilos de crianza y conductas alimentarias desordenadas*

Los estilos de crianza se refieren a los patrones de comportamiento y actitudes que los padres emplean para educar e interactuar con sus hijos. Estos estilos resultan de la combinación de diversos niveles de control, afecto y comunicación que los padres ejercen sobre sus hijos, y tienen un impacto significativo en múltiples áreas de desarrollo e interacción de los niños y adolescentes. Los estilos de crianza no solo influyen en la forma en que los hijos perciben el mundo y a sí mismos, sino que también moldean sus habilidades sociales, emocionales y cognitivas a lo largo de su vida. De acuerdo a lo anterior, los estilos de crianza no se definen por acciones individuales de los padres, sino por las pautas de interacción que se

establecen entre ellos y sus hijos, lo que enfatiza a su vez en las dinámicas familiares, es decir; los estilos de crianza no se pueden entender de forma aislada, sino que deben considerarse en el contexto de las dinámicas familiares, roles, jerarquías y relaciones en general.

Entonces, al considerarse los estilos de crianza como modelado de comportamientos, estos le proporcionan al niño un modelo de como interactuar con el mundo, y como adaptarse a él; es importante destacar que los estilos de crianza por sí solos no son causales en el desarrollo de los TCA, otros factores intervienen en dicho proceso, como lo son características de personalidad, la cultura, factores biológicos, etc. Sin embargo, las investigaciones han demostrado que cuando se emplea un estilo de crianza democrático, categoría descrita por Baumrind, Maccoby y Martin, los efectos a corto y mediano plazo son más favorables, ya que este estilo se caracteriza por combinar altos niveles de control con altos niveles de calidez emocional, por lo que los padres establecen reglas claras y expectativas razonables, pero también dan lugar al amor, apoyo y comunicación abierta a sus hijos. Esto aumenta la autoestima en general en los niños, es decir, se fortalecen sus componentes (autoimagen, autoconocimiento, autoconcepto), al igual que sus habilidades de afrontamiento, disminuyendo las probabilidades de desarrollar conductas alimentarias desordenadas.

Así como las investigaciones reflejan resultados positivos al implementarse un estilo democrático, los estilos autoritario, pasivo y permisivo afectan directamente la autoimagen, el control emocional y la relación con la comida; por ejemplo, un ambiente familiar que valora la delgadez extrema o que enfatiza constantemente la importancia de la apariencia física, puede contribuir a que los adolescentes desarrollen una imagen corporal distorsionada y, en última instancia, conductas alimentarias desordenadas en un intento de alcanzar ese ideal, que dentro de la familia se ha normalizado; así mismo, la comunicación dentro de ese funcionamiento familiar se vuelve muy influyente, puesto que la forma en que los padres hablan sobre la comida y el peso corporal puede influir en las actitudes de los adolescentes hacia estos temas, un estilo de crianza autoritario que enfatiza el control y la crítica puede generar ansiedad en

torno a la comida, lo que provocará conductas alimentarias desordenadas, como la restricción extrema o los atracones.

Los adolescentes pueden llegar a recurrir a comportamientos alimentarios desordenados como forma de afrontar el estrés, la ansiedad u otras emociones complejas. Los estilos de crianza que no proporcionan un entorno emocionalmente estable, en contraste con el control, o que no enseñan estrategias efectivas de manejo, pueden incrementar la probabilidad de que los adolescentes utilicen la comida como medio para controlar sus emociones, lo que podría derivar en otras conductas de riesgo.

#### *Estilos de crianza y otros factores de riesgo que inciden en el desarrollo de TCA*

Es el contexto familiar en donde aquellas conductas inapropiadas que los hijos han aprendido en las demás áreas sociales se pueden regular y eliminar, esto claro al desarrollar y mantener un ambiente cordial dentro de la familia, sin embargo, lo familiar puede promover y fortalecer otros factores de riesgo en los hijos, esto debido a que la familia es el núcleo social más cercano al individuo, por lo que los estilos de crianza además de incidir en el comportamiento de los adolescentes, también pueden influir en la salud mental, incluyendo la vulnerabilidad a los TCA.

En este sentido, las características individuales del adolescente, como su propia edad, nivel de autoestima, habilidades de afrontamiento, y características de personalidad interactúan con los estilos de crianza para influir en el riesgo de desarrollar un TCA. Por ejemplo, un adolescente con baja autoestima y un estilo de crianza negligente podría estar en mayor riesgo de desarrollar un TCA como una forma de buscar control y validación.

Así, los estilos de crianza pueden verse moldeados por las normas y expectativas sociales en torno a la alimentación, la imagen corporal y la belleza, esto debido a la influencia de los medios y el significado de familia “ideal”. En entornos donde prevalecen ideales de delgadez y se estigmatiza el sobrepeso, los estilos de crianza pueden enfatizar aún más la

importancia de cumplir con estos estándares, aumentando así el riesgo de TCA en los adolescentes.

Entonces, un padre autoritario que impone reglas rígidas sobre la alimentación y el peso, y que desaprueba cualquier desviación de los estándares de delgadez, puede aumentar la ansiedad y la insatisfacción corporal en el adolescente, incrementando así la vulnerabilidad a los TCA; la falta de límites claros y de apoyo emocional en un ambiente permisivo puede llevar al adolescente a buscar formas poco saludables de lidiar con el estrés y las emociones negativas, como la alimentación emocional o la restricción alimentaria; además, la exposición constante a imágenes idealizadas de cuerpos en las redes sociales puede aumentar la insatisfacción corporal y la comparación social, contribuyendo así al desarrollo de estos trastornos.

Los estilos de crianza interactúan de manera compleja con diversos factores de riesgo asociados a los TCA en adolescentes, lo cual resalta la relevancia de no solo enfocarse en los comportamientos individuales, sino también en el entorno familiar y social al abordar la prevención y el tratamiento de estos trastornos.

*Familia: un factor de riesgo o de protección*

La influencia de la familia en los TCA puede variar entre ser un factor que aumenta el riesgo y uno que protege, esto según las particularidades del ambiente familiar, las relaciones entre sus integrantes y la adopción de prácticas saludables que fomenten el bienestar tanto físico como emocional de los adolescentes.

La familia se vuelve un factor de riesgo cuando se implementan estilos de crianza inadecuados, por ejemplo, un estilo autoritario, en donde existe una presión excesiva para alcanzar un ideal de belleza, críticas constantes sobre el peso o la apariencia, y falta de autonomía y control sobre las decisiones alimentarias; un estilo permisivo, sin límites claros, una supervisión deficiente y ausencia de apoyo emocional también puede dificultar que los adolescentes desarrollen habilidades de afrontamiento saludables para manejar las emociones

negativas, lo que los puede llevar a recurrir a conductas alimentarias desordenadas como mecanismo de afrontamiento; por último, cuando se implementa un estilo negligente en donde prevalece una falta de interés o involucramiento en la vida del adolescente, la ausencia de normas y estructura familiar, y la carencia de apoyo emocional, puede desencadenar cierta vulnerabilidad ante factores de riesgo externos, como la presión de pares o la exposición a modelos de conducta poco saludables.

Igualmente es de considerar los modelos de conducta poco saludables, si los padres o familiares cercanos tienen hábitos alimenticios poco saludables, una relación negativa con la comida o realizan comentarios críticos sobre el peso o la apariencia, pueden transmitir estos patrones a los adolescentes, aumentando el riesgo de que adopten comportamientos de riesgo como atracones, purgas o restricción de alimentos. Por otro lado, los conflictos familiares, el estrés o la disfunción en el hogar también pueden aumentar la vulnerabilidad a los TCA. Por ejemplo, la presencia de abuso, negligencia o problemas de salud mental en la familia pueden generar un ambiente estresante que aumente el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios como una forma de afrontar dichas dificultades.

Por último, la falta de comunicación es igual de influyente que los anteriores puntos, la incapacidad para comunicar sentimientos, inquietudes o dificultades vinculadas a la imagen corporal o la alimentación puede dificultar que los adolescentes obtengan el respaldo y la orientación que requieren de sus familiares, lo cual incrementa la probabilidad de que desarrollen trastornos de la conducta alimentaria en silencio o recurran a conductas poco saludables sin buscar ayuda.

En este punto, la familia se vuelve un factor de protección cuando existe un apoyo emocional y comunicación abierta, puesto que los problemas o dudas que pueden llegar surgir referente a la alimentación por influencia externa se abordan de manera más efectiva y se reducen los riesgos de desarrollar conductas desadaptativas, esto se traduce en la implementación de un estilo de crianza democrático, en donde se establecen límites claros y

expectativas razonables promoviendo hábitos alimenticios saludables y habilidades de afrontamiento efectivas en los adolescentes.

Un hogar que brinde estabilidad, seguridad y rutinas consistentes puede proporcionar un ambiente protector contra los TCA. La sensación de seguridad y pertenencia en el hogar puede ayudar a los niños y adolescentes a desarrollar una autoestima saludable y a enfrentar los desafíos de manera más efectiva. Destacando que la familia no es el único factor que determina el desarrollo de TCA. La interacción con otros factores biopsicosociales, como la predisposición genética, las características individuales y el contexto social y cultural, también juega un papel importante en la aparición de estos trastornos.

*Funcionamiento familiar: modulador del impacto de los estilos de crianza en los TCA*

Así como los TCA en general, el funcionamiento familiar igualmente ha tomado mayor relevancia en los últimos tiempos, esto debido a que otorga una comprensión más profunda acerca de la relación familiar con el desarrollo de los TCA. Mientras que los estilos de crianza se centran específicamente en los patrones de interacción y comportamiento de los padres hacia los hijos, el funcionamiento familiar considera una gama más amplia de aspectos, como la comunicación, la cohesión familiar, la flexibilidad en las reglas, la resolución de problemas y el apoyo emocional.

Cuando se habla del funcionamiento familiar se incluye la forma en que la familia manejan los conflictos cómo se toman las decisiones y cómo se brinda apoyo emocional, lo cual influye significativamente en el bienestar emocional y psicológico de los niños y adolescentes, y, por ende, en su riesgo de desarrollar TCA.

Además, el funcionamiento familiar puede moderar el impacto de los estilos de crianza en el desarrollo de los TCA. Por ejemplo, un estilo de crianza autoritario puede ser más perjudicial si se combina con un funcionamiento familiar caracterizado por una comunicación deficiente y una falta de apoyo emocional.

Los estilos de crianza son fundamentales para entender específicamente las pautas de interacción entre padres e hijos, y el funcionamiento familiar ofrece una perspectiva más amplia que incorpora otros aspectos que intervienen en el desarrollo de los TCA. Por ejemplo, se consideran las relaciones entre hermanos y su impacto a imagen corporal, la autoestima y los comportamientos alimenticios del adolescente; patrones disfuncionales como la sobreprotección o la falta de apoyo emocional; la falta de cohesión, apoyo mutuo y sentido de pertenencia en la familia; rigidez e inflexibilidad, que se evidencia en la dificultad para adaptarse a los cambios, la falta de tolerancia a las diferencias de opinión y la resistencia a la expresión de emociones; y también, los roles disfuncionales o inadecuada asignación de los mismos que se puede observar en la sobrecarga de responsabilidades en el adolescente y dificultades en el desarrollo de la identidad y la autonomía.

#### **4.3 Reflexión Personal**

Los TCA son problemas de salud mental complejos que afectan a individuos de todas las edades y entornos. Su desarrollo no se debe a una única causa, sino a la interacción de diversos factores biopsicosociales. Si bien los estilos de crianza juegan un papel importante en la aparición de TCA, es fundamental adoptar una visión holística que considere otras variables relevantes para comprender y abordar estos trastornos de manera efectiva.

En este sentido, es importante examinar todos estos aspectos para comprender completamente los TCA y desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento. Además de los estilos de crianza hay muchos otros factores de riesgo que pueden contribuir a los TCA, como la presión sociocultural, la insatisfacción corporal, la historia de trauma o abuso, los trastornos del estado de ánimo, el estrés familiar, entre otros. Ignorar estos factores limitaría nuestra comprensión de los TCA y nuestra capacidad para abordarlos de manera efectiva.

Partiendo de un punto de vista holístico se evita la predisposición a manejar una visión simplista y una estigmatización familiar en donde los únicos culpables son los padres,

generando consecuentemente sentimientos de culpabilidad y vergüenza, lo que dificultaría la adaptación a un tratamiento integral.

Para prevenir y tratar los TCA de manera efectiva, es necesario abordar todos los factores que contribuyen a su desarrollo. Esto incluye no solo los estilos de crianza, sino también otros aspectos del entorno familiar y social, así como las características individuales del adolescente. Al adoptar una visión holística, podemos diseñar intervenciones más completas y personalizadas que aborden todas las áreas relevantes de la vida del adolescente.

Por lo que se debe de incluir dentro de estas acciones de prevención y tratamiento una educación para padres sobre los estilos de crianza saludables en donde se les enseñe cómo establecer límites claros, fomentar la comunicación abierta, promover la autonomía y la toma de decisiones saludables, y crear un ambiente familiar positivo y de apoyo (estilos de crianza democrático). Igualmente puede resultar beneficioso implementar programas escolares que fomenten hábitos alimenticios saludables, que reduzcan el acoso escolar y promuevan una cultura de respeto y apoyo a la diversidad corporal, los cuales son temas que aún no se abordan de manera abierta en distintas instituciones nacionales.

#### 4.4 Tabla Relacional De Técnicas

Tabla 10

Técnicas y tratamientos para los TCA

| Tratamiento         | Característica                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Terapia psicológica | La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una de las formas más comunes de terapia utilizadas para tratar los TCA. Ayuda a los pacientes a identificar y cambiar los pensamientos y comportamientos disfuncionales |

---

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>relacionados con la alimentación y la imagen corporal. La terapia también puede incluir enfoques de terapia interpersonal, terapia familiar o terapia de apoyo emocional, según las necesidades individuales del paciente y la dinámica familiar.</p>                                                                                                                                     |
| Atención médica y nutricional | <p>Es crucial que los pacientes con TCA reciban atención médica y nutricional adecuada para abordar las complicaciones físicas y nutricionales asociadas con estos trastornos. Esto puede incluir la supervisión médica regular, la restauración del peso saludable, la corrección de los desequilibrios nutricionales y el tratamiento de las complicaciones médicas que puedan surgir.</p> |
| Apoyo psiquiátrico            | <p>En algunos casos, el tratamiento farmacológico puede ser recomendado para abordar los síntomas asociados con los TCA, como la depresión, la ansiedad o los trastornos obsesivo-compulsivos. Los medicamentos antidepresivos, ansiolíticos u otros medicamentos psicotrópicos</p>                                                                                                          |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>pueden ser recetados por un psiquiatra en combinación con la terapia psicológica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Apoyo nutricional y educación | <p>Los pacientes con TCA pueden beneficiarse del apoyo nutricional continuo y la educación sobre una alimentación saludable y equilibrada. Esto puede incluir la colaboración con un dietista o nutricionista para desarrollar planes de alimentación personalizados y establecer pautas para mantener una relación saludable con la comida.</p>                                                  |
| Hospitalización               | <p>Para estabilización médica y psicológica en casos de riesgo inmediato para la salud o presencia de comorbilidades graves</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Trabajo multidisciplinario    | <p>Los tratamientos más exitosos para los TCA suelen involucrar a un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, que pueden incluir médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, dietistas, enfermeras y trabajadores sociales. Este enfoque colaborativo permite abordar los diversos aspectos de la enfermedad y proporcionar una atención integral al paciente.</p> |

---

El éxito en el tratamiento de los TCA depende en gran medida de un enfoque individualizado y personalizado que se adapte a las necesidades específicas de cada paciente. Esto implica considerar diversos factores como la gravedad del trastorno, la presencia de comorbilidades (otras condiciones de salud mental), el entorno familiar y social, y las preferencias y valores personales del paciente.

Un enfoque único no funciona para todos, por lo que la flexibilidad y la adaptación son claves para desarrollar un plan de tratamiento efectivo. Además del enfoque individualizado, el tratamiento de los TCA a menudo requiere un compromiso a largo plazo. La recuperación de estos trastornos complejos puede ser un proceso gradual que exige paciencia, perseverancia y un fuerte sistema de apoyo. Este sistema puede incluir familiares, amigos, terapeutas, grupos de apoyo y otros profesionales de la salud que brinden aliento, guía y asistencia durante el proceso de recuperación.

## Capítulo V Conclusiones

Los estilos de crianza se refieren a los patrones de comportamiento que los padres utilizan para interactuar con sus hijos y educarlos. Estos estilos pueden variar en función de diversos factores, como la cultura, los valores personales y las experiencias de los propios padres.

La investigación evidencia una relación compleja entre los estilos de crianza y el desarrollo de TCA en adolescentes. Si bien no se establece una relación causal directa, el estilo democrático tiende a funcionar como un factor protector, ya que fomenta la comunicación abierta, el apoyo emocional y la responsabilidad en los adolescentes.

Por su parte los estilos de crianza negligente, pasivo y permisivo, al estar caracterizados por una alta exigencia y control por parte de los padres, falta de involucramiento, una excesiva libertad y falta de estructura, puede llevar a una sensación de abandono, falta de límites claros y una mayor probabilidad de desarrollar conductas impulsivas y desordenadas. Esto sin mencionar que afectan la autoestima, aumenta la inseguridad, y la dificultad para expresar emociones.

Estos estilos de crianza al aumentar la insatisfacción corporal y al no ser modelos favorables tanto como de comunicación como de prácticas saludables generan en el adolescente un entendimiento errado de alimentación saludable, y considerando la influencia cultural, estos comportamientos pueden ser aceptados y justificados como un esfuerzo por cumplir con las expectativas sociales o llenar vacíos emocionales.

Los resultados han demostrado que los estilos de crianza pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de los TCA en adolescentes. Pero no de forma causal, ya que lo que aumenta la probabilidad del desarrollo de dichos trastornos es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. En este contexto, los estilos de crianza pueden ser factores de protección o de riesgo, que alimenta a su vez otros factores de riesgo.

En resumen, la investigación destaca la importancia de comprender cómo funcionan los distintos tipos de estilos de crianza y como pueden influir en el desarrollo de TCA en adolescentes. Aunque es necesario considerar no solo los estilos, sino también el funcionamiento familiar en general.

Por ello, promover estilos de crianza democráticos y abordar los efectos negativos de otros estilos, puede reducir los factores de riesgo y promover la salud mental y el bienestar de los adolescentes. Es importante considerar que esta investigación es exploratoria y se necesitan estudios más amplios y longitudinales para confirmar estos hallazgos y establecer relaciones causales más sólidas.

## **Recomendaciones**

### *Recomendaciones para futuras investigaciones*

En El Salvador no existen datos actualizados acerca de la prevalencia de los TCA, por lo que es necesario realizar estudios cuantitativos longitudinales que muestren la realidad acerca de la población con más padecimientos de los TCA, de esta forma se pueden crear programas de prevención y tratamientos actualizados para los TCA en general. Igualmente, esto facilitaría la creación de políticas públicas que promuevan la alimentación saludable y expongan a su vez las consecuencias de no practicarla.

Por otro lado, es necesario que dichas investigaciones futuras consideren el involucramiento de distintos profesionales especialistas en el tema de los TCA.

### *Recomendaciones al momento de aplicar un tratamiento para TCA en adolescentes:*

El tratamiento de los TCA en adolescentes requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes profesionales, como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, médicos y trabajadores sociales. Cada uno de estos profesionales aporta su experiencia y conocimiento para abordar las diferentes áreas afectadas por el TCA.

Para los pacientes con algún TCA en específico es importante tener apertura a la aplicación de distintos enfoques en el tratamiento, así como apoyarse de las tintas redes de apoyo y recursos otorgados por los distintos profesionales.

*Recomendaciones para padres y familias:*

1. Fomentar una comunicación abierta y honesta:

Establecer un diálogo abierto y regular con los hijos adolescentes sobre diversos temas, incluyendo la imagen corporal, la alimentación, las emociones y las relaciones sociales.

Crear un ambiente donde los hijos se sientan cómodos para expresar sus pensamientos y sentimientos sin miedo a ser juzgados o criticados.

Escuchar atentamente y con empatía las preocupaciones de los hijos, brindándoles apoyo y orientación, también puede sumar a su estabilidad emocional.

2. Promover una imagen corporal positiva:

Enfocarse en las cualidades y habilidades de los hijos, más allá de su aspecto físico. Al igual que, animar a los hijos a participar en actividades físicas que disfruten y que sean apropiadas para su edad y condición física.

3. Establecer hábitos alimenticios saludables:

Comer juntos en familia con frecuencia y crear un ambiente agradable y positivo durante las comidas.

Ofrecer a los hijos una variedad de alimentos nutritivos y saludables, incluyendo frutas, verduras, cereales integrales, proteínas magras y lácteos.

Limitar el consumo masivo de alimentos procesados, azucarados y con alto contenido de grasas saturadas y trans.

Es necesario involucrar a sus hijos en la preparación de las comidas, enseñándoles sobre la importancia de una alimentación balanceada.

4. Ser modelos a seguir:

Los niños aprenden observando a sus padres, por lo que es importante que ellos mismos den un buen ejemplo en cuanto a sus propios hábitos alimenticios y estilo de vida.

Es importante al momento de realizar cambios en la alimentación o estilo de vida, hacerlo junto con los hijos, convirtiéndolo en una experiencia familiar positiva. Así mismo, es necesario evitar criticar su propio cuerpo o el de los demás frente a los hijos.

#### 5. Buscar ayuda profesional si es necesario:

Si existe una preocupación por la salud mental o emocional del hijo adolescente, buscar ayuda de un psicólogo es fundamental. Un psicólogo o psiquiatra puede evaluar la situación y brindar el apoyo y las herramientas necesarias para ayudar al adolescente. Es importante recordar que cada familia es diferente y no existe una fórmula única para una crianza perfecta. Sin embargo, brindar a los hijos el amor, el apoyo y la orientación que necesitan para desarrollarse como personas sanas, felices y seguras de sí mismas es primordial.

## Referencias

- Agüera, Z., Jiménez, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A., Riesco, N., Menchón, J., y Fernández, F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 53-61. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100006&script=sci_arttext)
- American Psychological Association (APA). (2017). *Estilos de Crianza*. American Psychological Association. Obtenido de <https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza>
- Ángel, L., Martínez, M., Y Gómez, T. (2008). PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (T.C.A) EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56(3), 193-210. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363915002.pdf>
- Arévalo, R., Aguilar, X., Girón, M., y Diaz, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6 (2), 108-120. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232015000200108](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108)
- Arroyave, S., Gañán, A., y Vásquez, A. (2021). Relación entre trastorno de conducta alimenticia y estilo de crianza. Perspectiva de un grupo de adultos jóvenes de la ciudad de Medellín. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(1). Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/344170/20805955>
- Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (1994). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. 4ª Ed. Washington, D.C., Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2000). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV- TR*. 4ª Ed. Washington, D.C, Asociación Americana de Psiquiatría.

Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Asociación TCA Aragón. (2020). Estadística sobre los TCA. *Asociación TCA Aragón Sumando voces contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Obtenido de <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/#:~:text=La%20prevalencia%20del%20TCA%20at%C3%ADpico,el%20sobrepeso%20y%20la%20obesidad>.

Ayensa, J., y Calderón, M. (2012). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(2), 80-88. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000200001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000200001&script=sci_arttext)

Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272010000500007&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272010000500007&script=sci_arttext)

Behar, R., Manzo, R., y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista médica de Chile*, 134(3), 312-319. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000300007&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000300007&script=sci_arttext)

Berengüí, R., Castejón, M., & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de*

- trastornos alimentarios, 7(1), 1-8. Obtenido de  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100001&script=sci_arttext)
- Bermúdez D, Chacón S, y Rojas S. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Médica Sinergia*, 6(08):1-11. Obtenido de  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101102>
- Bojorquez, I. (2005). La Relación entre Cultura y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Cuatro Enfoques Conceptuales. *Psicología Iberoamericana*, 13(2), 96–103. Obtenido de  
<https://psicologiaiberoamericana.iberomex.mx/index.php/psicologia/article/view/379>
- Bouquet, R., y Londoño, A. (2019). PAUTAS, PRÁCTICAS Y CREENCIAS ACERCA DE CRIANZA... AYER Y HOY. *LIBERABIT*, 15(2): 109-115. Obtenido de  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a05v15n2.pdf>
- Caballero, A. (2005). El uso de psicofármacos en los trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología Iberoamericana*, 13(2), 124-128. Obtenido de  
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133926983010.pdf>
- Casado, L. (2018). *ESTILOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LAS FORTALEZAS PERSONALES*. [Trabajo de fin de grado] Universidad de la Laguna, España. Obtenido de  
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14663/Estilos%20parentales%20y%20su%20relacion%20con%20las%20fortalezas%20personales.pdf>
- Castillo, S., Sibaja, D., Carpintero, L., y Acosta, K. (2015). ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE CRIANZA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA: UN ESTADO DEL ARTE. *Búsqueda*, 2(1), 1-8. Obtenido de  
<https://repositorio.cecar.edu.co/bitstream/handle/cecar/3215/97-Texto%20del%20art%20c3%20adcul%20%28obligatorio%29%20-186-1-10-20160226.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Celis E, A., y Roca, E. (2011). TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA VISIÓN TRANSDIAGNÓSTICA. *Acción Psicológica*, 8(1),21-33. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002>
- Córdoba, J. (2014). *ESTILOS DE CRIANZA VINCULADOS A COMPORTAMIENTOS PROBLEMATICOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES*. [Trabajo de investigación] Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Obtenido de [https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba\\_julia.pdf](https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba_julia.pdf)
- Cortés, L., y Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 748–761. Obtenido de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.3.175711>
- Cuadro, E., y Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6 (2), 97-107. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232015000200097&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232015000200097&script=sci_arttext)
- De la Vega, R., y Gómez, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y salud*, 22(2), 225-234. Obtenido de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/547/934>
- Duran, V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, Universidad de Extremadura, (2), 120-141. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382753.pdf>
- Escuela de Comunicación Ferré Rangel. (2017). *GUÍA PARA LA INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA*, CMU 796. Universidad del Sagrado Corazón. Obtenido de <https://politicassagrado.edu/wp-content/uploads/Guia-para-la-Investigacion-Monografica-CMU-796.pdf>

- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P., & Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-95342007000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-95342007000400002&script=sci_arttext)
- Fernández, A. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *MoleQla*, 20, 15-17. Obtenido de <https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf>
- Fernández, A. (2017). *Influencia de los factores de riesgo psicológicos y de los estilos de crianza percibidos en los trastornos de la conducta alimentaria*. [Tesis Doctoral] Universidad de Sevilla. Obtenido de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/76229/Tesis%2015%20mayo%20Definitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, J. (2015). *ESTILOS DE CRIANZA EN FAMILIAS NUCLEARES CON HIJOS ÚNICOS*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22286/1/tesis.pdf>
- Fernández, S., & Pritchard, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating behaviors*, 13(4), 321-325. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015312000657>
- Franco, N., Pérez, N., Y Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147184006.pdf>
- Fuster, E., Murillo, M., y García, F. (2008). ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y AJUSTE PSICOLÓGICO DE LOS HIJOS: CUESTIONANDO LA PREEMINENCIA DEL ESTILO AUTORIZATIVO. *Pautas de socialización parental: conceptualización y medición*, 131, 1358-1365. Obtenido de

[https://www.uv.es/contexto/enriquegracia/docs/scanner/Gracia\\_Garcia\\_Lila.%202008.pdf](https://www.uv.es/contexto/enriquegracia/docs/scanner/Gracia_Garcia_Lila.%202008.pdf)

Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&script=sci\\_arttext#B2](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&script=sci_arttext#B2)

Galarza, C. (2020). LOS ALCANCES DE UNA INVESTIGACIÓN. *CienciAmérica*, 9(3).

Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7746475.pdf>

Gallego, A., Pino, J., Álvarez., Vargas., & Correa, L. (2019). La dinámica familiar y estilos de crianza: pilares fundamentales en la dimensión socioafectiva. *Hallazgos*, 16(32), 131-150. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-38412019000200131&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-38412019000200131&script=sci_arttext)

García, I., Mateos, M., Martín, J., Vegas, M., Vega, C., Sanz, B., Martínez, A., y Martín E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatría*, 42(6), 267-80. Obtenido de [https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/55167807/Estrc\\_Famil\\_y\\_TCA-libre.pdf?1512120737=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstrc\\_Famil\\_y\\_TCA.pdf&Expires=1711086261&Signature=TaC1zaX01xmg0faHSnivVUiCpbPp77Im-5hvzeSkqljNzXTSG-q0Zff4NUsmgekt05vMnuH5MYL5NVNCD4RhaupRA8gng9rIRZB6jfTuPKWAszja97cuT1IQ9UJAV6tqBYIZVqKwem-RHhAyjN4uJKGyTwFihFf1DMsYTI-st0Z-OCWp9ssgdfdzcan331D2Tm4jYQs5h452F-Op3p2VmKHJcQvK-rHRxMobDYjqlPX3fUzrxjLoBHP3FiJWK3PRIJuCn-ILnJ-QdnkHW3uxfew9vOLbNzzxueeE0RETc0UwsXmGpyEcjhEin3MQQ-UWhk-rBBKvQBvzbumjXd56jQ\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/55167807/Estrc_Famil_y_TCA-libre.pdf?1512120737=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstrc_Famil_y_TCA.pdf&Expires=1711086261&Signature=TaC1zaX01xmg0faHSnivVUiCpbPp77Im-5hvzeSkqljNzXTSG-q0Zff4NUsmgekt05vMnuH5MYL5NVNCD4RhaupRA8gng9rIRZB6jfTuPKWAszja97cuT1IQ9UJAV6tqBYIZVqKwem-RHhAyjN4uJKGyTwFihFf1DMsYTI-st0Z-OCWp9ssgdfdzcan331D2Tm4jYQs5h452F-Op3p2VmKHJcQvK-rHRxMobDYjqlPX3fUzrxjLoBHP3FiJWK3PRIJuCn-ILnJ-QdnkHW3uxfew9vOLbNzzxueeE0RETc0UwsXmGpyEcjhEin3MQQ-UWhk-rBBKvQBvzbumjXd56jQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

García, M., Pelegrina, S., y Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescentes. *Anuario de psicología/The UB Journal of*

- psychology*, 33(1), 79-95. Obtenido de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61699/88466>
- Giner, C. (2016). *Emociones y trastornos de la conducta alimentaria: Correlatos clínicos y abordajes terapéuticos basados en nuevas tecnologías*. [Tesis doctoral], Universidad de Barcelona, España. Obtenido de <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/108852>
- Gómez, M. (2016). *Características de personalidad, psicopatológicas y de interacción familiar relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario*. [Proyecto de investigación]. Universidad de Murcia. Obtenido de [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis\\_MDGOMEZ.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis_MDGOMEZ.pdf)
- Jiménez, M. (2010). *Estilos educativos parentales y su aplicación en diferentes trastornos*. Obtenido de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>.
- Jorge, E., y Gonzáles, M. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Laporta, I., Delgado, M., Rebollar, S., y Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97–107. <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1312/911>
- Lázaro, P., Fernández, M., Medel, D., Hornero, J., del Barrio, J., y Otero, M. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (39), 29-36. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5798979.pdf>
- Líneros, R., y Martínez, B. (2018). Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(4), 297–301. Obtenido de <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/282/253>

Loria, V., Campos, R., Valero, M., Mories, M., Castro, M., Matía, M., y Gómez, C. (2021).

Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 857-870.

Obtenido de <https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212->

16112021000400857&script=sci\_arttext

Losada, A., y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de*

Psicología, 16, 30-49. Obtenido de

[https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/72066/Documento\\_completo.pdf-](https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/72066/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Losada, A., y Eraña, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria.

*Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(1),

189-210. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077->

21612019000100010&script=sci\_arttext

Macías, L., Unikel, C., Cruz, C., y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la

conducta alimentaria. *Salud mental*, 26(3), 1-8. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17239>

Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria.

*Avances en psicología*, 22(2), 165-178. Obtenido de

<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/183/172>

Martín, O. (2000). APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Congreso Virtual de Psiquiatría 1

de febrero. *Psiquiatria.com*, 4(3). Obtenido de <https://psiquiatria.com/trabajos/542.pdf>

Méndez, J. , Velazquez, V., y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria.

*Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6), 579-592. Obtenido de

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-)

[11462008000600014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014)

- Mestre, M., Samper, P., Tur, A., y Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(4), 691-703. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2364995.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Agència d'Avaluació de Tecnologia*. Obtenido de [https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC\\_440\\_TCA\\_Cataluya.pdf](https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf)
- Munguía, L., Mora, M., y Raich. (2016). Modelo estético, imagen corporal, autoestima y sintomatología de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas y españolas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(2). Obtenido de [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/05.Munquia\\_24-2.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/05.Munquia_24-2.pdf)
- Musitu, G., y García, J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16(2), 289-293. Obtenido de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8248/8112>
- Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*, (110), 70-74. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803021.pdf>
- Pamies, L., y Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de psicología*, 30(2), 620-626. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico\\_adolescencia2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico_adolescencia2.pdf)
- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2009). *Psicología del Desarrollo De la infancia a la adolescencia*. 11ª Ed. The McGraw-Hill. Obtenido de <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>
- Pérez, M., Nieto, A., Nieto, A., Palacio, L., y Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla

- (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 31(1). 36-52. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522015000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522015000100006&script=sci_arttext)
- Portela, M., da Costa, H., Mora, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08\\_revision\\_07.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf)
- Ramón, R., García, P., y Nicasio, J. (2008). EL CONTEXTO FAMILIAR Y SU PAPEL EN EL DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL DE LOS NIÑOS: REVISIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 75-82. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319007.pdf>
- Ramos, P., Pérez, L., Liberal, S., Y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 15-16 (2), 65-74. Obtenido de <https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/download/157/153>
- Raya, A. (2008). ESTUDIO SOBRE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba, Colombia. Obtenido de [https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/2351/abre\\_fichero.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/2351/abre_fichero.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Reig, L. (2018). Imagen corporal, depresión y autoestima: Un estudio con preadolescentes. *Creativity and Educational Innovation Review*, (2), 144-158. Obtenido de <https://cefd.uv.es/index.php/creativity/article/view/13741>
- Rodríguez, F., Senín, C., y Perona, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33731525008>

- Rodríguez, M. (2005). Cultura, genes y epidemiología evolutiva en los trastornos del comportamiento alimentario: una polémica interesante. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 541-555. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634407.pdf>
- Ruiz, A., Vázquez, R., Díaz, J., Aguilar, X., Álvarez, G. y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9(2), 447-456. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000200012&script=sci_arttext)
- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., y Castillo, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 45-57. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100006&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100006&script=sci_arttext)
- Salinas, I., Caballero, M., y Valencia, I. (2019). Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Portal Clinic*. Obtenido de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/tratamiento>
- Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. *Mc Graw Hill*, 6ª Ed. México.
- Santos, L. (2016). *DSM 5. Cambios en diagnóstico*. Cómete el mundo. Obtenido de <https://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/63-dsm-5-cambios-en-el-diagnostico-de-los-tca>
- Serrano, C. (2010). Influencia de la percepción de la crianza en la psicopatología alimentaria y en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. [Tesis Doctoral]. *Universidad de Castilla-La Mancha*. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=AqIMX7RtpV4%3D>
- Stracuzzi, S., y Pestana, F. (2012). Metodología de la investigación cuantitativa. 3ª Ed. *FEDUPEL*. Obtenido de <https://www.calameo.com/read/000628576f51732890350>

- Suárez, E. (2024). Guía práctica sobre los distintos tipos de fuentes de información. *Experto Universitario*. Obtenido de <https://expertouniversitario.es/blog/fuentes-de-informacion/>
- Torres, A. (2019). Los estilos de crianza y su papel e impacto en el desarrollo infantojuvenil. [Trabajo final de grado]. Universitat Abat Oliba CEU, España. Obtenido de [https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/367021/TFG-TORRES\\_KEENLYSIDE-2019.pdf?sequence=1](https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/367021/TFG-TORRES_KEENLYSIDE-2019.pdf?sequence=1)
- Vargas, C. (2006). *Análisis histórico de la anorexia y bulimia nerviosas*. [Tesis de grado] Universidad Nacional de San Marcos. Lima-Perú. Obtenido de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/586/Almenara\\_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/586/Almenara_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Velázquez, M. (2020). *ESTILOS DE CRIANZA: UNA REVISIÓN TEÓRICA*. [Trabajo de investigación]. Universidad Señor de Sipán, Perú. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7286/Velasquez%20Quispe%20Marisol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yamuza, B., Trenas, A., Osuna, M., y Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(1), 36-43. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749055>

## Anexos

Anexo 1. Cuadro de fuentes primarias, secundarias y terciarias.

| Tipo de fuente | Información                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primaria       | American Psychological Association (APA). (2017). <i>Estilos de Crianza</i> . American Psychological Association. Obtenido de <a href="https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza">https://www.apa.org/act/resources/espanol/crianza</a>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Primaria       | Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (1994). <i>Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV</i> . 4ª Ed. Washington, D.C., Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <a href="https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf">https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf</a>                                   |
| Primaria       | Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2000). <i>Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV- TR</i> . 4ª Ed. Washington, D.C, Asociación Americana de Psiquiatría.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Primaria       | Asociación Americana de Psiquiatría - APA. (2014). <i>Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5</i> . 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <a href="https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf">https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf</a> |
| Primaria       | Asociación TCA Aragón. (2020). Estadística sobre los TCA. Asociación TCA Aragón Sumando voces contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Obtenido de <a href="https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-">https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-</a>                                                                                                                                                                                                      |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | tca/#:-:text=La%20prevalencia%20del%20TCA%20at%C3%ADpico,el%20sobrepeso%20y%20la%20obesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Primaria   | Escuela de Comunicación Ferré Rangel. (2017). <i>GUÍA PARA LA INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA</i> , CMU 796. Universidad del Sagrado Corazón. Obtenido de <a href="https://politicassagrado.edu/wp-content/uploads/Guia-para-la-Investigacion-Monografica-CMU-796.pdf">https://politicassagrado.edu/wp-content/uploads/Guia-para-la-Investigacion-Monografica-CMU-796.pdf</a>                 |
| Primaria   | Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. <i>Agència d'Avaluació de Tecnologia</i> . Obtenido de <a href="https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Catalunya.pdf">https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Catalunya.pdf</a>                                                   |
| Primaria   | Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2009). <i>Psicología del Desarrollo De la infancia a la adolescencia</i> . 11ª Ed. The McGraw-Hill. Obtenido de <a href="https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf">https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf</a> |
| Primaria   | Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación. <i>Mc Graw Hill</i> , 6ª Ed. México.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Primaria   | Stracuzzi, S., y Pestana, F. (2012). Metodología de la investigación cuantitativa. 3ª Ed. <i>FEDUPEL</i> . Obtenido de <a href="https://www.calameo.com/read/000628576f51732890350">https://www.calameo.com/read/000628576f51732890350</a>                                                                                                                                              |
| Secundaria | Agüera, Z., Jiménez, S., Granero, R., Penelo, E., Wagner, G., Karwautz, A., Riesco, N., Menchón, J., y Fernández, F. (2011). Comparación de rasgos de personalidad entre pacientes con trastorno de la conducta alimentaria y sus hermanas sanas. <i>Revista mexicana</i>                                                                                                               |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p><i>de trastornos alimentarios</i>, 2(1), 53-61. Obtenido de <a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100006&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100006&amp;script=sci_arttext</a></p>                                                                                                                                                                                       |
| Secundaria | <p>Ángel, L., Martínez, M., Y Gómez, T. (2008). PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (T.C.A) EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO. <i>Revista de la Facultad de Medicina</i>, 56(3), 193-210. Obtenido de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363915002.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363915002.pdf</a></p>                                                                                                          |
| Secundaria | <p>Arévalo, R., Aguilar, X., Girón, M., y Díaz, J. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios</i>, 6 (2), 108-120. Obtenido de <a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2007-15232015000200108">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S2007-15232015000200108</a></p>                                     |
| Secundaria | <p>Arroyave, S., Gañán, A., y Vásquez, A. (2021). Relación entre trastorno de conducta alimenticia y estilo de crianza. Perspectiva de un grupo de adultos jóvenes de la ciudad de Medellín. <i>Revista de Psicología Universidad de Antioquia</i>, 13(1). Obtenido de <a href="https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/344170/20805955">https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/344170/20805955</a></p> |
| Secundaria | <p>Berengüí, R., Castejón, M., &amp; Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios</i>, 7(1), 1-8. Obtenido de <a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100001&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100001&amp;script=sci_arttext</a></p> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secundaria | <p>Casado, L. (2018). <i>ESTILOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LAS FORTALEZAS PERSONALES</i>. [Trabajo de fin de grado] Universidad de la Laguna, España. Obtenido de</p> <p><a href="https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14663/Estilos%20parentales%20y%20su%20relacion%20con%20las%20fortalezas%20personales.pdf">https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14663/Estilos%20parentales%20y%20su%20relacion%20con%20las%20fortalezas%20personales.pdf</a></p>                                                                                            |
| Secundaria | <p>Castillo, S., Sibaja, D., Carpintero, L., y Acosta, K. (2015). ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE CRIANZA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA: UN ESTADO DEL ARTE. <i>Búsqueda</i>, 2(1), 1-8. Obtenido de</p> <p><a href="https://repositorio.cecar.edu.co/bitstream/handle/cecar/3215/97-Texto%20del%20art%3%adculo%20%28obligatorio%29%20-186-1-10-20160226.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.cecar.edu.co/bitstream/handle/cecar/3215/97-Texto%20del%20art%3%adculo%20%28obligatorio%29%20-186-1-10-20160226.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p> |
| Secundaria | <p>Celis E, A., y Roca, E. (2011). TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN LA VISIÓN TRANSDIAGNÓSTICA. <i>Acción Psicológica</i>, 8(1),21-33. Obtenido de:</p> <p><a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030765002</a></p>                                                                                                                                                                                                                                      |
| Secundaria | <p>Córdoba, J. (2014). <i>ESTILOS DE CRIANZA VINCULADOS A COMPORTAMIENTOS PROBLEMATICOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES</i>. [Trabajo de investigación] Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Obtenido de</p> <p><a href="https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba_julia.pdf">https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cordoba_julia.pdf</a></p>                                                                                                                                                                                                          |
| Secundaria | <p>Cortés, L., y Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. <i>Anales de</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p><i>Psicología / Annals of Psychology</i>, 29(3), 748–761. Obtenido de <a href="https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.3.175711">https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.3.175711</a></p>                                                                                                                                                                                                                                            |
| Secundaria | <p>De la Vega, R., y Gómez, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. <i>Psicología y salud</i>, 22(2), 225-234. Obtenido de <a href="https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/547/934">https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/547/934</a></p>                                                                                                                                  |
| Secundaria | <p>Duran, V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. <i>Trastornos de la conducta alimentaria</i>, Universidad de Extremadura, (2), 120-141. Obtenido de <a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382753.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1382753.pdf</a></p>                                                                                                                    |
| Secundaria | <p>Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. P., &amp; Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. <i>Colombia Médica</i>, 38(4), 344-351. Obtenido de <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-95342007000400002&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-95342007000400002&amp;script=sci_arttext</a></p>                |
| Secundaria | <p>Fernández, A. (2017). <i>Influencia de los factores de riesgo psicológicos y de los estilos de crianza percibidos en los trastornos de la conducta alimentaria</i>. [Tesis Doctoral] Universidad de Sevilla. Obtenido de <a href="https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/76229/Tesis%2015%20mayo%20Definitiva.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/76229/Tesis%2015%20mayo%20Definitiva.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p> |
| Secundaria | <p>Fernández, J. (2015). <i>ESTILOS DE CRIANZA EN FAMILIAS NUCLEARES CON HIJOS ÚNICOS</i>. [Tesis Doctoral]. Universidad de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | Cuenca, Ecuador. Obtenido de<br><a href="http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22286/1/tesis.pdf">http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22286/1/tesis.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Secundaria | Fernández, S., & Pritchard, M. (2012). Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. <i>Eating behaviors</i> , 13(4), 321-325. Obtenido de<br><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015312000657">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015312000657</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Secundaria | Gallego, A., Pino, J., Álvarez., Vargas., & Correa, L. (2019). La dinámica familiar y estilos de crianza: pilares fundamentales en la dimensión socioafectiva. <i>Hallazgos</i> , 16(32), 131-150. Obtenido de<br><a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-38412019000200131&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-38412019000200131&amp;script=sci_arttext</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Secundaria | García, I., Mateos, M., Martín, J., Vegas, M., Vega, C., Sanz, B., Martínez, A., y Martin E. (2014). La estructura familiar y los trastornos de la conducta alimentaria. <i>Actas Esp Psiquiatría</i> , 42(6), 267-80. Obtenido de<br><a href="https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/55167807/Estrc._Famil_y_TCA-libre.pdf?1512120737=&amp;response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstrc._Famil_y_TCA.pdf&amp;Expires=1711086261&amp;Signature=TaC1zaX01xmg0faHSnivVUiCpbPp77Im-5hvzeSkqljNzXTSG-q0Zff4NUsmgekt05vMnuH5MYL5NVNCD4RhaupRA8gnq9rIRZB6jfTuPKWAszja97cuT1IQ9UJAV6tgBYIZVqKwem-RHhAyjN4uJKGyTwFihFf1DMsYTI-st0Z-OCWp9ssgdfdzcan331D2Tm4jYQs5h452F-Op3p2VmKHJcQvK-">https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/55167807/Estrc._Famil_y_TCA-libre.pdf?1512120737=&amp;response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstrc._Famil_y_TCA.pdf&amp;Expires=1711086261&amp;Signature=TaC1zaX01xmg0faHSnivVUiCpbPp77Im-5hvzeSkqljNzXTSG-q0Zff4NUsmgekt05vMnuH5MYL5NVNCD4RhaupRA8gnq9rIRZB6jfTuPKWAszja97cuT1IQ9UJAV6tgBYIZVqKwem-RHhAyjN4uJKGyTwFihFf1DMsYTI-st0Z-OCWp9ssgdfdzcan331D2Tm4jYQs5h452F-Op3p2VmKHJcQvK-</a> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <a href="https://rHRxMobDYjqlPX3fUzrxjLoBHP3FiJWK3PRiJuCn-ILnJ~QdnkHW3uxfew9vOLbNzzxueeE0RETc0UwsXmGpyEcjhEin3MQQ-UWhk-rBBKvQBvzbumjXd56jQ_&amp;Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA">rHRxMobDYjqlPX3fUzrxjLoBHP3FiJWK3PRiJuCn-ILnJ~QdnkHW3uxfew9vOLbNzzxueeE0RETc0UwsXmGpyEcjhEin3MQQ-UWhk-rBBKvQBvzbumjXd56jQ_&amp;Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA</a>                                                                                                    |
| Secundaria | <p>Giner, C. (2016). <i>Emociones y trastornos de la conducta alimentaria: Correlatos clínicos y abordajes terapéuticos basados en nuevas tecnologías</i>. [Tesis doctoral], Universidad de Barcelona, España.</p> <p>Obtenido de <a href="https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/108852">https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/108852</a></p>                                                                                                    |
| Secundaria | <p>Gómez, M. (2016). <i>Características de personalidad, psicopatológicas y de interacción familiar relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario</i>. [Proyecto de investigación]. Universidad de Murcia. Obtenido de</p> <p><a href="https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis_MDGOMEZ.pdf">https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/51125/1/Tesis_MDGOMEZ.pdf</a></p>                                         |
| Secundaria | <p>Laporta, I., Delgado, M., Rebollar, S., y Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. <i>European Journal of Health Research</i>, 6(1), 97–107.</p> <p>Obtenido de</p> <p><a href="https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1312/911">https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1312/911</a></p>                                                             |
| Secundaria | <p>Lázaro, P., Fernández, M., Medel, D., Hornero, J., del Barrio, J., y Otero, M. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. <i>Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres</i>, (39), 29-36. Obtenido de</p> <p><a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5798979.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5798979.pdf</a></p> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secundaria | <p>Lineros, R., y Martínez, B. (2018). Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. <i>Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil</i>, 35(4), 297–301. Obtenido de <a href="https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/282/253">https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/282/253</a></p>                                                     |
| Secundaria | <p>Losada, A., y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. <i>Revista de Psicología</i>, 16, 30-49. Obtenido de <a href="https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/72066/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/72066/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a></p>                                    |
| Secundaria | <p>Losada, A., y Eraña, S. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. <i>Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP</i>, 17(1), 189-210. Obtenido de <a href="http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000100010&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000100010&amp;script=sci_arttext</a></p>                        |
| Secundaria | <p>Mestre, M., Samper, P., Tur, A., y Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. <i>Revista de Psicología General y Aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología</i>, 54(4), 691-703. Obtenido de <a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2364995.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2364995.pdf</a></p>                                  |
| Secundaria | <p>Munguía, L., Mora, M., y Raich. (2016). Modelo estético, imagen corporal, autoestima y sintomatología de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas y españolas. <i>Behavioral Psychology/Psicología Conductual</i>, 24(2). Obtenido de <a href="https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/05.Munguia_24-2.pdf">https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/05.Munguia_24-2.pdf</a></p> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secundaria | Musitu, G., y García, J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. <i>Psicothema</i> , 16(2), 289-293. Obtenido de <a href="https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8248/8112">https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8248/8112</a>                                                                                                                                                   |
| Secundaria | Pamies, L., y Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. <i>Anales de psicología</i> , 30(2), 620-626. Obtenido de <a href="https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico_adolescencia2.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n2/psico_adolescencia2.pdf</a>                                                                                |
| Secundaria | Pérez, M., Nieto, A., Nieto, A., Palacio, L., y Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). <i>Revista Salud Uninorte</i> , 31(1). 36-52. Obtenido de <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522015000100006&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522015000100006&amp;script=sci_arttext</a> |
| Secundaria | Ramos, P., Pérez, L., Liberal, S., Y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. <i>Revista de Psicodidáctica</i> , 15-16 (2), 65-74. Obtenido de <a href="https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/download/157/153">https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/download/157/153</a>                                                                            |
| Secundaria | Raya, A. (2008). ESTUDIO SOBRE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA. [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba, Colombia. Obtenido de <a href="https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/2351/abre_fichero.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/2351/abre_fichero.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>                                           |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secundaria | Reig, L. (2018). Imagen corporal, depresión y autoestima: Un estudio con preadolescentes. <i>Creativity and Educational Innovation Review</i> , (2), 144-158. Obtenido de <a href="https://cefd.uv.es/index.php/creativity/article/view/13741">https://cefd.uv.es/index.php/creativity/article/view/13741</a>                                                                                                                            |
| Secundaria | Ruiz, A., Vásquez, R., Díaz, J., Aguilar, X., Álvarez, G. y Tena, A. (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. <i>Universitas Psychologica</i> , 9(2), 447-456. Obtenido de <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000200012&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000200012&amp;script=sci_arttext</a> |
| Secundaria | Serrano, C. (2010). Influencia de la percepción de la crianza en la psicopatología alimentaria y en la evolución de los trastornos del comportamiento alimentario. [Tesis Doctoral]. Universidad de Castilla-La Mancha. Obtenido de <a href="https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=AqIMX7RtpV4%3D">https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=AqIMX7RtpV4%3D</a>                |
| Secundaria | Torres, A. (2019). Los estilos de crianza y su papel e impacto en el desarrollo infantojuvenil. [Trabajo final de grado]. Universitat Abat Oliba CEU, España. Obtenido de <a href="https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/367021/TFG-TORRES_KEENLYSIDE-2019.pdf?sequence=1">https://recercat.cat/bitstream/handle/2072/367021/TFG-TORRES_KEENLYSIDE-2019.pdf?sequence=1</a>                                                          |
| Secundaria | Vargas, C. (2006). <i>Análisis histórico de la anorexia y bulimia nerviosas</i> . [Tesis de grado] Universidad Nacional de San Marcos. Lima-Perú. Obtenido de                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <a href="https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/586/AImenara_vc.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/586/AImenara_vc.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>                                                                                                                                                                                     |
| Secundaria | Velázquez, M. (2020). <i>ESTILOS DE CRIANZA: UNA REVISIÓN TEÓRICA</i> . [Trabajo de investigación]. Universidad Señor de Sipán, Perú. Obtenido de <a href="https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7286/Velazquez%20Quispe%20Marisol.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7286/Velazquez%20Quispe%20Marisol.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a> |
| Secundaria | Yamuza, B., Trenas, A., Osuna, M., y Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. <i>Revista de psicología clínica con niños y adolescentes</i> , 6(1), 36-43. Obtenido de <a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749055">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6749055</a>                                  |
| Terciaria  | Ayensa, J., y Calderón, M. (2012). ¿Anorexia Nerviosa en el siglo XIV?: el caso de Santa Catalina de Siena. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios</i> , 3(2), 80-88. Obtenido de <a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000200001&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000200001&amp;script=sci_arttext</a>                                     |
| Terciaria  | Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. <i>Revista chilena de neuro-psiquiatría</i> , 48(4), 319-334. Obtenido de <a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272010000500007&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272010000500007&amp;script=sci_arttext</a>                                           |
| Terciaria  | Behar, R., Manzo, R., y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. <i>Revista médica de Chile</i> , 134(3),                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 312-319. Obtenido de <a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000300007&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000300007&amp;script=sci_arttext</a>                                                                                                                                                               |
| Terciaria | Bermúdez D, Chacón S, y Rojas S. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. <i>Revista Médica Sinergia</i> , 6(08):1-11. Obtenido de <a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101102">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101102</a>                            |
| Terciaria | Bojorquez, I. (2005). La Relación entre Cultura y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Cuatro Enfoques Conceptuales. <i>Psicología Iberoamericana</i> , 13(2), 96–103. Obtenido de <a href="https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/379">https://psicologiaiberoamericana.iberomx.com/index.php/psicologia/article/view/379</a> |
| Terciaria | Bouquet, R., y Londoño, A. (2019). PAUTAS, PRÁCTICAS Y CREENCIAS ACERCA DE CRIANZA... AYER Y HOY. <i>LIBERABIT</i> , 15(2): 109-115. Obtenido de <a href="http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a05v15n2.pdf">http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a05v15n2.pdf</a>                                                                                               |
| Terciaria | Caballero, A. (2005). El uso de psicofármacos en los trastornos de la conducta alimentaria. <i>Psicología Iberoamericana</i> , 13(2), 124-128. Obtenido de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/1339/133926983010.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/1339/133926983010.pdf</a>                                                                                             |
| Terciaria | Cuadro, E., y Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios</i> , 6 (2), 97-107. Obtenido de <a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232015000200097&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232015000200097&amp;script=sci_arttext</a>         |
| Terciaria | Fernández, A. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. <i>MoleQla</i> , 20, 15-17. Obtenido de                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <a href="https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqila/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf">https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqila/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Terciaria | Franco, N., Pérez, N., Y Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. <i>Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes</i> , 1(2), 149-156. Obtenido de <a href="https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147184006.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147184006.pdf</a>                                                                               |
| Terciaria | Fuster, E., Murillo, M., y García, F. (2008). ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y AJUSTE PSICOLÓGICO DE LOS HIJOS: CUESTIONANDO LA PREEMINENCIA DEL ESTILO AUTORIZATIVO. <i>Pautas de socialización parental: conceptualización y medición</i> , 131, 1358-1365. Obtenido de <a href="https://www.uv.es/contexto/enriquegracia/docs/scanner/Gracia_Garcia_Lila.%202008.pdf">https://www.uv.es/contexto/enriquegracia/docs/scanner/Gracia_Garcia_Lila.%202008.pdf</a> |
| Terciaria | Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. <i>Revista chilena de pediatría</i> , 91(5), 784-793. Obtenido de <a href="https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&amp;script=sci_arttext#B2">https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000500784&amp;script=sci_arttext#B2</a>                                                                                         |
| Terciaria | Galarza, C. (2020). LOS ALCANCES DE UNA INVESTIGACIÓN. <i>CienciAmérica</i> , 9(3). Obtenido de <a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7746475.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7746475.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                |
| Terciaria | García, M., Pelegrina, S., y Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescentes. <i>Anuario de psicología/The UB Journal of psychology</i> , 33(1), 79-95                                                                                                                                                                                                                                                |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>Obtenido de</p> <p><a href="https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61699/88466">https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61699/88466</a></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Terciaria | <p>Jiménez, M. (2010). <i>Estilos educativos parentales y su aplicación en diferentes trastornos</i>. Obtenido de <a href="http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052">http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052</a>.</p>                                                                                                                              |
| Terciaria | <p>Jorge, E., y Gonzáles, M. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. <i>Informes Psicológicos</i>, 17(2), 39-66. Obtenido de <a href="http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02">http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02</a></p>                                                                                                                                                                                                                                     |
| Terciaria | <p>Jorge, E., y González, M. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. <i>Informes Psicológicos</i>, 17(2), 39-66. Obtenido de <a href="https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044268">https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044268</a></p>                                                                                                                                                                                                     |
| Terciaria | <p>Loria, V., Campos, R., Valero, M., Mories, M., Castro, M., Matía, M., y Gómez, C. (2021). Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. <i>Nutrición Hospitalaria</i>, 38(4), 857-870. Obtenido de <a href="https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112021000400857&amp;script=sci_arttext">https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112021000400857&amp;script=sci_arttext</a></p> |
| Terciaria | <p>Macías, L., Unikel, C., Cruz, C., y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. <i>Salud mental</i>, 26(3), 1-8. Obtenido de <a href="https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17239">https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17239</a></p>                                                                                                                                                                   |
| Terciaria | <p>Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. <i>Avances en psicología</i>, 22(2), 165-178.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>Obtenido de</p> <p><a href="https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/183/172">https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/183/172</a></p>                                                                                                                                                                                   |
| Terciaria | <p>Martín, O. (2000). APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero. <i>Psiquiatria.com</i>, 4(3). Obtenido de</p> <p><a href="https://psiquiatria.com/trabajos/542.pdf">https://psiquiatria.com/trabajos/542.pdf</a></p>                                                                           |
| Terciaria | <p>Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. <i>REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA</i>, (110), 70-74. Obtenido de</p> <p><a href="https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803021.pdf">https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803021.pdf</a></p>                                                                                                        |
| Terciaria | <p>Méndez, J. , Velazquez, V., y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. <i>Boletín Médico del Hospital Infantil de México</i>, 65 (6), 579-592. Obtenido de</p> <p><a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1665-11462008000600014">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1665-11462008000600014</a></p> |
| Terciaria | <p>Portela, M., da Costa, H., Mora, M., y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. <i>Nutrición Hospitalaria</i>, 27(2), 391-401. Obtenido de</p> <p><a href="https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf">https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf</a></p>                |
| Terciaria | <p>Ramón, R., García, P., y Nicasio, J. (2008). EL CONTEXTO FAMILIAR Y SU PAPEL EN EL DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL DE LOS NIÑOS: REVISIÓN DE ESTUDIOS EMPÍRICOS. <i>International Journal of Developmental and Educational Psychology</i>,</p>                                                                                                                                                |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | 4(1), 75-82. Obtenido de<br><a href="https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319007.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832319007.pdf</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Terciaria | Rodríguez, F., Senín, C., y Perona, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 14(3),221-231. Obtenido de:<br><a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33731525008">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33731525008</a>                                                                                                           |
| Terciaria | Rodríguez, M. (2005). Cultura, genes y epidemiología evolutiva en los trastornos del comportamiento alimentario: una polémica interesante. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 34(4), 541-555. Obtenido de<br><a href="https://www.redalyc.org/pdf/806/80634407.pdf">https://www.redalyc.org/pdf/806/80634407.pdf</a>                                                                                                      |
| Terciaria | Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., y Castillo, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. <i>Revista mexicana de trastornos alimentarios</i> , 4(1), 45-57. Obtenido de <a href="https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100006&amp;script=sci_arttext">https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232013000100006&amp;script=sci_arttext</a> |
| Terciaria | Salinas, I., Caballero, M., y Valencia, I. (2019). Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. <i>Portal Clinic</i> . Obtenido de<br><a href="https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/tratamiento">https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/tratamiento</a>                                              |
| Terciaria | Santos, L. (2016). <i>DSM 5. Cambios en diagnóstico</i> . Cómete el mundo. Obtenido de <a href="https://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/63-dsm-5-cambios-en-el-diagnostico-de-los-tca">https://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/63-dsm-5-cambios-en-el-diagnostico-de-los-tca</a>                                                                                                                                  |
| Terciaria | Suárez, E. (2024). Guía práctica sobre los distintos tipos de fuentes de información. <i>Experto Universitario</i> . Obtenido de<br><a href="https://expertouniversitario.es/blog/fuentes-de-informacion/">https://expertouniversitario.es/blog/fuentes-de-informacion/</a>                                                                                                                                                       |

## Anexo 2. Entrevistas a profesionales



**Universidad Evangélica de El Salvador**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Licenciatura en Psicología**

### Entrevista a profesional (Psicólogo)

1. ¿Qué estilos de crianza se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar TCA en adolescentes?

*Desde los cuatro estilos, cada estilo desarrolla un TCA en específico, a **excepción del democrático** por ser más adecuado, sin embargo, el democrático tiende a desarrollar una falsa autoestima en algunas ocasiones y con ciertos factores, y poder crear una idea de ser perfecto (buscar el cuerpo perfecto) relacionado con trastornos en hombres (como la vigorexia), incluyendo afección personal.*

2. ¿Podría mencionarme las características específicas de cada estilo de crianza y cómo podrían influir en el desarrollo de un TCA?

*De acuerdo al **estilo autoritario**, que estuvo en auge en ciertos tiempos en la sociedad salvadoreña, es más probable que desarrolle un TCA, ya que siempre se tiende a ser competitivas, con altos grados de ansiedad y estrés.*

*En el caso **del permisivo**, al no haber límites, no se podría relacionar directamente un TCA, sin embargo, la obesidad podría estar relacionado con dicho estilo, ya que no hay un modelado alimenticio.*

*Al hablar del estilo de crianza **negligente**, deja al adolescente ser como quiere ser, y podría relacionarse con la bulimia y anorexia, al no tener una identidad establecida o una personalidad base.*

3. En una situación, en donde en el funcionamiento familiar no establece un estilo de crianza como tal, ¿qué elementos pueden interferir en el desarrollo de factores de riesgo o de un TCA?

*Al haber una mezcla de estilos de crianza, es más probable que elementos externos se vuelvan factores de riesgo directos a desarrollar un TCA, por ejemplo, los amigos, la iglesia, y principalmente las redes sociales, por la falsa imagen que se vende directamente en ellas.*

4. ¿Es posible determinar una relación causal entre los estilos de crianza y el desarrollo de TCA?

*Si es posible que sea causal, no definitivo, pero sí causal.*

5. ¿Existen otros factores que podrían mediar en la relación entre estilos de crianza y TCA?

*Esos factores pueden ser mecanismos de afrontamiento y de riesgo, y ambos son mediadores entre los estilos de crianza y TCA. Estos son los principales, sin embargo, todo lo externo a la familia, puede convertirse en factores mediadores, por ejemplo, la pobreza y economía.*

6. ¿Qué papel juega la comunicación familiar en el desarrollo de TCA?  
(estilos/ dinámica, desde su experiencia)

*La comunicación como factor principal, influye directamente en algunos de los tantos trastornos.*

7. De acuerdo a su experiencia ¿Podría mencionarme algunos ejemplos concretos de cómo un estilo de crianza específico podría contribuir al desarrollo de un TCA en un adolescente?

8. ¿De qué manera el conocimiento por parte de la familia sobre los estilos de crianza puede ser útil para la prevención?

*El conocimiento en sí, no es útil para prevenir, sin embargo, la aplicación sí y esto genera o es probable que genere mecanismo de protección.*

9. ¿Qué recomendaciones generales les daría a los padres de adolescentes para implementar una crianza saludable y prevenir el desarrollo de TCA? (Conocimiento, educación, aceptación, Reconocer la normalidad de las conductas, pero si mermar dichas conductas.

*Para los padres, una mayor apertura para conocer a los adolescentes, conocer esa transición.*

*Para los padres, quitarse el estigma familiar antepasado, no decir “mi papá así me educaba”, cortar esa línea autoritaria y no convertirse en padres negligentes por no querer replicar el mismo estilo de crianza de sus padres.*

*Para los adolescentes, desarrollar una estima saludable, aunque el ambiente familiar sea complicado, buscar mecanismos autorreflexivos y de autoconocimiento, para aclarar sus dudas y crecer personalmente.*

*Perdonar, reflexionar, documentarse de información saludable.*



**Universidad Evangélica de El Salvador**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Licenciatura en Psicología**

Entrevista a profesional (Psicólogo)

1. ¿Qué estilos de crianza se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar TCA en adolescentes?

*Los estudios han identificado tres estilos de crianza que se asocian con un mayor riesgo de desarrollar TCA en adolescentes:*

*Autoritario: Se caracteriza por una alta exigencia y control por parte de los padres, quienes imponen reglas rígidas, expectativas elevadas y castigos severos. Este estilo puede generar: baja autoestima, dificultad para expresar emociones y perfeccionismo.*

*Permisivo: Se caracteriza por una excesiva libertad y falta de estructura. Los padres no establecen límites claros ni expectativas definidas, lo que puede generar: falta de autocontrol, dificultad para tomar decisiones y búsqueda de atención.*

*Negligente: Se caracteriza por una falta de atención, apoyo y orientación por parte de los padres. Los padres pueden estar desinteresados o indiferentes, lo que puede generar: inseguridad y baja autoestima, dificultad para establecer relaciones sanas y también búsqueda de atención.*

2. En una situación, en donde en el funcionamiento familiar no establece un estilo de crianza como tal, ¿qué elementos pueden interferir en el desarrollo de factores de riesgo o de un TCA?

*En situaciones donde el funcionamiento familiar no establece un estilo de crianza claro, diversos elementos pueden interferir en el desarrollo de factores de riesgo o de un TCA, como:*

*Conflictos familiares: Las peleas constantes, la falta de comunicación y la hostilidad en el hogar pueden generar estrés y ansiedad en el adolescente, aumentando el riesgo de desarrollar TCA.*

*Inestabilidad emocional: Si los padres experimentan cambios de humor frecuentes, depresión o ansiedad, esto puede afectar la estabilidad emocional del adolescente y hacerlo más vulnerable a TCA.*

*Falta de apoyo emocional: Si el adolescente no siente que sus padres lo comprenden o lo apoyan, puede buscar refugio en la comida o en conductas de riesgo para llenar el vacío emocional.*

*Experiencias traumáticas: Abuso físico, sexual o emocional, negligencia o abandono pueden dejar cicatrices profundas en el adolescente y aumentar su susceptibilidad a TCA.*

3. ¿Es posible determinar una relación causal entre los estilos de crianza y el desarrollo de TCA?

*Si bien los estudios han identificado una asociación entre los estilos de crianza y el desarrollo de TCA, es importante destacar que no se puede establecer una relación causal directa. Es decir, tener un estilo de crianza de riesgo no significa que el adolescente definitivamente desarrollará un TCA.*

4. ¿Existen otros factores que podrían mediar en la relación entre estilos de crianza y TCA?

*Existen otros factores que pueden mediar en esta relación, como la genética, la personalidad del adolescente, las experiencias sociales y el entorno cultural.*

5. ¿Qué papel juega la comunicación familiar en el desarrollo de TCA?  
(estilos/ dinámica, desde su experiencia)

*La comunicación familiar juega un papel fundamental en el desarrollo de la salud mental y emocional de los adolescentes. Una comunicación abierta, honesta y respetuosa puede ayudar a prevenir el desarrollo de TCA de la siguiente manera:*

*Fomenta la autoestima: Permite que el adolescente se sienta valorado y aceptado tal como es, independientemente de su peso o apariencia física.*

*Desarrolla habilidades emocionales: Enseña al adolescente a expresar y manejar sus emociones de manera saludable.*

*Promueve hábitos alimenticios saludables: Permite que el adolescente participe en la toma de decisiones sobre la alimentación y desarrolle una relación sana con la comida.*

6. De acuerdo a su experiencia ¿Podría mencionarme algunos ejemplos concretos de cómo un estilo de crianza específico podría contribuir al desarrollo de un TCA en un adolescente?

*Estilo Autoritario:*

*Un padre que constantemente critica el peso o la apariencia de su hija adolescente, diciéndole cosas como "estás muy gorda", "necesitas comer menos" o "deberías hacer más ejercicio", puede generar en ella una imagen corporal negativa y una obsesión por la comida y el peso.*

*Padres que imponen reglas rígidas sobre la alimentación, controlando lo que come su hijo adolescente y cuándo lo come, pueden llevarlo a desarrollar comportamientos de atracón y purga como forma de rebelarse contra el control.*

*Un padre que exige perfección a su hijo adolescente en todos los aspectos de su vida, incluyendo su físico, puede generar en él una presión excesiva por alcanzar un cuerpo delgado y perfecto, lo que puede llevarlo a desarrollar conductas desordenadas con la alimentación.*

*Estilo Permisivo:*

*Padres que no establecen límites claros ni expectativas sobre la alimentación de su hijo adolescente, permitiéndole comer lo que quiera y cuando quiera, pueden generar en él hábitos alimenticios poco saludables y una falta de control sobre sus impulsos.*

*Un padre que no brinda apoyo emocional a su hijo adolescente y no se involucra en su vida personal, puede llevarlo a buscar atención o llenar el vacío emocional a través de la comida o conductas de riesgo, como los TCA.*

*Padres que no hablan con su hijo adolescente sobre temas relacionados con la imagen corporal, la alimentación y la salud, pueden dejarlo vulnerable a la influencia de mensajes distorsionados sobre estos temas en los medios de comunicación o en las redes sociales.*

*Estilo Negligente:*

*Padres que no muestran interés en la vida de su hijo adolescente ni en su bienestar emocional, pueden generar en él una sensación de abandono e inseguridad, lo que lo hace más susceptible a desarrollar problemas de autoestima y a buscar refugio en la comida o en conductas de riesgo.*

*Un padre que no proporciona a su hijo adolescente una alimentación adecuada y nutritiva, puede llevarlo a desarrollar deficiencias nutricionales y a tener una imagen corporal negativa.*

*Padres que no enseñan a su hijo adolescente habilidades para manejar sus emociones de manera saludable, pueden llevarlo a desarrollar mecanismos de afrontamiento inadecuados, como la comida o los TCA.*

7.      ¿De qué manera el conocimiento por parte de la familia sobre los estilos de crianza puede ser útil para la prevención?

*El conocimiento por parte de la familia sobre los estilos de crianza y su relación con el desarrollo de TCA puede ser una herramienta valiosa para la prevención de estos trastornos. Al comprender cómo sus propios patrones de crianza pueden influir en la salud mental y emocional de sus hijos, los padres pueden tomar medidas para:*

*Establecer límites claros y expectativas realistas sobre la alimentación y el comportamiento.*

*Brindar apoyo emocional y orientación a sus hijos.*

*Fomentar una comunicación abierta y honesta en el hogar.*

*Promover una imagen corporal positiva y hábitos alimenticios saludables.*

*Estar atentos a las señales de alerta que podrían indicar un problema de alimentación o un TCA.*

*Debo dejar en claro que este conocimiento debe ser a la vez aplicado.*

8. ¿Qué recomendaciones generales les daría a los padres de adolescentes para implementar una crianza saludable y prevenir el desarrollo de TCA?

(Conocimiento, educación, aceptación, Reconocer la normalidad de las conductas)

*Recomendaciones generales para una crianza saludable y prevenir TCA para los padres:*

*Establecer una relación de confianza y comunicación abierta con sus hijos adolescentes.*

*Hacer de las comidas familiares un momento agradable y positivo.*

*Hablar con sus hijos sobre la importancia de una imagen corporal positiva.*

*Ayudarles a desarrollar habilidades para manejar sus emociones de manera saludable.*

*Mostrarles a tomar decisiones responsables sobre la alimentación.*

*Buscar ayuda profesional si sospechan que su hijo adolescente puede tener un TCA.*

*Es importante recordar que cada familia es diferente y no existe una fórmula única para una crianza perfecta. Lo más importante es que los padres estén atentos a las necesidades de sus hijos adolescentes y que les brinden el amor, el apoyo y la orientación que necesitan para desarrollarse como personas sanas y felices.*



**Universidad Evangélica de El Salvador**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Licenciatura en Psicología**

Entrevista a profesional (Nutriólogo)

¿Podría describir brevemente su experiencia como nutricionista y su enfoque en el tratamiento de adolescentes con TCA?

*Soy nutricionista con 4 años de experiencia en el ámbito de la salud y la nutrición, con un enfoque particular en el tratamiento de adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. He trabajado con diversos casos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, brindando asesoría nutricional individualizada y colaborando con un equipo multidisciplinario de psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales para abordar la complejidad de estos trastornos.*

*Mi enfoque es integral, promoviendo hábitos alimenticios saludables. Considero fundamental establecer una relación de confianza con el adolescente y su familia, creando un ambiente de apoyo y comprensión para abordar las causas subyacentes del TCA y promover la recuperación.*

¿Con qué frecuencia observa casos de TCA en su práctica?

*Observo un mayor número de adolescentes que presentan síntomas de estos trastornos, lo que puede estar relacionado con diversos factores como la presión social por alcanzar estándares de belleza irreales, el uso excesivo de redes sociales, la exposición a información distorsionada sobre la alimentación y la imagen corporal, y la falta de educación nutricional adecuada. Sin embargo, estos síntomas se ven encubiertos por la normalización de conductas como el sobre ejercicio.*

¿En su experiencia, cuáles son los factores que más influyen en el desarrollo de un TCA en un adolescente?

*En mi experiencia, diversos factores pueden influir en el desarrollo de un TCA en un adolescente, incluyendo:*

*Factores biológicos: Predisposición genética, desequilibrios hormonales, alteraciones en la neurotransmisión cerebral.*

*Factores psicológicos: Baja autoestima, ansiedad, depresión, perfeccionismo, problemas de autoestima, dificultades para manejar emociones.*

*Factores sociales: Presión social por ser delgado, exposición a modelos de belleza irreales, experiencias de bullying o acoso, relaciones familiares disfuncionales.*

*Factores ambientales: Dificultades para acceder a alimentos nutritivos, falta de educación nutricional, información distorsionada sobre la alimentación y la imagen corporal en los medios de comunicación.*

*¿Qué tan familiarizado/a está con los diferentes estilos de crianza?*

*Conozco los diferentes estilos de crianza, como autoritario, negligente, democrático y permisivo.*

*¿Podría describir brevemente cómo estos estilos de crianza podrían afectar la salud mental y física de un adolescente?*

*Al ser un factor sociocultural, el estilo de crianza puede afectar la salud mental y física de un adolescente de diversas formas. Por ejemplo, el estilo autoritario puede generar baja autoestima, ansiedad, depresión, dificultad para expresar emociones y un mayor riesgo de desarrollar conductas de riesgo, incluyendo TCA. Debo dejar claro que este elemento (estilo de crianza) forma parte de toda la gama de factores predisponentes a desarrollar algún TCA.*

*En su experiencia, ¿ha notado algún vínculo entre un estilo de crianza específico y la probabilidad de desarrollar un TCA?*

*Para ser honesto no podría señalarte un estilo de crianza en específico, claro, la teoría y estudios siempre señalaran un estilo en concreto que se relacione más con el desarrollo de TCA y otro que actúe más como protector, sin embargo, si puedo hablarte de como el*

*funcionamiento afecta e interviene en el desarrollo de conductas de riesgo a desarrollar un TCA, por ejemplo la falta de comunicación o inclusive la asignación de roles puede afectar al adolescente.*

¿Podría explicar cómo este estilo de crianza podría contribuir al desarrollo de un TCA?

*Siguiendo siempre con el funcionamiento familiar como tal, los padres pueden ejercer presión excesiva para alcanzar un cuerpo perfecto, falta de comunicación y expresión emocional, aprobación de conductas desordenadas, falta de un modelo de alimentación saludable.*

¿Ha observado algún factor de protección dentro de los estilos de crianza que pueda ayudar a prevenir el desarrollo de TCA en adolescentes?

*Algunos factores de protección dentro de los estilos de crianza podrían incluir la comunicación abierta, el apoyo emocional, el establecimiento de límites saludables y la promoción de la autonomía y la autoestima del adolescente, así como el seguimiento de una dieta que en verdad nutra a todos los miembros de la familia, actualmente parece ser el mayor problema, en las familias no se establecen horarios de alimentación y mucho menos se involucran proteínas o carbohidratos necesarios para nuestro cuerpo.*

¿Cómo cree que los resultados de este estudio podrían contribuir a la prevención y tratamiento de TCA en adolescentes?

*Considero que como los beneficios del estudio sería tener una visión más específica acerca de cómo los estilos de crianza se involucran dentro del desarrollo de los TCA. Claro, posteriormente es muy necesario realizar investigaciones cuantitativas de campo para establecer datos reales en nuestra sociedad.*