



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**La familia en el tratamiento de trastornos de la conducta  
alimentaria.**

**Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciatura en  
Psicología Clínica**

**Autor:**

Castelo Tigxi, Alan Mauricio  
Meneses Paredes, George Andrés

**Tutor:**

Mgs. Majory Azucena Vega Acuña.

**Riobamba, Ecuador. 2025**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotros, Alan Mauricio Castelo Tigxi, con cédula de ciudadanía 0605095223, y George Andrés Meneses Paredes, con cédula de ciudadanía 1950263144, autores del trabajo de investigación titulado: “La familia en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria”, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 18 de febrero del 2025

---

Alan Mauricio Castelo Tigxi

C.I: 0605095223

---

George Andrés Meneses Paredes

C.I: 1850263144

## DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Mgs. Majory Azucena Vega Acuña catedrática adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado “La familia en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria”, bajo la autoría de Alan Mauricio Castelo Tigxi y George Andrés Meneses Paredes; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 17 días del mes de febrero de 2025



Mgs. Majory Azucena Vega Acuña.  
C.I: 0503638900

## CERTIFICADO DE MIEMBROS

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de “La familia en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria”, presentado por Alan Mauricio Castelo Tigxi, con cédula de identidad número 0605095223 y George Andrés Meneses Paredes con cédula de identidad número 1850263144, bajo la tutoría de Mgs. Majory Azucena Vega Acuña.; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 28 días del mes de abril del 2025.

Msc. Verónica Adriana Freire Palacios

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**



Verónica Adriana Freire P

Msc. Jennyfer Katheryne Gavilanez Llanga

**MIEMBRO DE TRIBUNAL DE GRADO**



Jennyfer Llanga

Dra. Jenny Rocío Tenezaca Sánchez

**MIEMBRO DE TRIBUNAL DE GRADO**



Jenny Rocío Tenezaca S



# CERTIFICACIÓN

Que, **CASTELO TIGXI ALAN MAURICIO** con CC: **0605095223**, estudiante de la Carrera de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado " **LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**", cumple con el 5%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 22 de Abril de 2025

---

Mgs. Lilian Granizo  
**DIRECTORA DE CARRERA**

Nota: Debido a la desvinculación de la institución por parte de la docente, firma la Directora de Carrera en su lugar, con el fin de que se continúe el proceso de titulación.



# CERTIFICACIÓN

Que, **MENESES PAREDES GEORGE ANDRÉS** con CC: **1850263144**, estudiante de la Carrera de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**", cumple con el 5%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 22 de Abril de 2025

Mgs. Lilian Granizo  
**DIRECTORA DE CARRERA**

Nota: Debido a la desvinculación de la institución por parte de la docente, firma la Directora de Carrera en su lugar, con el fin de que se continúe el proceso de titulación.

## **DEDICATORIA**

A mis amados padres Raúl y Sonia quienes han sido un pilar fundamental durante toda mi vida, guiándome siempre con amor y apoyo incondicional. A mis queridos hermanos Estiven y Eliana, que siempre han estado a mi lado, especialmente en momentos difíciles. A mi familia por sus palabras de aliento y motivación. A mis amigos Andrés, Alisson Ana y Lady con quienes he compartido este proceso académico, su amistad me ha motivado a ser mejor.

*Alan Mauricio Castelo Tigxi*

A mi madre Beatriz la persona más importante en mi vida, quien siempre estuvo apoyando en todas las decisiones que tome, nunca me dejó solo y siempre sentí su amor incondicional. A mis hermanos mayores David y Kevin que me apoyaron, me aconsejaron y me guiaron durante mi vida universitaria en Riobamba. A mis amigos que me ayudaron a superar momentos difíciles y siempre me dieron una mano cuando lo necesitaba.

*George Andrés Meneses Paredes*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme fortaleza para seguir luchando por mis metas incluso en los momentos más adversos. A mis padres Raúl y Sonia por todo su apoyo durante la carrera, gracias por el sacrificio y esfuerzo que realizan todos los días y por inculcarme con el ejemplo su valentía, disciplina e integridad. A mis hermanos Estiven y Elina por siempre estar cuando los necesito y por ser una inspiración de responsabilidad y autosuperación. A mis familiares por su interés genuino en mi carrera. A mis amigos Andrés, Alisson, Ana y Lady quienes han formado parte de mi vida universitaria, por sus consejos y motivarme a seguir adelante.

*Alan Mauricio Castelo Tigxi*

Agradezco a mi madre Beatriz por darme la fuerza para seguir adelante en busca de mis sueños, por nunca abandonarme cuando sentía que no podía continuar, enseñándome que el esfuerzo y el sacrificio se deben hacer para alcanzar el éxito. A mis hermanos Kevin y David por ser mis guías en esta etapa tan importante de mi vida. A mis amigos por hacer más felices mis días en la universidad, por escuchar mis problemas y aconsejarme para no darme por vencido.

*George Andrés Meneses Paredes*

## ÍNDICE GENERAL

|  |           |
|--|-----------|
| DECLARATORIA DE AUTORÍA                                    |           |
| DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR                      |           |
| CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL                   |           |
| CERTIFICADO ANTIPLAGIO                                     |           |
| DEDICATORIA  |           |
| AGRADECIMIENTO   |           |
| ÍNDICE GENERAL   |           |
| ÍNDICE DE TABLAS   |           |
| ÍNDICE DE FIGURAS  |           |
| RESUMEN  |           |
| ABSTRACT   |           |
| <b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....</b>                       | <b>13</b> |
| 1.1 Objetivos.....   | 16        |
| 1.1.1. General.....  | 16        |
| 1.1.2. Específicos.....                                    | 16        |
| <b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....</b>                     | <b>17</b> |
| 2.1 Antecedentes.....                                      | 17        |
| 2.2 Familia.....   | 18        |
| 2.2.1 Definición.....                                      | 18        |
| 2.2.2 Dinámica familiar en adolescentes con TCA.....       | 19        |
| 2.2.3. Vínculos entre miembros de la familia.....          | 20        |
| 2.3. Trastornos De La Conducta Alimenticia.....            | 21        |
| 2.3.1. Definición.....                                     | 21        |
| 2.3.2. Etiología.....                                      | 22        |
| 2.3.3. Prevalencia.....                                    | 23        |
| 2.3.4. Tipos de trastornos de la conducta alimenticia..... | 24        |
| 2.3.5. Factores familiares de riesgo.....                  | 25        |
| 2.3.6. Factores familiares protectores.....                | 26        |
| 2.3.7. Tratamiento.....                                    | 26        |
| <b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....</b>                      | <b>28</b> |
| 3.1. Tipo de Investigación.....                            | 28        |
| 3.2. Nivel de investigación.....                           | 28        |
| 3.3. Estrategias de búsqueda.....                          | 28        |
| 3.4. Extracción de datos.....                              | 29        |
| 3.5. Selección de los estudios.....                        | 29        |
| 3.7. Consideraciones éticas.....                           | 37        |

|  |           |
|--|-----------|
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....        | <b>38</b> |
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES ..... | <b>63</b> |
| 5.1. Conclusiones.....                           | 63        |
| 5.2. Recomendaciones. ....                       | 63        |
| BIBLIOGRAFÍA .....                               | <b>65</b> |

### **ÍNDICE DE TABLAS**

|               |    |
|---------------|----|
| Tabla 1. .... | 29 |
| Tabla 2. .... | 29 |
| Tabla 3 ..... | 31 |
| Tabla 4 ..... | 33 |
| Tabla 5 ..... | 39 |
| Tabla 6. .... | 52 |

### **ÍNDICE DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 ..... | 30 |
|---|----|

## RESUMEN

La familia constituye una parte fundamental en la vida todo individuo, suele mantener influencia y acompañamiento en todas sus etapas, además de ofrecer ayuda y apoyo en procesos de cambios y crisis como enfermedades, en este sentido la forma en que la familia aborda y se involucra con el problema impacta en el desarrollo de este. El objetivo de la presente investigación es analizar el rol de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes, para esto se desarrolló una revisión bibliográfica de tipo bibliográfica y nivel descriptivo, para la búsqueda de información se emplearon operadores booleanos combinados con palabras claves en inglés y español. Para la organización y clasificación de los artículos de manera estructurada se empleó el diagrama de flujo PRISMA, además se aplicaron criterios de inclusión con técnicas de revisión bibliográfica y revisión de la calidad metodológica como el Formulario de Revisión Crítica para Estudios Cuantitativos (CRF-QS por sus siglas en inglés), como resultado se obtuvieron 23 artículos científicos de los últimos 10 años de diferentes bases de datos de alto impacto: Pubmed; Web of Science; Scopus; y, ProQuest. Los resultados indican que un entorno familiar funcional favorece una mejor respuesta al tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Del mismo modo, se determinó que la efectividad del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes dependerá de varios factores, entre ellos la intervención familiar, el contexto donde se lleve a cabo y la duración del tratamiento. En conclusión, la familia juega un papel determinante en el tratamiento de los TCA en adolescentes, facilitando o dificultando el proceso, por ello las intervenciones deben incorporar un enfoque que no solo se centre en el individuo, sino que también considere aspectos familiares.

**Palabras claves:** familia, trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, tratamiento, family, eating disorders, treatment, adolescent.

## ABSTRACT

Every individual's existence is significantly influenced by their family, often providing continuous support and influence throughout different stages of life. In times of change or crisis, such as illness, how a family responds and engages can significantly impact the course of the problem. This study aims to analyze the role of the family in the treatment of eating disorders in adolescents. A descriptive literature review was conducted using Boolean operators and keywords in both English and Spanish to retrieve relevant sources. To organize and structure the selection process, the PRISMA flow diagram was applied, and inclusion criteria were implemented. The methodological quality of the selected studies was assessed using the Critical Review Form for Quantitative Studies (CRF-QS) as a result, a total of 23 scientific articles published within the last ten years were selected from high-impact databases such as PubMed, Web of Science, Scopus, and ProQuest. The findings indicate that a functional family environment contributes to a more favorable response to the treatment of eating disorders in adolescents. Moreover, the effectiveness of the treatment depends on several factors, including family involvement, the treatment context, and its duration. In conclusion, the family plays a decisive role in the treatment of eating disorders in adolescents, either facilitating or hindering the process. Therefore, interventions should employ a comprehensive approach that examines the individual and family dynamics in addition to the individual.

**Keywords:** family, eating disorders, treatment, adolescent.



Reviewed by:  
Mg. Javier Andrés Saltos Chacán  
**ENGLISH TEACHER**  
c.c. 0202481438

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La familia constituye el núcleo principal donde se desarrolla el ser humano a lo largo de su vida, es su primer contacto social y a su vez un ente fundamental para la educación, vivienda y salud, dicho contacto no es estático, sino que evoluciona continuamente en función del contexto y las circunstancias personales, por ejemplo, las interacciones con los padres, hermanos y otros miembros cercanos son indispensables, pues en base a esas relaciones se originan rasgos de personalidad, autoestima y patrones de comportamiento. Cuando estas relaciones familiares son disfuncionales, es inevitable que el individuo se vea afectado, debido al impacto negativo que dichas dinámicas pueden ejercer en su desarrollo (Avalos y Samada, 2020).

Adicionalmente, se ha descrito que el tipo de dinámica familiar indudablemente afecta al desarrollo del adolescente, especialmente si existen una protección excesiva, expectativas elevadas, rigidez, conflictos frecuentes e involucrar al hijo en desacuerdos entre los padres. En general, se trata de un estilo de relación en el que no se respetan los límites individuales, lo que dificulta que los miembros de la familia desarrollen un sentido de autonomía (Serra, 2015).

Asimismo, la familia contribuye en los hábitos alimenticios saludables desde la primera infancia, tomando en cuenta que la alimentación es fundamental en la vida diaria de las personas para un bienestar físico y emocional. Sin embargo, cuando no presentan hábitos alimenticios saludables, puede generar problemas físicos como: desnutrición; disminución de la masa muscular; enfermedades dentales; obesidad; problemas cardiovasculares; complicaciones musco-esqueléticas; deterioro del sistema inmune, así como alteraciones psicológicas como: humor depresivo; retraimiento social; problemas de autoestima; ansiedad; e incluso patologías más graves (anorexia, bulimia o trastorno por atracón, etc.) (Berny et al., 2020).

En tal sentido existen, características de la familia que se asocia con el apareamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como: un rol inadecuado de los padres en el cuidado de sus hijos; dificultades en la relación conyugal; incapacidad para hacer frente a los problemas; falta de orientación en actividades recreativas; y, escaso apoyo emocional. Por lo que, la dinámica familiar influye en la gravedad de los síntomas (baja autoestima, preocupación excesiva por el peso y la dieta, normalización de conductas de riesgo), el curso y el pronóstico (Sainos-López et al., 2015).

Por otro lado, la adolescencia es una etapa de transición vulnerable, donde se presentan cambios en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial (Lorán y Sánchez, 2013), que va acompañada de una inmadurez del cerebro adolescente, en consecuencia uno de los riesgos más relevantes en este período son los TCA, debido al incremento normal de grasa corporal durante la transición de la pubertad a la adolescencia que puede alterar la percepción e imagen corporal, lo que desencadena preocupación excesiva por el control del peso y la

aparición física esto puede conllevar a la aparición de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, dos trastornos que implican patrones anormales de consumo de alimentos (Papalia et al., 2017).

Adicionalmente, estos trastornos crónicos se presentan en todo el mundo, sobre todo entre adolescentes y mujeres jóvenes, son el resultado de circunstancias como: ideal social de delgadez; factores biológicos - genéticos - familiares; y, experiencias de la vida cotidiana (Papalia et al., 2017), es importante entender que además de generar pensamientos negativos sobre la comida y la imagen corporal, pueden derivar en complicaciones físicas y psicológicas, afectando significativamente la calidad de vida de la persona al presentarse junto a otras patologías como: la ansiedad; la fobia social; el consumo de sustancias o el trastorno obsesivo-compulsivo y en casos más graves la muerte (Arija-Val et al., 2022).

Por consiguiente, existe una prevalencia del 13% de adolescente que presentan TCA, presentándose un mayor riesgo de peligro entre los 14 y 18 años, lo que puede deberse a la combinación de dos factores: primero, el cambio físico propio de esta etapa, principalmente el aumento de la grasa corporal, lo que incrementa la inseguridad por su peso; segundo, los comentarios de familiares y amigos, especialmente donde se critique la cara y el torso de la persona. (Fuentes et al., 2020), si esta enfermedad no se trata adecuadamente puede conducir a varias complicaciones que van más allá del trastorno mental, debido a que las conductas asociadas a esta alteración provocan problemas gastrointestinales, endócrinos, disfunción renal, en definitiva, grandes costos familiares y personales, además, independientemente del subtipo de TCA si la persona lo padece por un período prolongado de tiempo tendrá altos niveles de resistencia a los tratamientos tanto médicos como psicológicos. De ahí que, la tasa de mortalidad debido a problemas médicos, así como el suicidio asociado en este tipo de pacientes sea del 5,86% (Sepúlveda et al., 2020).

A nivel regional, las cifras sobre TCA no son nada alentadoras pues en América Latina muestran un aumento preocupante, por ejemplo, en Colombia el 17.7% de las adolescentes sufre de trastornos alimenticios. En Argentina, la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA) informó que, de 90,000 adolescentes encuestados, 1 de cada 10 padece algún trastorno alimentario, lo que es tres veces mayor que la tasa en los Estados Unidos. En lo se refiere a Ecuador, no existe una prevalencia significativa en lo referente a estadísticas oficiales suministradas por la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud, desde la fuente del INEC, sin embargo, existe una proyección de las cifras de acuerdo con organismos internacionales, se presentan de la siguiente manera: en Ecuador, la población de adolescentes y adultos jóvenes es de 4,461,867 personas y de este grupo, según datos de la OMS en lo que respecta población ecuatoriana, el 1% (44,619 personas) padece anorexia nerviosa (AN) y el 4.1% (182,937 personas) bulimia nerviosa (BN). Los egresos hospitalarios registraron 7 casos en 2008, de los cuales 5 fueron de AN, 1 de BN y 1 de bulimia-anorexia nerviosa atípica (BNA); para 2010 hubo 7 casos, de los cuales 5 fueron de AN, 1 de BN y 1 de BNA. Durante 2012 se reportaron 14 casos, 12 de AN y 2 de BN. Para 2013 los casos ascendieron a 629, de los

cuales 307 fueron de AN, 237 de BN, 47 de anorexia-bulimia nerviosa (ANA) y 38 de BNA (Ministerio de Salud Pública, 2016).

La intervención familiar es el enfoque principal en el tratamiento de los trastornos alimenticios, especialmente en adolescentes, debido a su alta efectividad, los padres desempeñan un papel fundamental como agentes activos en el cuidado de su hijo, ayudándolo a reeducar sus hábitos y proporcionando herramientas para la prevenir conductas problemáticas como las purgas y los atracones. En el tratamiento es necesario la familia recupere sus habilidades, aprenda a identificar y manejar la sintomatología del trastorno y que se convierta en un agente de cambio y apoyo. Además, debe fomentar un ambiente de comunicación saludable, evitando acusaciones o críticas, y promover la esperanza, la confianza y la empatía a lo largo del proceso terapéutico (Losada y Bidau, 2017).

Por consiguiente, estos trastornos requieren de especial atención debido a sus múltiples complicaciones, por esto se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones que buscan brindar a la familia de un papel protagónico, esto se puede entender debido a que el paciente no estará siempre en un ambiente controlado y con las facilidades propias de un establecimiento de salud, sino que pasará la mayor parte del tiempo en un entorno familiar, de ahí la importancia de involucrar a los miembros de la familia en este proceso, algunas de este tipo de intervenciones son: el Tratamiento basado en la familia para adolescentes (FBT) y la Terapia familiar basada en el apego (ABFT) (Tello, 2023).

Por lo tanto, la importancia del presente proyecto de investigación radica que los trastornos de la conducta alimentaria afectan en gran medida a la población adolescente la cual se encuentra en una etapa vulnerable propia del desarrollo humano, en consecuencia, desarrollar un trastornos alimenticio afectará gravemente su estilo de vida deteriorando su salud de forma permanente, debido a consecuencias médicas y psicológicas que en última instancia pueden producir la muerte, ya sea por complicaciones de salud o por suicidio; si tenemos en cuenta que entre las causas potenciales de aparición y mantenimiento de la psicopatología estén las críticas de amigos e incluso familiares, la familia se trasforma en un factor que va a cumplir un papel fundamental durante todo el proceso por el cual pase el paciente desde el diagnóstico hasta el tratamiento, y posterior seguimiento, en este sentido, surge la necesidad de explorar cómo la familia participa en el tratamiento de un adolescente.

Por ello, el presente trabajo de investigación puede aportar a quienes padecen de algún trastorno de conducta alimentaria y sus familiares, que requieran información sobre el papel de la familia en el tratamiento de este tipo de trastornos; así como a profesionales de la salud mental que requieran información fiable para la propuesta de planes de intervención en la población adolescente

Para alcanzar estos resultados se cuenta con los recursos tecnológicos necesarios, además la Universidad Nacional de Chimborazo provee de buscadores bibliográficos con información confiable y de calidad, si a esto se suma los buscadores externos a la institución se cuenta con una sólida base bibliográfica, que permitirá realizar una búsqueda responsable

de diferentes estudios que contribuyan al producto final del trabajo de titulación, dicho proyecto para su desarrollo cuenta con investigadores, docentes, plataformas digitales, libros, artículos científicos, tesis, revistas especializadas relacionados con la temática y el acceso a la biblioteca institucional física y digital.

A partir de la problemática presentada anteriormente, se ha formulado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la intervención de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes?

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1. General**

- Analizar la intervención de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes

### **1.1.2. Específicos**

- Describir los factores familiares que intervienen en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.
- Identificar la efectividad de los tratamientos con intervención familiar en los trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes.

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Un estudio realizado en España titulado “Dinámica familiar y vínculo parental en pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria”, cuyo objetivo fue explorar y examinar la dinámica familiar de quienes padecen un TCA, así como las semejanzas y diferencias en el funcionamiento familiar entre los diversos tipos de TCA, mediante un estudio correlacional, que contó con una muestra de 60 participantes: 30 para el grupo clínico y 30 para el grupo de control, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: el *Parental Bonding Instrument* (PBI), que mide el tipo de vínculo parental, y el *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III* (FACES III), que evalúa la percepción del hijo respecto a la dinámica familiar. Los resultados determinaron diferencias significativas en el vínculo parental en ambos grupos, la escala de cuidados es más baja en las madres del grupo clínico, en comparación con las madres del grupo de control de los pacientes con TCA. En cuanto a la dinámica familiar percibida entre ambos grupos no existen diferencias significativas, además, se identificaron problemas de vinculación y funcionamiento familiar en todos los subgrupos de TCA, en consecuencia, se enfatiza la importancia de realizar intervenciones individuales, grupales y familiares para abordar las dificultades previamente señaladas (López et al, 2014).

Por otro lado, una investigación realizada en Colombia titulada “Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá)” con el objetivo de establecer si existe relación entre el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria (TCA) y el género y la estructura y funcionalidad de la familia, para esto se realizó un estudio cuantitativo, con una muestra por conveniencia de 3217 adolescentes (1603 hombres y 1614 mujeres) que al momento del estudio se encontraban cursando de sexto a decimo primer curso en cuatro colegios de la localidad, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: encuesta sociodemográfica, Test de APGAR familiar para determinar la estructura y funcionalidad familiar, y el Test de Scoff para identificar la presencia de TCA. Los resultados del estudio determinaron que disfunción familiar es directamente proporcional al desarrollo de TCA, en particular se destacan la falta de cohesión y la poca tolerancia al conflicto, adicionalmente se describe como factor clave el exceso de control por parte de los padres (González, et al, 2017).

Por otra parte, en una investigación realizada en el Hospital de Especialidades de Portoviejo, titulada "Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria en adolescentes", con el objetivo de analizar la relación entre la sintomatología de adolescentes con trastornos alimentarios y el tipo de funcionamiento familiar que presentan. Para ello, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, utilizando una muestra por conveniencia de 15 adolescentes, 13 eran mujeres (8 con anorexia nerviosa y 5 con bulimia nerviosa) y 2 eran hombres (1 con anorexia nerviosa y 1 con bulimia nerviosa). Se aplicaron el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2), la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Los resultados revelaron que las familias de

adolescentes con trastornos alimentarios presentan un funcionamiento severamente disfuncional, problemas de cohesión, armonía y comunicación, estas familias enfrentan dificultades de manera ineficiente debido a que carecen de recursos necesarios para manejar conflictos y sin resiliencia, experimentan desequilibrios que afecten la salud de sus miembros y su funcionamiento como sistema. Las dinámicas disfuncionales agravan los trastornos, dificultando el manejo del estrés y la capacidad de mantener la cohesión familiar (Avalos y Samada, 2020).

Mientras, que en la Unidad Educativa Fiscal Sucre del Cantón 24 de mayo, ubicada en la provincia de Manabí, realizó un análisis sobre la “Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia”. El objetivo fue investigar la relación entre la obesidad en adolescentes y los factores conductuales, así como las actividades diarias que influyen en sus hábitos alimenticios. La población estudiada consistió en 25 adolescentes, de entre los 15 y 19 años. Para ello, se realizó un estudio cualitativo, basado en una encuesta compuesta por 6 preguntas abiertas en el cual se analizó la relación de sus hábitos de alimentación con las actividades diarias familiares y personales. Los resultados indican que el entorno familiar juega un papel crucial en el desarrollo de trastornos alimentarios, la falta de cohesión familiar, habilidades de afrontamiento inadecuadas y la escasa expresión emocional contribuyen a su aparición, se destaca que la falta de atención, especialmente en mujeres, está relacionada con la aparición de trastornos alimentarios, finalmente, se concluye que no existe un único patrón de comportamiento familiar, pues también intervienen factores externos (Chóez y Tejada, 2021).

## **2.2 Familia**

### **2.2.1 Definición**

La familia es una unidad interna compuesta por dos o más miembros, es un grupo social abierto y activo, desarrollado por medio de vínculos sanguíneos y de afinidad, reunidos en un mismo entorno que responde a las necesidades básicas biológicas y psicológicas de las personas que permiten la supervivencia en el mundo (Oliva y Villa, 2014).

En este sentido, es el principal entorno para el adolescente desde el nacimiento hasta su muerte, en donde se desarrolla y potencia habilidades, capacidades, hábitos, y valores los cuales se emplearán a lo largo de su vida. Además, es un núcleo donde todo lo aprendido de los padres y demás miembros permite mejorar las capacidades de interacción social, desarrollar y fortalecer la personalidad (Avalos y Samada, 2020).

Además, es un grupo social que contribuye en la formación integral de cada uno de sus miembros, estructurando confianza, comunicación, amor, salud, valores, conducta y autoestima que durarán por el resto de la vida, todo esto permite a la persona construir su propia identidad y desarrollar habilidades útiles para varios ámbitos de su vida (Díaz et al., 2020).

Asimismo, es una red de apoyo que permite a sus miembros desarrollarse de forma adecuada para formar parte de la familia y la sociedad, que a su vez es un soporte económico, social y cultural, la importancia de la familia es debido a que promueve el primer medio de comunicación, de educación y de socialización, para lo cual es necesario un ambiente familiar sano; armónico; empático; sin olvidar que el ser humano debe criarse en un ambiente donde existan normas, creencias y tradiciones para tener un buen desarrollo individual y social (Suárez y Vélez, 2018)..

### ***2.2.2 Dinámica familiar en adolescentes con TCA***

La estructura familiar, se basa en los patrones de interacción que se generan entre los integrantes que la conforman (Pinto y Aramayo, 2010). Por otra parte, la dinámica familiar integra una diversidad de experiencias, prácticas y vivencias que están influenciadas por aspectos como: roles, autoridad, gestión del tiempo libre, vínculos afectivos, normas – límites; y, la comunicación entre sus miembros (Demarchi et al., 2015).

El funcionamiento familiar juega un papel crucial en la vida de los adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria, se ha observado que un tercio de los pacientes con estas patologías experimentan familias problemáticas como un factor causante. Entre las principales dificultades se encuentran la falta de comunicación, el exceso de control, las tensiones frecuentes y el maltrato psicológico. Las características específicas de la dinámica familiar varían según el tipo de TCA, en la anorexia nerviosa es común encontrar un entorno conflicto con una baja expresión emocional, en la bulimia nerviosa predominan familias desorganizadas con altos niveles de hostilidad, mientras en el trastorno por atracón existe poca cohesión familiar y una estructura rígida, mientras que en la obesidad la dinámica se caracteriza por sobreprotección y la falta de sensibilidad hacia las emociones (López et al., 2014).

En cuanto, a la dinámica familiar surgen vínculos afectivos que tienen la capacidad de complementar y establecer lazos equilibrados, basados en el grado de cercanía entre los miembros de la familia (Viveros y Arias, 2006). Por otro lado, estos vínculos pueden manifestarse de diversas maneras, como: **el rechazo**, que representa una forma de afecto expresada a través de la exclusión; **el abandono** o el uso de castigos severos, en contraste encontramos **a la sobreprotección** que implica un contacto excesivo, que lleva a realizar acciones que los hijos podrían realizar por sí mismos, restringe así su autonomía según su etapa de desarrollo, por lo que se debe tomar en cuenta a los entornos protectores dentro de la familia, pues estos favorecen una mayor capacidad de adaptación a diversas situaciones del entorno, impidiendo la aparición de trastornos del comportamiento en alguno de sus miembros más vulnerables (Agudelo, 2008).

Por otro lado, es indispensable implementar roles también llamados papeles o tareas, que se desempeñan de forma individual, así como los estatus que se construye de manera colectiva, con la finalidad de mejorar la dinámica. En este sentido, tanto los roles como el estatus son esenciales en el ámbito familiar, porque la forma en que se comprendan

interiorice y practiquen en el núcleo familiar influirá directamente en el entorno social, es decir, que los roles, tareas y funciones que inicialmente se limitan al hogar, con el tiempo deben expandirse los círculos sociales, donde se transforman y adaptan a los nuevos contextos (Viveros, 2010).

Por ello es importante la existencia de una autoridad jerárquica, que es el poder legítimo dentro de la familia, para ejercer diferentes formas de comunicación asertiva y de autoridad (Di Marco, 2005). Por su parte García et al. (2018) identifican diferentes tipos de autoridad el autoritarismo caracterizado por un alto control y vigilancia parental con una pobre expresión afectiva; la permisividad, que mantiene marcadas y fuertes expresiones de afecto, pero con un pobre control y supervisión parental. En contraste, el modelo de autoridad democrático presenta una visión que promueve claras expresiones de afecto acompañadas de control parental adecuado, esta jerarquía bien estructurada y segura permite establecer normas sobre la alimentación y el autocuidado empleando límites saludables sin ser demasiado restrictivos ni tampoco permisivos dentro del entorno familiar.

En consecuencia, los límites pueden ser claros, difusos, aglutinados o desligados, los límites son claros cuando permiten distinguir claramente los roles y funciones de cada miembro de la familia donde se pueda regular sus emociones, emplear comunicación asertiva y promover hábitos saludables en la alimentación; son difusos cuando la familia no practica la comunicación abierta y la escucha, lo que impide establecer límites, son desligados cuando existe indiferencia y poco deseo de protección entre los miembros, lo que fomenta la independencia y una falta de apoyo mutuo, los límites aglutinados ocurren cuando los miembros de la familia han establecido pocos parámetros de diferenciación entre sí, este tipo de dinámicas disfuncionales donde no existe apoyo en el hogar favorecen a la aparición de hábitos alimenticios desorganizados y perjudiciales que no son percibidos por nadie a tiempo, lo que provoca consecuencias irreversibles en la salud física y psicológica (Viveros y Arias, 2006).

Finalmente, Viveros y Arias (2006) mencionan que la comunicación se puede subdividir en dos tipos, por un lado, la comunicación funcional facilita un acercamiento directo entre los miembros de la familia, permite que expresen sentimientos, emociones y pensamientos con la seguridad de ser escuchados activamente e interpretados, algo clave para adolescentes con TCA que necesitan sentirse apoyados y comprendidos dentro de su entorno familiar, disminuyendo sus resistencias. Por otro lado, la comunicación disfuncional impide un acercamiento asertivo entre los miembros de la familia, bloquea la posibilidad de establecer relaciones simétricas y complementarias, este tipo de comunicación hace que los mecanismos internos de interacción familiar con el entorno se vuelvan rígidos, lo que genera estrés en las relaciones, en consecuencia, la capacidad para superar obstáculos de manera eficaz se ve reducida, volviéndose más lenta e insuficiente, esto puede hacer que los adolescentes recurran a su trastorno alimenticio como la única forma en que puedan manejar sus emociones.

### ***2.2.3. Vínculos entre miembros de la familia***

Las relaciones dentro del núcleo familiar tienen un papel clave en la formación social e individual de cada persona. De acuerdo con Fuentes et al. (2020) estos vínculos familiares también inciden en el apareamiento y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria como se describe a continuación:

**Relación Madre-Hijo.** Es uno de los más influyentes, debido a que la madre suele ser la principal transmisora de hábitos alimentarios, su percepción sobre el peso y apariencia de su hijo puede influir en su conducta alimentaria y en su autopercepción, además suelen ser las madres quienes, generalmente, otorgan mayor importancia a la imagen física de sus hijos. Adicionalmente aquellas madres que han padecido o padecen un trastorno de la conducta alimentaria tienden a ejercer un control excesivo sobre la alimentación de sus hijos, fomentando el uso de dietas, valorando la delgadez y emitiendo críticas frecuentes sobre el cuerpo de sus hijos, lo que puede generar inseguridades y complejos.

**Relación Padre-Hija.** Se caracteriza a menudo por un alto nivel de exigencia y perfeccionismo, que se muestra a través de expectativas elevadas, frustración y falta de comprensión sobre lo que atraviesa el adolescente estos aspectos pueden generar tensión en la relación, en consecuencia, los padres suelen tardar más en detectar un posible TCA a diferencia de las madres. Por otra parte, la falta de expresiones afectivas entre padre e hijos ocasiona que el adolescente no tenga certeza sobre los pensamientos o sentimientos de su padre, en consecuencia, pacientes con TCA suelen expresar no sentirse queridos por sus padres, lo que influye significativamente en su percepción corporal y en su relación con la comida.

**Relación entre Hermanos** La relación entre hermanos presenta menor cohesión en comparación con la que se mantiene con otros miembros de la familia, la comunicación entre suele ser limitada y conflictiva, aunque, la relación con ellos es más fluida que con los padres. En este sentido, cuando los hermanos muestran preocupación excesiva por su peso o siguen dietas frecuentes pueden influir en el desarrollo del TCA, al transmitir sus propias preocupaciones, por otra parte las hermanas mayores tienden a ofrecer un mayor apoyo a sus hermanos menores con TCA, mientras que los hermanos varones, al igual que los padres, suelen tener más dificultades para comprender el problema.

## **2.3. Trastornos De La Conducta Alimenticia**

### ***2.3.1. Definición***

Los trastornos de conducta alimentaria son alteraciones frecuentes en los hábitos de alimentación o comportamiento relacionado con la ingesta de comida, que afectan negativamente la salud física, el bienestar social y el psicológico provocan un gran impacto en la vida diaria de la persona y en las relaciones interpersonales debido a que estos trastornos están acompañados de una preocupación constante por la imagen corporal y el miedo intenso a ganar peso (González-Quñones et al, 2023).

Son un grupo de patologías mentales caracterizadas por una alteración en la ingesta de alimentos, la adopción de conductas extremas para el control del peso y una preocupación excesiva por la imagen corporal, estas patologías tienen un origen multicausal, incluyendo factores fisiológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. En particular, los factores socioculturales desempeñan un papel clave en la insatisfacción corporal y la búsqueda de la delgadez, como resultado, los TCA generan tanto alteraciones físicas como deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial (Vargas, 2013), además incluyen alteraciones severas en la alimentación donde se destacan la restricción de la ingesta de comida, episodios de atracones, dietas y una preocupación excesiva por el peso, estas condiciones afectan la percepción que la persona tiene de sí misma y alteran su estilo de vida, llevándola a adoptar prácticas que ponen en riesgo su salud física y mental, los trastornos de la conducta alimentaria más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, aunque también existen otros, como el trastorno por atracón (Ortiz et al, 2017).

Son enfermedades biopsicológicas graves con un alto riesgo de mortalidad, causados por factores culturales que influyen en su percepción, diagnóstico y tratamiento, muchas veces la sociedad minimiza su gravedad, las mujeres jóvenes son el grupo más afectado por esta enfermedad, por lo cual, un diagnóstico temprano y un abordaje multidisciplinario son esenciales en el tratamiento, intervención en la cual la participación de la familia juega un papel clave para la recuperación de la persona (Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer, 2019).

### **2.3.2. Etiología**

A continuación, se profundiza los factores propuestos por Gaete y López (2020):

**Factores biológicos.** Se incluyen aspectos genéticos, fisiológicos y neurobiológicos, se evidencia una fuerte influencia genética en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, aunque aún no se han identificado las variantes genéticas específicas, por otra parte, la pubertad y la malnutrición por exceso son ejemplos de factores fisiológicos vinculados al desarrollo de los TCA, además, la desregulación de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, junto con alteraciones en los circuitos neurales relacionados con la recompensa y el autocontrol, son algunos factores neurobiológicos relevantes. Finalmente, en los últimos años, se ha explorado el papel del microbiota intestinal en la etiopatogenia y evolución de los TCA, al alterar factores como el metabolismo, el peso, la adiposidad y ciertos síntomas psicológicos, como la ansiedad.

**Factores psicológicos.** Se han identificado múltiples factores que predicen el inicio y la persistencia de los TCA, se incluyen características temperamentales y de personalidad, así como factores cognitivos, conductuales y emocionales como: perfeccionismo, reacción impulsiva ante el estrés, la baja autoestima, afecto negativo (depresión, ansiedad o culpa), dificultades en las relaciones interpersonales, insatisfacción corporal y preocupación excesiva por la alimentación, el peso y la apariencia física.

**Factores conductuales.** Se destacan ciertas conductas alimentarias que se asocian al riesgo de desarrollar un TCA, como ejercicio excesivo o hacer dieta como factor relevante y precipitante, en especial si se trata de dietas severas.

**Factores sociofamiliares.** Estos pueden ser tanto proximales como distales y desempeñan un papel significativo en el inicio y la perpetuación de los TCA, por un lado los factores proximales incluyen comentarios críticos de los padres sobre la apariencia o la alimentación, así como conflictos familiares no resueltos, por otra parte, los factores distales se encuentran experiencias de burlas (incluyendo aquellas relacionadas con el peso y la figura), la presión social para alcanzar el "ideal delgado", la internalización de este ideal y las expectativas culturales positivas asociadas a la delgadez, estas dinámicas son especialmente influyentes en mujeres adolescentes y jóvenes adultas en contextos occidentalizados.

### **2.3.3. Prevalencia**

A nivel global, según la investigación de Hoek (2016) las tasas de anorexia nerviosa (AN) oscilan entre el 0,1 % y el 1,05 %, las de bulimia nerviosa (BN) entre el 0,87 % y el 2,98 %, y las de trastorno por atracón (TA) entre el 3,32 % y el 4,45 %, este análisis se llevó a cabo sobre la prevalencia de estos trastornos en mujeres jóvenes de distintas regiones del mundo.

Por ejemplo, en España, la población de los siguientes datos incluye a adolescentes de ambos sexos, provenientes de diversas regiones del país, como Barcelona, Tarragona, Valencia, Navarra, Zaragoza, Valladolid, Madrid y Castilla-La Mancha, los resultados muestran que la prevalencia de los TCA es mayor en mujeres que en hombres, con cifras que oscilan entre el 3,4 % y el 6,4 % en mujeres y entre el 0,27 % y el 1,7 % en hombres. Por categorías, en las mujeres, la anorexia nerviosa afecta entre el 0,14 % y el 0,88 %, la bulimia nerviosa entre el 0,37 % y el 1,24 %, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados entre el 2,1 % y el 4,35 %, en los hombres, las tasas son más bajas: AN afecta entre el 0 % y el 0,11 %, BN entre el 0 % y el 0,36 %, y TANE entre el 0,17 % y el 1,59 % (Arija-Val et al, 2022).

En cuanto a la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de la región latinoamericana encontramos que en Chile se reportó una prevalencia del 0,3 % en el último año, en jóvenes de ambos sexos entre 12 y 18 años, basado en una muestra nacional representativa. Por otro lado, los estudios sobre el riesgo de padecer o desarrollar TCA en esta población han mostrado cifras significativas entre estudiantes escolarizados, con prevalencias que varían entre el 7,4 % y el 12 %, con porcentajes más elevados en mujeres, con rangos que van del 8,3 % al 23 % (Gaete y López, 2020).

En relación con Ecuador, los datos evidencian la existencia de un número significativo de ecuatorianos (1.638) asociados a casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), particularmente bulimia nerviosa (BN) y anorexia nerviosa (AN).

Asimismo, se observa un incremento en los casos reportados en estudios de campo a lo largo del tiempo, lo que indica una incidencia y prevalencia representativas con una tendencia al alza. En Ecuador, la prevalencia estimada de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos alcanza aproximadamente el 18,4 % por cada 100 personas en la población adolescente y adulta joven, durante el período comprendido entre 2008 y 2023 (Siguencia, 2024)

#### ***2.3.4. Tipos de trastornos de la conducta alimenticia***

**Anorexia nerviosa (AN).** El trastorno se caracteriza por un intenso miedo a ganar peso, acompañado de un deseo extremo de perderlo, lo que provoca una distorsión de la imagen corporal, por ello, el adolescente a pesar de tener un peso incluso debajo de lo recomendable se percibe como si tuviera sobrepeso, esta percepción errónea puede llevar a conductas de riesgo como el uso de laxantes, inducir el vómito o dietas estrictas, lo que puede desencadenar en alteraciones cognitivas más graves que llevan a que la persona mantenga conductas de riesgo las cuales pueden provocar osteoporosis, debilidad del sistema inmunológico, deficiencias nutricionales, arritmias o un paro cardíaco, suele presentarse principalmente en adolescentes del sexo femenino debido a que están atravesando una etapa marcada por estereotipos que asocian un cuerpo delgado con el ideal de belleza y felicidad (Berny et al., 2020).

La anorexia nerviosa se divide en la de tipo restrictiva donde la persona tiene prácticas para reducir su peso, y tipo purgatoria donde la persona tiene conductas compensatorias para la comida que ingirió (Fuentes et al., 2020).

**Bulimia Nerviosa (BN).** Este síndrome se caracteriza por episodios recurrentes de consumo excesivo de alimentos, acompañados de una preocupación extrema por el peso corporal, en consecuencia, se genera un patrón de atracones seguido de vómitos autoinducidos o el uso de laxantes, llega a compartir múltiples aspectos psicológicos con la anorexia nerviosa, incluyendo una obsesión por el peso y la forma del cuerpo, aunque se diferencia claramente por la repetición de vómitos, que pueden provocar desequilibrios electrolíticos y otras complicaciones físicas, se debe tener en cuenta que en muchos casos, aunque no siempre, existe un antecedente de anorexia nerviosa ocurrido hace meses o incluso años (OMS, 2016).

**Trastorno por atracón.** El trastorno por atracón se caracteriza por episodios de ingesta descontrolada de alimentos que ocurren una vez por semana en un periodo de al menos 3 meses. A diferencia de otros TCA, estos episodios no van seguidos de conductas para eliminar las calorías adquiridas como la purga de alimentos o el ejercicio excesivo (Berny et al., 2020).

Algunos indicadores para identificar este trastorno incluyen una sobreingesta recurrente acompañada de un cambio emocional, donde la persona presenta fuertes sentimientos de culpa, tristeza, disgusto y descontrol, está última es la característica principal

de los atracones, lo que provoca que la ingesta de alimentos sea mucho más rápida de lo habitual, con poca masticación, y en ocasiones se recurre a grandes cantidades de líquidos para facilitar la deglución hasta conseguir una sensación de satisfacción incomoda, el comportamiento está acompañado de la sensación de urgencia y desesperación (Castro y Ramírez, 2013).

Los episodios de atracones están relacionados principalmente con el afecto negativo, el aburrimiento, momentos estresantes y sentimientos negativos sobre la apariencia física, el peso o la comida, este trastorno no se encuentra asociado con la obesidad, debido a que puede presentarse en personas con peso normal, sobrepeso u obesidad, además, la mayoría de las personas con exceso de peso no experimentan atracones de manera recurrente (García, 2014).

### ***2.3.5. Factores familiares de riesgo***

Los factores de riesgo son aquellas características o situaciones que incrementan la posibilidad de una persona a padecer una enfermedad, en la familia existen muchos factores que producen o mantienen un trastorno alimenticio, por lo cual es pertinente analizar los factores de riesgo propuestos por Fuentes et al. (2020):

**Herencia.** La genética puede relacionarse con factores de la personalidad que contribuyen a la aparición de un TCA, donde las mujeres quienes presentan una mayor predisposición, durante la adolescencia esta predisposición genética origina preocupación del peso y de síntomas de trastornos alimenticios, pero no es un factor totalmente predecible porque la mayoría de las veces esta sintomatología es provocada por el entorno.

**La importancia de imagen física.** La familia desempeña un papel fundamental en la percepción de la imagen física del adolescente, los comentarios negativos de la familia sobre su apariencia pueden influir en su autoestima y autoconcepto, reforzando ideales estéticos poco realistas, además, la creencia de que la “delgadez” es sinónimo de aceptación suele ser impulsada dentro del entorno familiar, especialmente por madres, quienes suelen estar a cargo de la alimentación de sus hijos.

**Ambiente familiar inadecuado.** Probablemente si en el núcleo familiar un miembro adulto presenta un TCA, puede ser un antecedente con pronóstico desfavorable, generando conflicto o deficiencia de las capacidades de adaptación, expresividad y respuestas emocionales, es importante mencionar que a su vez afectan experiencias traumáticas como: el divorcio, discusiones, pérdidas familiares, lo que conlleva a acumular una gran carga emocional, generando estrés o ansiedad que puede afectar la ingesta de alimentos de manera descontrolada.

**Sobreprotección y negligencia.** Las conductas sobreprotectoras de los padres hacia sus hijos impiden alcanzar un nivel de autonomía suficiente para el afrontamiento, toma de decisiones, y resolución de problemas, en contraste, la falta de normas y reglas por parte de los padres en el uso de la tecnología, ejercicio físico, alimentación saludable incrementa el

riesgo de padecer esta patología, llegando a agravar la situación debido a que la familia no asume la responsabilidad de implementar y reforzar límites durante la etapa de la adolescencia, por miedo a generar conductas desadaptativas que perturben la aparente estabilidad familiar.

### ***2.3.6. Factores familiares protectores***

**Detección precoz.** Los tratamientos para los trastornos de la conducta alimentaria son largos y complejos por ello identificarlos de manera temprana puede generar un pronóstico más favorable para el paciente y su familia, por ellos los miembros del hogar no deben dejar pasar desapercibido cualquier síntoma de alerta, ni tener temor de abordar el tema abiertamente. (Avalos y Samada, 2020).

**Instauración de hábitos saludables.** Es esencial que, desde la infancia, el entorno familiar fomente hábitos alimentarios organizados y coherentes para todos sus miembros, pues si los adultos siguen patrones de alimentación restrictivos o desordenados, resulta difícil que niños y adolescentes adquieran hábitos saludables, lo que puede convertirse en un factor clave para la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria (Lorán y Sánchez, 2013).

**Buen estilo de crianza.** Las formas de crianza de los hijos tienen un grado de relación con la aparición de los TCA y afectaciones emociones, si es mayor el apoyo de los padres es menos probable la aparición de conductas alimenticias inadecuadas. de ahí que el estilo de calidez emocional caracterizado por las muestras de afecto, la confianza, el apoyo sin intrusismo, y el respeto del punto de vista y las opiniones del adolescente, sea el más adecuado para establecer un ambiente con comunicación asertiva, escucha activa y autoestima que, en consecuencia, aumenta la satisfacción con la imagen corporal y reducen la preocupación por el peso (Borda et al., 2019)

### ***2.3.7. Tratamiento***

El abordaje terapéutico para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) debe considerar la complejidad biopsicosocial de estas patologías, así como las particularidades de esta etapa del desarrollo. Por ello, el tratamiento ideal requiere la intervención de un equipo interdisciplinario especializado en las múltiples dimensiones de estos trastornos, este equipo debe incluir un médico especializado en desarrollo adolescente, un profesional en nutrición (nutricionista o nutriólogo), especialistas en salud mental (psiquiatra y psicólogo), y, en casos de hospitalización, enfermeras con experiencia en el manejo de TCA, todos los profesionales deben contar con formación específica en el tratamiento de TCA y en salud adolescente, adicionalmente los TCA suelen asociarse a complicaciones médicas y psiquiátricas, por lo que el tratamiento debe ofrecer diferentes niveles de atención, desde el manejo ambulatorio hasta la hospitalización parcial o completa. Aunque existen diversas opciones terapéuticas, el objetivo principal es alcanzar y mantener la salud física y psicológica del adolescente (López y Treasure, 2010).

En este sentido, al intervenir con familias en el tratamiento de un TCA, se debe evitar atribuirles culpa, las personas suelen hacer todo lo posible dentro de sus capacidades y del conocimiento limitado que poseen, el terapeuta debe adoptar una perspectiva amplia al observar las conductas familiares, reconociendo que estas pueden no ser las habituales, sino respuestas producidas por el estrés generado por el trastorno alimentario, este estrés puede llevar a que las capacidades de afrontamiento de la familia se encuentren al límite, por ello, las intervenciones actuales se enfocan en identificar y potenciar los recursos que posee la familia, en lugar de centrarse en sus conductas disfuncionales, un ejemplo de este enfoque es la terapia centrada en la emoción (EFFT), que busca trabajar con los padres para fortalecer sus habilidades de cuidado y ayudarles a reducir sentimientos de miedo y culpa (Hernangómez, 2018).

**Anorexia nerviosa (AN).** Se sugieren terapias de intervención familiar, en especial las que se encuentran basadas en el método Maudsley, pues se ha demostrado que este enfoque tiene altas tasas de recuperación a largo plazo y un bajo índice de recaídas, esto se puede explicar porque la base de este método radica en el rol fundamental de los padres en el proceso de recuperación de sus hijos, así como en la realimentación supervisada por un terapeuta familiar especializado, se lo realiza en modalidad ambulatoria intensiva de ahí que los padres desempeñen un papel activo y positivo, debido que a diferencia de enfoques que consideran a las familias como un factor problemático en el desarrollo de la anorexia, el método Maudsley las reconoce como un recurso clave para el éxito del tratamiento (Raich, 2017).

**Bulimia nerviosa (BN).** El tipo de terapia más recomendada por su eficacia es la terapia cognitivo-conductual (TCC), que puede aplicarse de manera individual o grupal, dependiendo de los recursos disponibles y las necesidades de cada paciente, en este enfoque terapéutico se busca identificar conductas problemáticas, como atracones, vómitos o ayunos, así como los pensamientos que las mantienen, por lo que, se emplea el registro escrito donde el paciente anota sus hábitos alimentarios, emociones y pensamientos relacionados a los mismos, a partir de este análisis se fomenta la adopción de conductas más saludables, como mantener una alimentación regular, para luego trabajar en la modificación de las creencias y pensamientos asociados al trastorno (TCA), en etapas más avanzadas del tratamiento, se enfoca en mejorar la autoestima y en desarrollar nuevas estrategias para afrontar problemas (Lorán y Sánchez, 2013).

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo bibliográfica, en esta se efectúa una búsqueda y revisión de información veraz para posterior realizar un análisis e interpretación de la información recolectada de diferentes bases científicas, revistas, libros y repositorios bibliográficos sobre la temática investigada, en este caso la familia en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes utilizando fuentes como: Scopus; Web of science; Proquest; o Pubmed, las cuales proporcionan datos que consolidaran el proyecto de investigación (Hernández et al, 2016).

### **3.2. Nivel de investigación**

La investigación es de nivel descriptivo, puesto que la finalidad es el de recopilar información para describir las variables, se definen las características más relevantes, se observan y detallan situaciones, contextos o fenómenos, la información se recopila de forma independiente y no especifica el tipo de relación entre las variables, en este caso a la familia, sus definiciones, tipos de familia, y la dinámica familiar en adolescentes con TCA; y por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria, su definición, etiología, prevalencia, factores familiares de riesgo, factores familiares protectores, tipos y su tratamiento (Hernández et al, 2016).

### **3.3. Estrategias de búsqueda**

La revisión de datos se realizó entre la cuarta semana de octubre del 2024 y la segunda semana de enero de 2025, dentro de este período se ejecutó una exhaustiva revisión bibliográfica en varios repositorios o bases de datos de alto impacto como: Scopus; Web of science; Proquest; y, Pubmed.

Para facilitar la búsqueda de información se utilizaron los operadores booleanos “AND” Y “OR”, acompañados de palabras claves que permitieron la delimitación del tema, las mismas fueron introducidas desde el inglés: "eating disorders" AND "family" AND "treatment" AND "adolescents" OR "adolescence" OR "teenagers", si bien la delimitación de la información se ajustó dependiendo de los recursos brindados por cada repositorio, entre los filtros que se mantuvieron en todos los datos se incluyen, el periodo de publicación (2014-2025); el idioma de los artículos utilizados (inglés y español), mientras que en el tipo de documento solo se aceptaron artículos científicos cuantitativos de libre acceso.

Se empleó el diagrama de flujo PRISMA para la organización y clasificación de los artículos de manera estructurada, esto permitió recopilar artículos fiables y de alta calidad, descartando aquellos que no cumplían los estándares metodológicos para su inclusión en el proceso de investigación.

### 3.4. Extracción de datos

Para garantizar la rigurosidad del proceso, dos investigadores trabajaron de manera independiente en cada etapa, dividiendo de forma equitativa la revisión por título y resumen, así como la evaluación de calidad metodológica, de existir discrepancias se resolvían mediante debate, llegando en todos los casos a un acuerdo sobre la exclusión o no de los registros en cuestión, este procedimiento asegura la inclusión de estudios relevantes y de alta calidad

Al finalizar la búsqueda dentro de las bases de datos de alto impacto: SCOPUS (n=362), Web Of Science (n=327), PubMed (n=205) y ProQuest (n=127) dando un total de (n=1027) artículos, antes de la revisión se eliminaron (n=262) registros duplicados. Posteriormente en la etapa de cribado, se revisaron los títulos, si estos no mostraban relación con las variables del objeto de estudio o si daban información contrapuesta a los criterios de selección se los excluía, en esta fase se identificaron (n=423) registros con estas características, por lo que fueron excluidos, pues no se relacionaron con el tema de esta investigación, los motivos se detallan a continuación: estudia los TCA y familia con otras variables (136), no analiza a la familia en el tratamiento de los TCA (198), no trabaja con la población que requiere el estudio (65), revisiones sistemáticas y con enfoque cualitativo (24).

En consecuencia (n=312) informes fueron evaluados para su elegibilidad mediante la lectura de cada uno de sus resúmenes; de estos (n=279) registros fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión o por no brindar información suficiente con la que se pueda determinar si son adecuados para su revisión, finalmente se realizó la evaluación de calidad metodológica de (n=33) mediante la Critical Review Form-Quantitative Studies (CRF-QS), excluyendo artículos con calidad “acceptable” e inferior resultando en (n=10) artículos descartados, después de este proceso se obtuvo los registros (n=23) aptos para continuar con la revisión como se detalla en la figura 1.

### 3.5. Selección de los estudios

Para la selección de los documentos científicos se utilizaron los siguientes criterios:

#### **Tabla 1.**

##### *Criterios de selección de los documentos científicos*

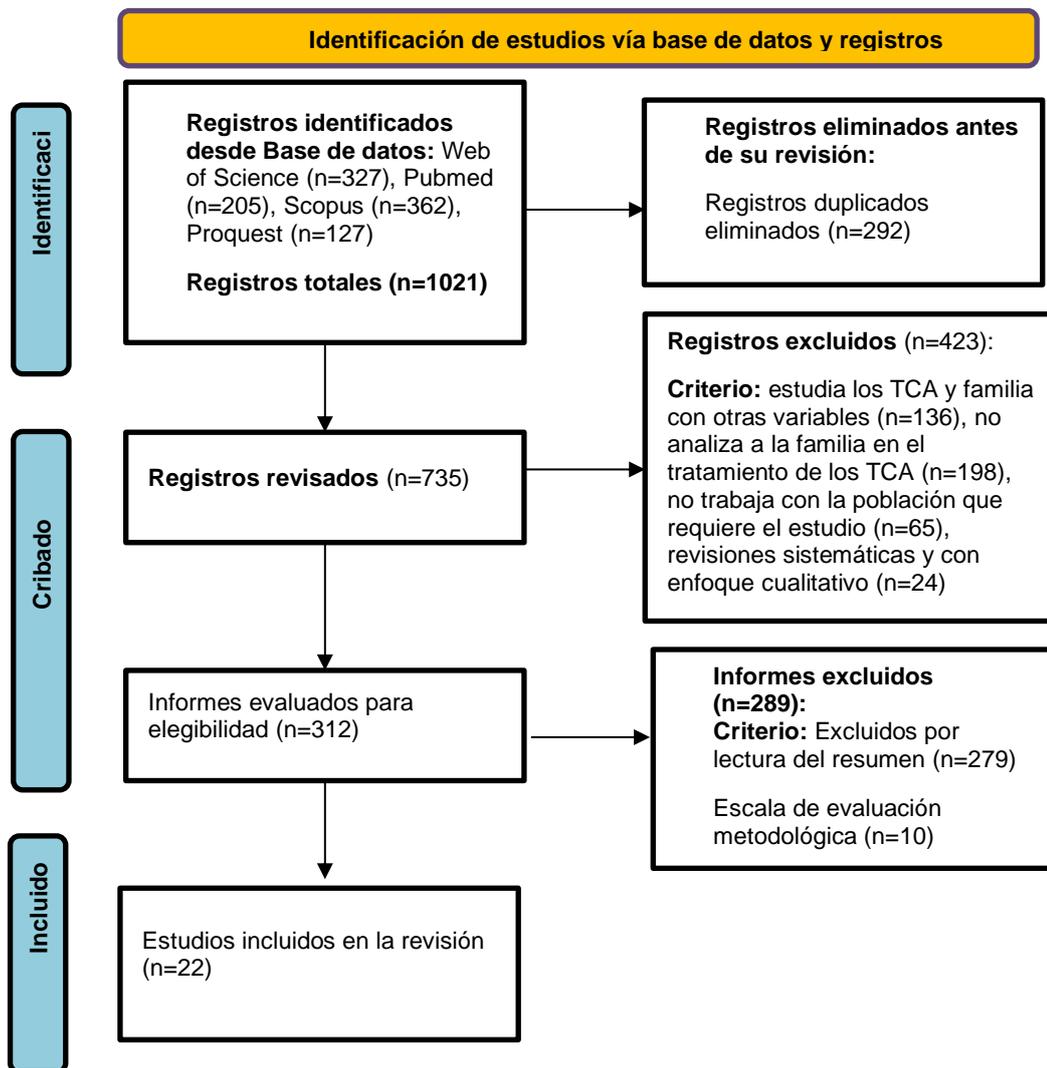
- 
- Documentos científicos divulgados entre los años 2014-2025.
  - Estudios cuantitativos
  - Idioma inglés y español
  - Base de indexación: Scopus, Web Of Science, ProQuest y PubMed.
  - Artículos de libre acceso
- 

#### **Tabla 2.**

##### *Criterios de exclusión de los documentos científicos*

- 
- Documentos científicos divulgados hace más de 10 años.
  - Estudios cualitativos
  - Documentos científicos con población diferente a la adolescente
  - Artículos de pago
  - Idioma portugués, francés e italiano
- 

**Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020**



### 3.6. Evaluación de la calidad

Para la evaluación de los artículos se ha seleccionado el Formulario de Revisión Crítica para Estudios Cuantitativos (CRF-QS por sus siglas en inglés) que consta de 19 ítems de calificación que se encargan de valorar la calidad metodológica otorgando una calificación de “1” si cumple el criterio y una calificación de “0” si no cumple.

**Tabla 3***Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica*

| <b>Criterios</b>                                   | <b>No ítems</b> | <b>Elementos a valorar</b>                                    |
|--|-----------------|---|
| Finalidad del estudio                              | 1               | Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables          |
| Literatura   | 2               | Relevante para el estudio                                     |
| Diseño   | 3               | Adecuación al tipo de estudio                                 |
|  | 4               | No presencia de sesgos  |
| Muestra  | 5               | Descripción de la muestra                                     |
|  | 6               | Justificación del tamaño de la muestra                        |
|  | 7               | Consentimiento informado                                      |
| Medición   | 8               | Validez de las medidas  |
|  | 9               | Fiabilidad de las medidas                                     |
| Intervención                                       | 10              | Descripción de la intervención                                |
|  | 11              | Evitar contaminación  |
|  | 12              | Evitar co-intervención  |
| Resultados   | 13              | Exposición estadística de los resultados                      |
|  | 14              | Método de análisis estadístico                                |
|  | 15              | Abandonos   |
| Conclusión e implicación clínica de los resultados | 16              | Importancia de los resultados para la clínica                 |
|  | 17              | Conclusiones coherentes                                       |
|  | 18              | Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos |
|  | 19              | Limitaciones del estudio                                      |

Fuente: Los criterios e ítems fueron redactados de acuerdo con lo planteado por Law et al. (1998)

Según Law et al., (1998) de la calidad metodológica se establece acorde a la siguiente valoración:

- Pobre calidad metodológica  $\leq 11$  criterios
- Aceptable calidad metodológica entre 12 y 13 criterios
- Buena calidad metodológica entre 14 y 15 criterios
- Muy buena calidad metodológica entre 16 y 17 criterios
- Excelente calidad metodológica  $\geq 18$  criterio

**Tabla 4***Evaluación de la calidad metodológica de los documentos científicos*

| N° | Título   | Puntuación CRF-QS |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Total | Categoría |               |
|----|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|-----------|---------------|
|    |  | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |       |           | 19            |
| 1  | Multifamily therapy for adolescent eating disorders: a study of the change in eating disorder symptoms from start of treatment to follow-up              | 1                 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1     | 17        | Muy buena     |
| 2  | Patterns of expressed emotion in adolescent eating disorders   | 1                 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1  | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1     | 14        | Buena calidad |
| 3  | How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa?                                   | 1                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1     | 18        | Excelente     |
| 4  | Predictors of caregiver burden before starting family-based treatment for adolescent anorexia nervosa and associations with weight gain during treatment | 1                 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1     | 16        | Muy buena     |
| 5  | Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa | 1                 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0     | 17        | Muy buena     |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |           |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| 6  | Parental feeding practices and the relationship with parents in female adolescents and young adults with eating disorders: A case control study     | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 17 | Muy buena |
| 7  | Parental Emotional Availability and Family Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa Subtypes  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | Excelente |
| 8  | Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa                  | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | Excelente |
| 9  | Un examen exploratorio de la autoeficacia de los pacientes y los padres como predictores del aumento de peso en adolescentes con anorexia nerviosa. | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena |
| 10 | Aumento de peso y autoeficacia parental en un programa de hospitalización parcial de base familiar  | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | Excelente |
| 11 | Integrating Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa:   | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 19 | Excelente |

| Preliminary Outcomes of an Open Pilot Trial |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |           |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|
| 12  | Change in expressed emotion and treatment outcome in adolescent anorexia nervosa  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | Excelente |
| 13  | A network analysis in adolescent anorexia nervosa exploring the connection between both patient and carer reactions and outcome.                            | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | Excelente |
| 14  | Parental autonomy-support and psychological control in eating disorder patients with and without binge-eating/purging behavior and non-suicidal self-injury | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | Muy buena |
| 15  | Predictive factors for outcome in adolescents with anorexia nervosa: To what extent does parental Expressed Emotion play a role?                            | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 | Buena     |
| 16  | Reimagining care: effectiveness of modifying an adolescent eating disorder intensive service  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 15 | Buena     |
| 17  | Caregiver and adolescent intuitive eating behavior:   | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | Excelente |



### **3.7. Consideraciones éticas**

En este estudio se tomaron en cuenta los principios éticos vinculados al manejo de información científica, incluyendo el respeto a la propiedad intelectual mediante la adecuada citación de las fuentes bibliográficas. Finalmente, toda la documentación recopilada se empleó exclusivamente para los propósitos específicos de la investigación.

## **CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes que responden a los objetivos específicos planteados inicialmente, en la tabla 4 se describe la influencia familiar en el tratamiento los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes, la tabla 5 determina la eficacia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

**Tabla 5**

*Factores familiares que intervienen en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.*

| No | Título/Autores/año  | Población o muestra  | Instrumentos de evaluación  | Proceso estadístico   | Resultados principales  |
|----|---|--|---|---|---|
| 1  | Patrones de expresión emocional en los trastornos alimentarios de los adolescentes (Rienecke et al., 2016). | Un total de 215 adolescentes (de 12 a 19 años) y sus familias para de las cuales 121 adolescentes tenían diagnóstico de anorexia nerviosa, 54 adolescentes con bulimia nerviosa y 40 adolescentes con trastorno depresivo mayor. | Entrevista clínica familiar estandarizada (SCFI)<br>Inventario de depresión de Beck (BDI) | Todas las calificaciones de emoción expresada (EE), se utilizaron pruebas de chi-cuadrado. Se utilizaron ANOVA univariados para comparar grupos en edad, índice de masa corporal (IMC) y BDI. Se utilizaron ANOVA multivariados para analizar los datos de EE. Se realizaron MANOVA para padres y madres. Las tasas de hostilidad no se incluyeron en los análisis. | Los padres tienden a hacer menos comentarios críticos (CC) hacia los pacientes con anorexia nerviosa, mientras que eran significativamente más críticos con aquellos que padecían bulimia nerviosa. En particular, las madres mostraban una mayor tendencia a criticar a los pacientes con bulimia.<br><br>En cuanto a la influencia del estado familiar, los padres de familias intactas expresaban más calidez y eran menos críticos en comparación con los de familias no intactas. Por su parte, las madres de familias intactas también eran menos críticas, pero realizaban menos comentarios positivos que aquellas de familias no intactas. Además, la presencia de hermanos parecía disminuir la expresión de calidez y la implicación emocional excesiva de las madres. |
| 2  | ¿Cómo afecta el funcionamiento familiar al resultado  | La muestra fue de 57 adolescentes mujeres que cumplieron con los   | Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)  | Se utilizaron análisis de regresión logística para evaluar la relación entre la   | El mayor deterioro percibido por los adolescentes en el funcionamiento familiar se relacionó positivamente con  |

|   |   |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|
|   | del tratamiento familiar para adolescentes con anorexia nerviosa grave? (Wallis et al., 2017).  | criterios DSM-IV para AN de menos de 3 años de duración. Las adolescentes tenían una edad media de 14,72 años.   | Dispositivo de Evaluación Familiar (FAD) Inventario de Apego entre Padres y Pares (IPPA-45)  | de línea de base y los cambios en el funcionamiento familiar utilizando todas las subescalas de FAD y la calidad del apego. El cambio en las subescalas de FAD y el apego se utilizaron como variables independientes y las puntuaciones iniciales como covariable. El cambio en el funcionamiento familiar y la calidad del apego se usaron modelos de medidas repetidas de efectos mixtos. | la comorbilidad psiquiátrica al inicio del tratamiento, mientras que un mejor funcionamiento familiar se relaciona con un nivel mayor autoestima y una mejor calidad del apego. Por otra parte, los adolescentes que informaron un mejor funcionamiento familiar general, comunicación y resolución de problemas tenían más probabilidades de remitir sus síntomas en la sesión 20, pero no en el seguimiento a los 12 meses.  |
| 3 | Predictores de la carga del cuidador antes de iniciar el tratamiento familiar para la anorexia nerviosa adolescente y asociaciones con el aumento de peso durante el tratamiento (Matthews et al., 2023). | Los participantes seleccionados fueron 114 adolescentes con AN o AN atípica (edad media = 15,6 años, DE = 1,4) y un cuidador principal (87,6% madres) que recibieron Terapia Basada en la Familia en los Estados Unidos. | Escala de Impacto de los Síntomas de los Trastornos Alimentarios (EDSIS) Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) Cuestionario de Salud del Paciente-8 (PHQ-8) Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (EDE-Q) | Las características clínicas y demográficas se describieron utilizando SPSS versión 27, Se realizaron pruebas de Fisher-Freeman-Hoffman, además de un análisis potencia utilizando G-Power 3.1   | Los familiares de pacientes con anorexia nerviosa (AN) que buscan un tratamiento basado en la familia (TBF) suelen experimentar niveles elevados de ansiedad y depresión. Además, los antecedentes familiares incluyen en el cuidado de un paciente con AN debido a que el haber experimentado un TCA en el entorno familiar produce creencias negativas asociadas a la enfermedad y aumentar la carga emocional.<br><br>La sobrecarga emocional y física que enfrenta la familia podría estar relacionada con el aumento de peso en los primeros meses de |

tratamiento. Esto se debe a que la recuperación del peso es vista como un factor determinante para la salvar la vida del adolescente. En este contexto, el tratamiento enfatiza la importancia del apoyo familiar, porque los padres adquieren un rol activo en la alimentación de su hijo que padece AN.

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 4 | Prácticas de alimentación parental y relación con los padres en adolescentes y adultas jóvenes con trastornos alimentarios: un estudio de casos y controles (Gruber et al., 2020). | Se evaluaron 21 adolescentes y adultas jóvenes con un trastorno alimentario (TA) bulimia o anorexia nerviosas y 22 mujeres sin trastorno alimentario, de edades entre 16 y 26 años. | Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2) Cuestionario de detección de representación parental (PRSQ) Cuestionario de Alimentación Infantil para adolescentes (CFQ-A) Junior Temperament and Character Inventory 12-18 R | Los datos se evaluaron utilizando IBM SPSS Statistics 24. La relación parental de las mujeres con TCA y HC se calculó con la prueba t para varianzas heterogéneas, el R2 de Nagelkerke se usó para la calidad de la clasificación, la relación entre "rechazo/negligencia" y "autoaceptación" se utilizando la correlación de Spearman, el análisis de mediadores se aplicó PROCESS 2.16.3. | La relación parental se relaciona en parte con la autoaceptación y la autorresponsabilidad en la alimentación de las adolescentes y mujeres jóvenes afectadas en los TCA. Los factores estresantes en la relación padre-hijo, la autorregulación, y el desarrollo de la personalidad deben ser abordados en el tratamiento de los TCA, en particular el asesoramiento nutricional para los padres podría ser útil en la adolescencia temprana. |
| 5 | Disponibilidad emocional de los padres y funcionamiento familiar en subtipos   | Un total de 60 pacientes adolescentes y sus padres (n = 120) fueron reclutados en dos centros italianos   | Disponibilidad emocional de los padres (LEAP) Inventario de Trastornos   | Se llevó a cabo una prueba para muestras independientes y dependientes con el fin de comparar las variables entre los grupos. Además, se utilizó  | No se revelaron diferencias entre los subtipos de anorexia nerviosa (AN), pero sí se observó una mayor percepción de disponibilidad emocional (EA) de la madre en  |

|   |  |   |   |  |   |
|---|--|---|---|--|---|
|   | de anorexia nerviosa en adolescentes (Criscuolo et al., 2023)  | especializados en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria. Los criterios de inclusión fueron: ser de sexo femenino, tener entre 12 y 18 años y contar con un diagnóstico de anorexia nerviosa según el DSM-5.   | Alimentarios (EDI-3)  | la prueba de correlación de Pearson para explorar las relaciones entre la educación alimentaria parental, el funcionamiento familiar, el IMC y las puntuaciones en diversas escalas del EDI-3.   | comparación con la del padre. Además, se encontró que el constructo de EA no estaba relacionado con los síntomas de los trastornos alimentarios, pero sí con un mejor funcionamiento familiar. Los resultados sugieren la importancia de considerar el compromiso emocional de los padres como parte central del tratamiento, junto con el manejo de la sintomatología alimentaria.   |
| 6 | Familia, amigos y sentimientos: el papel de las relaciones con los padres y los compañeros y la alexitimia en adolescentes con anorexia nerviosa (Lukas et al., 2022). | Participaron 75 adolescentes de sexo femenino, con edades entre 12 y 18 años, 35 pacientes con anorexia nerviosa (AN) en un Departamento Universitario de Psiquiatría, Psicopatología y Psicoterapia Infantil y Adolescente en Alemania. Por otro lado, un grupo de control de 40 adolescentes. | Inventario de Apoyo entre Padres y Pares (IPPA) Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) | Se llevaron a cabo análisis de varianza multivariados (MANOVA) para evaluar las diferencias entre grupos en la calidad de la relación con las madres, los padres y los pares. Se calcularon correlaciones de Pearson para examinar, dentro de cada grupo, las relaciones entre la calidad de la relación, la alexitimia y los síntomas de trastornos alimentarios. | Los adolescentes con anorexia nerviosa reportaron una menor calidad en sus relaciones con los padres y los compañeros en comparación con los adolescentes sanos. Los puntajes relacionados con la calidad de las relaciones mostraron una correlación negativa tanto con la alexitimia como con los síntomas del trastorno alimentario. Además, la alexitimia desempeñó un papel de mediación completa en la relación entre los síntomas del trastorno alimentario y la calidad de las relaciones con los padres. |

|   |  |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|
| 7 | Cambios en la expresión emocional y resultados del tratamiento en la anorexia nerviosa adolescente (Moskovich, et al., 2017)   | Se incluyeron 47 adolescentes que cumplían con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) para anorexia nerviosa (AN) o AN subumbral, junto con sus padres (madres: n = 47; padres: n = 39). Los adolescentes tenían entre 12 y 18 años, en su mayoría mujeres (89%). | Cuestionario familiar (FQ) Examen de Trastornos Alimentarios (EDE)  | Se realizaron regresiones jerárquicas para evaluar si los cambios en la emoción expresada, desde el inicio hasta el final del tratamiento predecían la sintomatología de anorexia nerviosa (AN) infantil al final del tratamiento. Se ejecutaron modelos separados para madres y padres para determinar si los efectos variaban entre ellos. También se realizaron regresiones logísticas binarias para analizar si los cambios en la EE parental desde el inicio hasta el final del tratamiento predecían las probabilidades de recuperación del niño de la anorexia nerviosa. | En ambos padres se redujo significativamente la sobreimplicación emocional, algo que no sucedió con los comentarios críticos. Se resalta que la reducción en los niveles de críticas y sobreimplicación emocional materna a lo largo del tratamiento contribuye a explicar una parte adicional de la variación en los resultados del tratamiento, que va más allá de la que explica la EE inicial y la sintomatología de anorexia nerviosa. Cabe destacar que solo el cambio en la EE de las madres afectó significativamente los resultados del tratamiento. |
| 8 | Autonomía parental-apoyo y control psicológico en pacientes con trastorno alimentario con y sin conducta de atracones/purgas y autolesiones no suicidas (Depestele, et al., 2017). | Muestra de 53 adolescentes mujeres con TCA y uno o ambos de sus padres. En total, se incluyeron 53 parejas madre-hija y 37 parejas padre-hija. Todos los pacientes fueron ingresados en una unidad especializada para el tratamiento de   | Escala de Control Psicológico (PCS) a Escala de apoyo a la autonomía de 7 ítems, una subescala de la Escala de percepción de los padres (POPS) Cuestionario de autolesión | Se llevaron a cabo dos análisis de covarianza de medidas repetidas (RM ANCOVA): uno con las respuestas de 53 pares madre-hija y otro con las respuestas de 37 pares padre-hija. Se seleccionó un RM ANCOVA para considerar la interdependencia entre las  | Se encontró que las pacientes reportaron un menor apoyo a la autonomía materna y un mayor control psicológico a medida que la duración de su enfermedad aumentaba. Esto podría sugerir que, a medida que la enfermedad se prolonga, la relación entre padres e hijos puede verse más negativamente afectada, lo que lleva a una crianza psicológicamente controladora. Sin embargo, también es  |

|    |  |   |  |   |  |
|----|--|---|--|---|--|
|    |  | TCA.1La edad media de los pacientes fue de 17,98 años   | relacionado con el tratamiento (SIQ-TR)  | respuestas de las hijas y las de los padres/madres.   | posible que las pacientes que experimentan un mayor control psicológico por parte de la madre sean más susceptibles a desarrollar síntomas de trastornos de la conducta alimentaria más persistentes.  |
| 9  | Factores predictivos de pronóstico en adolescentes con anorexia nerviosa: ¿En qué medida influye la emoción expresada por los padres? (Duclos, et al., 2018) | Se incluyeron un total de 60 familias entre enero de 1999 y julio de 2002. Al inicio, la edad media de los 60 pacientes era de 16,6 años (DE = 1,6). La edad media al inicio de la AN era de 14,8 años (1,6) y la duración media de la enfermedad era de 16,6 meses (6,8). El ochenta y siete por ciento de los pacientes sufrían el subtipo restrictivo de AN (n = 52) | La versión francesa validada del Ejemplo de Discurso de Cinco Minutos (FMSS) Morgan-Russell (GOAS)       | Para las variables categóricas, se utilizaron pruebas exactas de probabilidad de Fisher o la prueba t de Student,, mientras que para las variables continuas, se emplearon pruebas de Mann-Whitney o la t de Student. Las relaciones entre las variables continuas se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente, se realizaron regresiones lineales univariadas (para variables continuas) y regresiones logísticas univariadas (para variables categóricas). | Un alto nivel de sobreimplicación emocional materna (EOI) se asoció de manera significativa con menos rehospitalizaciones y mostró una tendencia hacia un mejor estado clínico. En relación con las subescalas de EOI, los detalles excesivos de la madre sobre el pasado se vincularon significativamente con resultados buenos e intermedios de la escala Morgan-Russell, así como con mayores índices de masa corporal (IMC). Por otra parte, la actitud materna (amorosa) se asoció con una menor intensidad en la alimentación. |
| 10 | Conducta alimentaria intuitiva de los cuidadores y los adolescentes: asociaciones con el cambio de peso durante el tratamiento familiar                      | Se identificaron 47 pares conformados por adolescentes y su cuidador principal, con edades de los pacientes entre 11 y 18 años (M = 15,14, SD = 1,43). Los participantes fueron   | Escala de alimentación intuitiva-2 (IES-2) Cuestionario de evaluación de trastornos alimentarios (EDE-Q) | Se realizaron correlaciones bivariadas entre la alimentación intuitiva en adolescentes, la alimentación intuitiva del cuidador, los síntomas de TCA, el deterioro clínico y el aumento de peso a lo largo del tiempo. Además,   | La alimentación intuitiva de los cuidadores se asocia negativamente con conductas, cogniciones y deterioro de los trastornos alimentarios por parte de los adolescentes. Por otro lado la AI de los cuidadores se asocia positivamente con el aumento de peso de los adolescentes en el contexto de la   |

|    |  |  |   |  |   |
|----|--|--|---|--|---|
|    | para la anorexia nerviosa (Nelson et al., 2023).   | seleccionados mediante una revisión retrospectiva de los historiales clínicos de adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa o anorexia nerviosa atípica que recibieron atención multidisciplinaria en el área de urgencias de un gran centro médico pediátrico ubicado en el medio oeste de los Estados Unidos. | Cuestionario de evaluación del deterioro clínico (CIA)  | de se aplicaron análisis de regresión lineal múltiple jerárquica para evaluar el impacto de la alimentación intuitiva del cuidador en los cambios del %EBW.  | terapia basada en la conducta adicionalmente se relaciona negativamente con los síntomas de los trastornos alimentarios en los adolescentes.  |
| 11 | Carga del cuidador parental y recuperación de la anorexia nerviosa adolescente después de una terapia multifamiliar (Dennhag et al., 2021) | El estudio incluyó a 24 adolescentes de sexo femenino, de entre 13 y 16 años, junto con sus padres. Las participantes tenían un diagnóstico principal de anorexia nerviosa (AN) o trastorno alimentario no especificado según los criterios del DSM-IV, y sus edades oscilaban entre los 12 y los 17 años.             | Cuestionario de examen de trastornos alimentarios, versión 4.0 (EDE-Q) Escala de Impacto de Síntomas de Trastornos Alimentarios (EDSIS) | Se llevó a cabo un análisis de varianza multivariado de diseño mixto (MANOVA) para evaluar los puntajes de cambio y analizar los efectos de interacción. Para calcular los puntajes de cambio univariados, se aplicaron ANOVAS (pruebas F). Además, se realizaron pruebas T pareadas para evaluar los cambios pre y post intervención en los datos descriptivos de pacientes y padres, además de correlaciones de Pearson. | Las adolescentes con anorexia nerviosa o trastorno alimentario no especificado mostraron una mejora significativa en los síntomas de trastorno alimentario autoevaluados, el índice de masa corporal (IMC) y la función global antes y después de la terapia Multifamiliar (MFT). Sus padres reportaron una reducción significativa en la carga de los cuidadores antes y después de la terapia de reemplazo hormonal, especialmente en relación con la carga asociada a la nutrición, como el esfuerzo por observar, discutir y controlar la ingesta de alimentos. Los padres también informaron una |

disminución de sus sentimientos de culpa, es decir, la sensación de ser responsables de la enfermedad y de haber defraudado a su hijo.

|    |   |  |  |   |   |
|----|---|--|--|---|---|
| 12 | Emoción expresada y resultados a largo plazo entre adolescentes con anorexia nerviosa (Rienecke et al., 2021) | Se llevó a cabo un análisis de datos secundarios utilizando los datos originales de un ensayo de tratamiento para la disfunción eréctil realizado en dos sitios en los Estados Unidos. Los participantes (n = 121, 91% mujeres) tenían entre 12 y 18 años (y cumplían con los criterios del DSM-IV-TR para anorexia nerviosa, excluyendo el criterio de amenorrea. | Entrevista clínica familiar estandarizada (SCFI)<br>Examen de Trastornos Alimentarios (EDE)<br>Inventario de depresión de Beck (BDI)<br>Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) | Se realizaron cálculos de estadísticas descriptivas y se aplicaron pruebas de chi-cuadrado para comparar las diferencias entre los grupos (alta EE vs. baja EE) en cuanto a las características clínicas y demográficas al inicio del estudio. Asimismo, se estimaron cuatro ecuaciones de estimación generalizadas (EEG) independientes para investigar las trayectorias de los cambios en las puntuaciones. | Los familiares que presentan una alta Expresión Emocional (EE) son más propensos a atribuir características relacionadas con la anorexia nerviosa. El concepto de “estrés familiar tóxico” explica que la presencia de familiares con un alto nivel de EE son una fuente de estrés que incrementa la sintomatología del trastorno. Los resultados sugieren que a medida que los síntomas del trastorno alimenticio disminuyen es probable que la EE también baje. En las familias donde solo uno de los padres presente altos niveles de EE, tener otro padre con baja EE favorece a un entorno más equilibrado en la recuperación del adolescente. |
| 13 | Explorando los tipos de entornos familiares en jóvenes con trastornos alimentarios (Darrow et al., 2017)      | Se incluyeron a 158 jóvenes de hasta 18 años con un diagnóstico de trastorno alimentario según el DSM-5, junto con sus cuidadores. Estos participantes se presentaron al Programa  | La Escala de Entorno Familiar (FES)<br>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)<br>Eating Disorder Examination (EDE)   | Se emplearon pruebas t y análisis de chi-cuadrado para comparar a los jóvenes que habían completado la FES con aquellos que no lo habían hecho, evaluando variables sociodemográficas y clínicas. Para el modelado de variables   | Este estudio proporciona evidencia de que las diferencias en los perfiles del entorno social familiar están relacionadas con la presentación clínica de los jóvenes con trastornos alimentarios. Los jóvenes de familias con enfoque controlador mostraron una psicopatología más grave relacionada   |

|    |  |   |   |  |  |
|----|--|---|---|--|--|
|    |  | de Trastornos Alimentarios de la Universidad de Chicago entre mayo de 2011 y junio de 2015 para recibir atención clínica estándar   |   | latentes, se utilizó el software MPlus versión 7.1.  | con los trastornos alimentarios y una mayor probabilidad de ser diagnosticados con bulimia nerviosa (BN). Estos hallazgos preliminares sugieren que los tipos de interacción familiar podrían ser útiles para personalizar el tratamiento de los trastornos alimentarios y apoyan la necesidad de más investigaciones para guiar estos esfuerzos.  |
| 14 | Síntomas de trastornos alimentarios parentales diferentes diagnósticos clínicos (Gómez et al., 2018) | de La muestra estuvo compuesta por un total de 348 participantes asignados a tres grupos de pacientes de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, un grupo control y sus correspondientes madres y padres. | Entrevista diagnóstica de trastornos alimentarios utilizando criterios DSM-IV Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-2) | Para calcular las diferencias entre los grupos, se realizó un ANOVA de dos factores con medidas parcialmente repetidas para cada variable dependiente (subescalas EDI-2). Este enfoque de medidas parcialmente repetidas permite analizar la relación entre los patrones de respuesta de cada miembro de la familia. | Las madres del grupo clínico presentaron puntuaciones más altas en ineficacia, conciencia interoceptiva, miedos a la madurez, inseguridad social y regulación de impulsos en comparación con las madres del grupo de control. Por su parte, los padres de los pacientes obtuvieron puntuaciones más altas en regulación de impulsos que los padres del grupo de control. Además, los padres de los pacientes con bulimia nerviosa mostraron puntuaciones más altas en insatisfacción corporal que los padres de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado, y también tuvieron puntuaciones más altas en regulación de impulsos que los padres de los pacientes con anorexia nerviosa, particularmente, las variables de ineficacia y regulación de impulsos |

---

fueron las que mostraron puntuaciones más similares entre los pacientes y sus padres. Estos resultados indican que existen variables psicológicas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en ambos progenitores, no solo en las madres, por lo tanto, las actividades de prevención e intervención en los TCA deben ser diseñadas de manera que involucren activamente al padre.

---

## Discusión

En la Tabla 5, responde al objetivo específico describir los factores familiares que intervienen en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. La investigación ha demostrado que diversos factores influyen en el curso y resultado del tratamiento en esta población, Lukas, et al. (2022) y Wallis et al. (2017) concuerdan en que pacientes que provienen de un hogar con un mejor funcionamiento familiar, buena comunicación, capacidad de resolución de problemas y con una buena calidad en las relaciones con sus padres, tienen mayor probabilidad de remitir sus síntomas en fases más tempranas del tratamiento, de igual forma se ha encontrado evidencia que estas características se relacionan negativamente con los síntomas del trastorno alimenticia, esto se debe a que esté tipo de ambientes propicia un desarrollo adecuado del autoestima y mejor calidad de apego, aspectos claves en el tratamiento de este tipo de trastorno, adicionalmente Gruber et al. (2020) refuerzan lo mencionado y describen la importancia de explorar la relación parental durante el tratamiento, pues este factor se correlaciona positivamente con la autoaceptación y autorresponsabilidad en la comida por parte de los adolescentes.

Sin embargo, se debe aclarar que Wallis et al. (2017) solo encontraron evidencia que estas características tienen un efecto positivo si la modalidad usada es la Terapia Basada en la Familia (FBT), además plantean que el funcionamiento familiar no se modifica durante la intervención, en consecuencia, se debe considerar la posibilidad de trabajar este aspecto a la par que se intervienen los síntomas del TCA, resulta entonces valioso el aporte de Criscuolo et al. (2023) quienes proponen trabajar en la disponibilidad emocional (EA) de los padres, que si bien es cierto no guarda relación con los síntomas de trastornos alimentarios, si la tiene con el funcionamiento familiar que ha demostrado influencia en la recuperación de los pacientes.

Adicionalmente, Matthews et al. (2023) y Gómez et al. (2018) coinciden en que los cuidadores suelen presentar variables psicológicas como la insatisfacción corporal e inseguridad social, ambas relacionadas con sintomatología de TCA, lo que influye en el apareamiento y mantenimiento del trastorno, como explican Gaete y López (2020) estas variables pueden manifestarse a través de comentarios críticos de los padres sobre la apariencia o la alimentación, presión para alcanzar el "ideal de delgadez", finalmente desencadenando en la internalización de este ideal, que supone un obstáculo en el tratamiento, pues los pacientes no suelen aceptar que padecen una enfermedad y justifican sus conductas como necesarias para alcanzar la apariencia "ideal" que la sociedad y/o su familia les exige, ante esto Nelson et al. (2023) recomiendan incluir la alimentación intuitiva de los familiares en el plan de tratamiento, es decir, se busca que los familiares modifiquen su percepción sobre la alimentación una visión más distendida donde para comer se responde a las señales de hambre y saciedad sin las restricciones o reglas de dietas extremas, se ha demostrado que esto se relaciona negativamente con los síntomas de trastornos alimentario y de forma positiva con el aumento de peso durante el tratamiento.

Por otro lado, ciertas dinámicas familiares influyen en la presentación clínica del TCA, Darrow et al. (2017) sostienen que un estilo de crianza controlador se asocia con una mayor gravedad y persistencia del trastorno, así como con un mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa. De manera complementaria, Depestele et al. (2017) encuentran que el control psicológico ejercido por los padres, en especial por la madre, incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes para desarrollar un TCA. Estos hallazgos sugieren la importancia de considerar los patrones de interacción familiar en la planificación y personalización del tratamiento, con el fin de abordar de manera integral tanto los síntomas del trastorno como los factores del entorno que pueden influir en su evolución.

Finalmente, otro factor a destacar es la expresión emocional (EE) parental que puede manifestarse como comentarios críticos (CC) y sobreimplicación emocional (EOI), Rienecke et al. (2016) establece diferencias entre estas manifestaciones en relación al tipo de trastorno pues los padres tienden a hacer menos comentarios críticos hacia los pacientes con anorexia nerviosa, mientras que son significativamente más críticos con aquellos que padecían bulimia nerviosa, en contraste, las madres mostraban una mayor tendencia a criticar a los pacientes con bulimia. Por su parte Moskovich, et al. (2017), Duclos, et al. (2018) y Rienecke et al. (2021) coinciden en que la expresión emocional materna influye en el resultado del tratamiento de pacientes con TCA, pudiendo relacionarse con la modificación de la sintomatología de anorexia nerviosa e incluso con menos re-hospitalizaciones. Sin embargo, mientras que para Moskovich, et al. (2017) y Rienecke et al. (2021), una reducción de expresión emocional se relaciona con resultados positivos en el tratamiento, para Duclos, et al. (2018) altos niveles de sobre implicación emocional se relaciona con un mejor pronóstico, esto puede deberse al instrumento para medir la EE utilizado por Duclos y colaboradores, quienes se decantaron por la versión francesa validada del Ejemplo de Discurso de Cinco Minutos (FMSS) que considera tanto aspectos positivos y negativos de la EE a diferencia de múltiples herramientas que toman a este constructo como una característica inherentemente negativa.

Los hallazgos de esta revisión refuerzan que el entorno familiar tiene impacto durante el tratamiento los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes, pues se ha encontrado que un buen funcionamiento familiar, con comunicación efectiva y relaciones saludables, favorece la recuperación temprana, Por otro lado, la emoción expresada parental, especialmente la crítica y la sobreimplicación emocional, tiene un impacto en la evolución del TCA, sin embargo, los estudios presentan hallazgos contradictorios, lo que sugiere la necesidad de personalizar las intervenciones familiares según el tipo de trastorno y las dinámicas específicas de cada familia.

Como parte de las limitaciones encontradas se puede destacar que la mayoría de los estudios presentan una muestra donde predominaban adolescentes femeninas con un diagnóstico de anorexia nerviosa, lo que limita la generalización de los resultados al resto de tipos de TCA y a pacientes masculinos, por lo que se recomienda que futuras investigaciones opten por incluir en su muestra una cantidad representativa de las poblaciones mencionadas anteriormente. Además, se encontraron escasas investigaciones realizadas en el país, por lo que

para investigaciones futuras se recomienda abordar estas temáticas desde el contexto nacional y comparar los resultados con la literatura existente.

**Tabla 6.***Efectividad de los tratamientos con intervención familiar en los trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes.*

| No | Título/Autores/año  | Población o muestra   | Instrumentos de evaluación   | Proceso estadístico  | Resultados principales  |
|----|---|---|--|--|---|
| 1  | Terapia multifamiliar para trastornos alimentarios en adolescentes: un estudio del cambio en los síntomas de los trastornos alimentarios desde el inicio del tratamiento hasta el seguimiento (Funderud et al., 2023) | Se trabajó con 207 adolescentes de 11 a 21 años, 91% mujeres. | Cuestionario de examen de trastornos alimentarios (EDE-Q)<br>Cuestionario de fortalezas y dificultades (SDQ) | Se utilizaron modelos estadísticos (LMM) para analizar cómo cambiaban la puntuación del EDE-Q, el SDQ y el percentil del IMC. El EDE-Q y el SDQ, se calcularon medias estimadas y comparaciones para analizar los cambios a lo largo del tiempo. | Los adolescentes que participaron en la terapia multifamiliar (TMF) mostraron una notable mejoría en los síntomas de los trastornos alimenticios, acompañada de un incremento en su índice de masa corporal, experimentaron una reducción en la angustia psicológica y una mejora en su calidad de vida, atribuida al aumento del bienestar emocional logrado a través del tratamiento. Estos avances, tanto en la regulación emocional, la recuperación del peso y la reducción del estrés, no solo se mantuvieron, si no que continuaron progresando durante los seguimientos. Las mejoras observadas después del tratamiento pueden ser efectos sostenidos a largo plazo, porque los adolescentes y sus familias continúan aplicando los cambios conductuales y psicológicos iniciados en la TMF. Los padres al aprender diversas técnicas pueden seguir utilizándolas después de finalizar la intervención, lo que contribuye a mantener los avances logrados, además, la |

|   |  |  |  |   |  |   |
|---|--|--|--|---|--|---|
|   |  |  |  |   |  | reducción progresiva del malestar psicológico podría indicar que la enfermedad ocupa cada vez menos espacio en la vida diaria. Los resultados respaldan a la TMF como un enfoque terapéutico eficaz para adolescentes con un TCA y con dificultades relacionadas con su peso. |
| 2 | Los síntomas depresivos comórbidos y la autoestima mejoran después de la terapia cognitivo-conductual o del tratamiento familiar para la bulimia nerviosa adolescente (Valenzuela et al., 2018). | Participaron en la investigación 110 adolescentes, de 12 a 18 años.    | Inventario depresivo de Beck (BDI) Escala de autoestima de Rosenberg (RSE) | Los datos se analizaron utilizando modelos lineales mixtos en el software SPSS (versión 23). Cada participante es una variable aleatoria con intersección aleatoria. Los efectos fijos incluyeron el tipo de tratamiento, el tiempo y el sitio y sus interacciones. Utilizamos una estructura de covarianza de modelo de componentes de varianza para efectos aleatorios. | Los resultados indican que tanto la Terapia Basada en la Familia para la Bulimia Nerviosa (TBF-BN) como la Terapia Cognitiva Conductual adaptada (TCC-A) resultan eficaces en la reducción de síntomas depresivos y en la mejora de autoestima en adolescentes que padecen este trastorno alimenticio. Sin embargo, ninguna de los tratamientos mostro una superioridad en la mejora de los síntomas. Ambos tratamientos consiguieron una reducción en la puntuación del BDI, la TCC-A una disminución del 24,5% y el TCC-BN del 36,9%, las cuales se han mantenido a largo plazo. Asimismo, la autoestima alcanzó niveles comparables a los de jóvenes sin TCA. |   |
| 3 | Un examen exploratorio de la autoeficacia de los pacientes y los padres como   | Se trabajó con 121 adolescentes que cumplían los criterios del DSM-IV. | Examen de Trastornos Alimentarios (EDE)                                    | Los análisis se realizaron utilizando SPSS versión 19.0. Se emplearon modelos de efectos mixtos que utilizan la estimación de máxima  | El aumento de la autoeficacia parental durante la terapia familiar basada en la conducta (TCF) permitió un mayor incremento del peso en adolescentes que padecen de anorexia nerviosa. Esto indica   |   |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
|   | predictores del aumento de peso en adolescentes con anorexia nerviosa (Byrne, et al., 2015).                                  |   | Escala de Padres versus Anorexia (PVA)<br>Escala de autoeficacia general (GSES) | verosimilitud residual evaluaron la relación entre la eficacia y el aumento de peso   | que la percepción que tienen los padres sobre su capacidad para manejar la alimentación de sus hijos juega un papel clave en la recuperación. Se resalta la importancia de fortalecer la autoeficacia parental como un mecanismo para el cambio terapéutico en la TCF. Los terapeutas deben enfocarse en potenciar este factor, debido a que la falta de aumento en la autoeficacia de los padres podría debilitar los efectos del tratamiento. También se destaca la relevancia de la comida familiar como un momento crítico dentro de TCF, donde los padres tienen la oportunidad de asumir un rol activo en la alimentación de sus hijos. |
| 4 | Aumento de peso y autoeficacia parental en un programa de hospitalización parcial de base familiar (Van Huysse, et al., 2022) | La muestra consistió en 98 adolescentes, seleccionados. Los participantes, de entre 12 y 18 años (media=15,10 años) | Escala de padres versus anorexia (PVA)<br>Peso y peso corporal esperado (PBE)   | Pruebas t de muestras pareadas y prueba de CohendSe informa que indican el cambio dentro del grupo de tratamiento para cada variable. | Los adolescentes que participaron en un Programa de Hospitalización Parcial (PHP) basado en la familia experimentaron aumentos en su peso y el índice de masa corporal, demostrando la efectividad del tratamiento, del mismo modo, la autoeficacia parental mejoro significativamente durante el PHP indicando que promueve la colaboración y participación de los padres y no disminuye la confianza que tienen los padres en sus habilidades para manejar el trastorno alimentario. El diseño de la intervención facilita la participación de los padres en las  |

comidas del programa y en la toma de decisiones relacionadas a la alimentación, lo que contribuye a un mayor sentido de autoeficacia parental. La mejora en la autoeficacia parental se encuentra estrechamente relacionada con el aumento del peso en los adolescentes, denotando que la involucración de los padres es un factor clave para el éxito del tratamiento.

|   |   |  |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|
| 5 | Integración del tratamiento basado en la familia y la terapia dialéctica conductual para la bulimia nerviosa en adolescentes: resultados preliminares de un ensayo piloto abierto (Murray, et al., 2015). | Se trabajó con 40 mujeres adolescentes con diagnóstico primario de bulimia nerviosa. La edad promedio de los participantes fue de 15,7 años (rango = 14,0–17,0 años) | Examen de trastornos alimentarios: cuestionario (EDE-Q). Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) Escala Padres Versus Anorexia (PVA) | Se realizaron pruebas pareadas para comparar los datos de ingreso y alta de los pacientes, considerando variables como el IMC, el puntaje global del EDE-Q, las puntuaciones de las subescalas del EDE-Q, la frecuencia de atracones, la frecuencia de purgas, la frecuencia de alimentación en secreto y todas las puntuaciones del DERS. | Combinar Terapia Basada en la Familia (TBF) y Terapia dialéctica conductual (DBT) se relaciona con una disminución notable en los episodios de atracones y purgas, así como con una reducción más amplia en las preocupaciones relacionadas con el peso y la forma corporal durante el tratamiento. Además, al finalizar el proceso, los padres reportaron sentirse más seguros en su capacidad para apoyar a sus adolescentes, lo que sugiere que la mejora de los síntomas de la BN puede progresar de manera lineal junto con el fortalecimiento de la eficacia parental. |
| 6 | Reimaginando la atención: efectividad de la modificación de un servicio intensivo para trastornos alimentarios en   | Los participantes fueron pacientes de entre 10 y 18 años.  | Se midió la diferencia en %mBMI desde el ingreso hasta el alta. La duración del ingreso en días se  | Se recopilaron datos descriptivos sobre la edad, el sexo, la duración en Servicio Intenso de Trastornos de la Alimentación (por sus siglas en inglés EDIS) y el %mIMC al momento de las admisiones.  | La transformación del servicio intensivo para adolescentes con trastornos alimentarios de un programa grupal a un programa intensivo familiar parece haber influido positivamente en los resultados del programa. El modelo familiar intenso es un tratamiento eficaz que proporciona  |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| adolescentes (Hayes et al., 2024).   | calculó utilizando el primer y el último día de ingreso   | Para analizar la duración de las admisiones, las pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk mostraron que los datos no seguían una distribución normal, por lo que se aplicó la prueba de Mann-Whitney U. Para muestras independientes, se utilizó la prueba t. Además, se empleó la prueba de Chi-cuadrado para evaluar las diferencias en %mIMC entre los grupos y para las diferencias en el número de transferencias a unidades hospitalarias especializadas en trastornos alimentarios. | apoyo alimentario a los pacientes y sus familiares, destacando la importancia que tiene la familia en la recuperación del paciente. Los padres comprender mejor que son los trastornos alimenticios y adquieren habilidades para el cuidado de sus hijos, por lo que al involucrarse en el proceso incrementa su autoeficacia, logrando un tratamiento más eficaz a largo plazo. Los pacientes tratados con este modelo basado en la familia presentaron menos necesidad de ser readmitidos a un servicio intenso en comparación con aquellos pacientes tratados con el modelo tradicional, esto debido a la mayor implicación de los padres en el tratamiento. |  |
| 7 'Terapeutas en acción': Tratamiento domiciliario de la anorexia nerviosa en adolescentes: un enfoque de atención escalonada para acortar el tratamiento hospitalario (Herpertz-Dahlmann et al., 2021). | Se trata de un estudio piloto con 22 pacientes hospitalizados de forma consecutiva que cumplían con los criterios del DSM-5 para anorexia nerviosa, con edad de entre 12 y 18 años. | Eating Disorder Examination (EDE) Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) a Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Kidscreen-27   | Se utilizaron pruebas estadísticas para comparar grupos de pacientes: la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la de Mann-Whitney para variables continuas. Para evaluar cambios en el tiempo dentro de los mismos pacientes, se aplicó la prueba de Friedman y, para comparaciones específicas, la de Wilcoxon. En el caso de variables   | Al momento del alta del Tratamiento domiciliario (HoT) la mayoría de los pacientes presentaron un incremento en su peso corporal, hubo una disminución de la sintomatología de los TCA y de la psicopatología general. Así mismo, los padres presentaron un incremento de conocimiento y de habilidades para el manejo del TCA de sus hijos y una disminución de la carga del cuidado. Los pacientes presentaron una mejora significativa en su calidad de vida. La participación familiar es necesaria en todos los modelos de atención de la |

---

ZUF-8  
Escala de  
Adaptación y  
Facilitación para  
los Trastornos  
Alimentarios  
(AESED)  
Escala de Impacto  
de los Síntomas de  
los Trastornos  
Alimentarios  
(EDSIS)  
la Escala de  
Habilidades del  
Cuidador (CASK)

binarias, se empleó la prueba  
de McNemar.

anorexia nerviosa juvenil por lo que el  
HoT da instrucciones a la familia de  
participar en el acampamiento de las  
comidas y el apoyo para escoger alimentos  
adecuados. Además, este tratamiento  
permite generar una nueva interacción  
familiar que interrumpa comportamientos  
asociados a la AN, antes de que sean  
automáticos y difíciles de cambiar.  
La satisfacción con el tratamiento fue  
ligeramente mayor entre los cuidadores en  
comparación con los pacientes, aunque en  
ambos grupos se reportaron niveles altos  
de satisfacción y una mejora en su calidad  
de vida asociada con una alta satisfacción  
con el tratamiento.

---

---

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 8 | Carga del cuidador parental y recuperación de la anorexia nerviosa adolescente después de una terapia multifamiliar (Dennhag et al., 2021) | El estudio incluyó a 24 adolescentes de sexo femenino, de entre 13 y 16 años, junto con sus padres. Las participantes tenían un diagnóstico principal de anorexia nerviosa (AN) o trastorno alimentario no especificado según los criterios del DSM-IV, | Cuestionario de examen de trastornos alimentarios, versión 4.0 (EDE-Q)<br>Escala de Impacto de Síntomas de Trastornos Alimentarios (EDSIS) | de<br>Se llevó a cabo un análisis de varianza multivariado de diseño mixto (MANOVA) para evaluar los puntajes de cambio y analizar los efectos de interacción. Para calcular los puntajes de cambio univariados, se aplicaron ANOVAS (pruebas F). Además, se realizaron pruebas T pareadas para evaluar los cambios pre y postintervención en los datos descriptivos de pacientes y padres, además de correlaciones de Pearson. | Las adolescentes con anorexia nerviosa o trastorno alimentario no especificado mostraron una mejora significativa de los síntomas de trastorno alimentario autoevaluados, el índice de masa corporal (IMC) y la función global antes y después de la terapia Multifamiliar (TMF). Sus padres reportaron una reducción significativa en la carga de los cuidadores antes y después de la terapia de reemplazo hormonal, especialmente en relación con la carga asociada a la nutrición, como el esfuerzo por observar, discutir y controlar la ingesta de alimentos. Los padres también informaron una disminución de sus sentimientos de culpa y vergüenza, es decir, la sensación de ser responsables de la enfermedad y de haber defraudado a su hijo. |
|---|--|---|--|---|--|

---

|   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| 9 | Comparación de dos terapias familiares para la anorexia nerviosa adolescente (Stewart et al., 2014). | Un total de 164 adolescentes, con edades entre 12 y 18 años, que cumplían los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición. | Inventario de depresión de Beck Escala de autoestima de Rosenberg Escala de calidad de vida y disfrute (versión corta) Inventario de ansiedad estado-rasgo Escala de trastorno obsesivo-compulsivo de Yale-Brown para niños Escala de Trastornos Alimentarios de Yale-Brown-Cornell | Las medidas iniciales de los dos tratamientos se compararon utilizando un análisis de varianza de dos vías para las medidas continuas, considerando el centro, el tratamiento y la interacción como factores independientes. Las medidas iniciales categóricas se compararon mediante un análisis de regresión logística. En caso de que se no se respetara el supuesto de normalidad los datos se analizaron con pruebas no paramétricas. | No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en cuanto al resultado primario, los síntomas de trastornos alimentarios o los trastornos psiquiátricos comórbidos al final del tratamiento o en el seguimiento. Aunque ambos tratamientos son igualmente efectivos en términos de aumento de peso y disminución de la sintomatología de los TCA, la Terapia Basada en la Familia (FBT) favorece un aumento de peso temprano que puede reducir la necesidad de hospitalización, lo que lleva a menores costos al final del tratamiento. Sin embargo, la Terapia Centrada en el Adolescente (SyFT) podría ser más efectiva para adolescentes con características más graves de obsesión y compulsión. |
|---|--|---|---|--|--|

---

|    |   |   |  |   |   |
|----|---|---|--|---|---|
| 10 | <p>Un análisis de redes en la anorexia nerviosa adolescente que explora la conexión entre las reacciones y los resultados de los pacientes y los cuidadores (Monteleone, et al., 2023).</p> | <p>Adolescentes con anorexia nerviosa (n = 149) y su cuidador principal (n = 149)</p> | <p>Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21 Evaluación del deterioro clínico 3.0 (CIA)<br/>El Cuestionario Familiar (FQ)<br/>La Escala de Adaptación y Facilitación para los Trastornos Alimentarios (AESED)<br/>Escala de habilidades del cuidador (CASK)<br/>Escala de apoyo social de Oslo (OSSS-3)</p> | <p>Los análisis de consistencia interna y las estadísticas descriptivas se llevaron a cabo en SPSS v. 22. Para el análisis de red, se utilizó el software R (R Core Team, 2016), versión 3.4.4, mediante un análisis de red correlacional parcial. Además, se calculó y representó gráficamente el índice de centralidad de fuerza.</p> | <p>La relación entre la depresión de los cuidadores y los síntomas del trastorno alimentario en los pacientes fue corroborada en el grupo que recibió intervención de habilidades para cuidadores (ECHO), donde se encontró que la depresión de los padres al inicio estaba vinculada con un índice de masa corporal (IMC) más bajo en los pacientes, por lo que la adaptación de los padres dio un mejor IMC de los pacientes, mientras que una mayor depresión dio un IMC menor. Estos resultados destacan la importancia de vigilar y tratar los síntomas depresivos tanto en pacientes con anorexia nerviosa como en su familia. Las terapias familiares para trastornos alimentarios han mostrado ser prometedoras, pues son eficaces para disminuir la depresión y mitigar los aspectos negativos asociados con el rol de cuidado en los integrantes de la familia.</p> |
|----|---|---|--|---|---|

---

## DISCUSIÓN

La tabla 6, responde al objetivo identificar la efectividad de los tratamientos con intervención familiar en los trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes. Valenzuela et al. (2018) y Van Huysse, et al. (2022) analizaron la Terapia Basada en la Familia (TBF) encontrando que puede facilitar una rápida restauración del peso sin afectar la autoeficacia de los padres, incentivando su participación, reduciendo la sintomatología depresiva y mejorando la autoestima, demostrando que la involucración de los padres es clave para el éxito del tratamiento de un trastorno de la conducta alimentaria. Incluso, su efectividad es comparable a la de la terapia cognitiva-conductual para la reducción de la psicopatología, la TBF presentó una reducción de la puntuación del BDI y la autoestima se presentó en niveles similares a los de adolescentes sin TCA.

Por su parte, Byrne et al. (2015) señalan que la terapia familiar basada en la conducta contribuye a un incremento del índice de masa corporal en los adolescentes que padecen anorexia nerviosa, se resalta la importancia de la autoeficacia familiar con una clave en el tratamiento donde los padres deben asumir un rol activo en la alimentación de sus hijos, asimismo, Hayes et al. (2024) enfatizan que incluir a la familia en el tratamiento de los TCA genera resultados positivos, debido a que un apoyo familiar intenso contribuye a la mejoría del adolescente en la intervención psicológica, así como también aumenta la autoeficacia de los padres permitiéndoles adquirir más conocimientos y habilidades para el cuidado y apoyo de sus hijos.

Por otro lado, el estudio de Murray et al. (2025) menciona que la terapia familiar puede combinarse con otras intervenciones para potenciar sus beneficios, en su trabajo integraron la terapia basada en la familia con la terapia dialéctico-conductual, logrando una disminución significativa en los episodios de atracón, purgas, preocupaciones relacionadas con el peso corporal y mejorar la eficacia de los padres al hacerlos sentir seguros de sus capacidades para apoyar a sus hijos.

Resultados similares se encontraron en la investigación de Monteleone et al. (2023) donde evidenciaron una relación entre los síntomas depresivos de los padres y la sintomatología de los TCA, lo que sugiere que la terapia familiar no solo son eficaces para disminuir los síntomas del trastorno en los adolescentes, sino que también contribuyen a mitigar los efectos negativos en los cuidadores, mejorando su bienestar emocional, aumentando la adaptación de los padres y reduciendo el impacto psicológico negativo asociado al cuidado de un hijo con TCA.

Se observó en los trabajos de Herpertz-Dahlmann et al. (2021) y Denhag et al. (2021), quienes encontraron que la inclusión de la familia en el tratamiento no solo beneficia al paciente al mejorar su calidad de vida, sino que también incrementa significativamente las habilidades de cuidado, crea una nueva forma de interacción familiar y reduce su carga emocional, evitando así la aparición de comportamientos asociados a un TCA. En este contexto, la terapia multifamiliar ha mostrado efectos positivos en los síntomas de los TCA al incrementar el índice

de masa corporal y mejorar el funcionamiento global del adolescente, a su vez, ha ayudado a los padres a disminuir sentimientos de culpa y la sensación de haber fallado en su rol parental. Del mismo modo, Funderud et al. (2023) destaca a la terapia multifamiliar (TMF) como uno de los enfoques terapéuticos más efectivos, en su aplicación se evidencia una reducción significativa en la sintomatología de los TCA, el incremento del índice de masa corporal, la reducción del estrés y una mejora del bienestar psicológico que se ha mantenido a largo plazo debido a que los padres al aprender diversas técnicas en la TMF pueden seguir utilizándolas incluso después de finalizar el tratamiento, lo que contribuye a mantener los avances logrados

Finalmente, Stewart et al. (2014) compararon dos tipos de terapia familiares para el tratamiento de la anorexia nerviosa y concluyeron que la Terapia Basada en la Familia (TBF) favorece el aumento del peso del adolescente, lo que reduce la necesidad de hospitalización y, en consecuencia, minimizando los costos económicos para la familia. En contraste, la terapia centrada en la adolescente resulta más efectiva en casos donde existen características de obsesión y compulsión graves.

Los resultados de la revisión evidencian la efectividad de los tratamientos con intervención familiar en los trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes. Entre las intervenciones familiares más eficaces se destacan la Terapia Multifamiliar (TMF) y la Terapia Basada en la Familia (FBT), las cuales han demostrado resultados positivos en la reducción de la sintomatología de los TCA, la mejora del bienestar emocional y el aumento del peso corporal. Además, han contribuido a la disminución de los niveles de depresión y ansiedad en los adolescentes. Así mismo, la combinación con la terapia dialéctico- conductual ha permitido reducir la frecuencia de episodios de atracones y purgas, así como los pensamientos relacionados con el peso, síntomas característicos de los TCA. Los estudios enfatizan que la inclusión de la familia en estos tratamientos no solo beneficia a los adolescentes, sino que también fortalece la autoeficacia de los padres, mejora su bienestar emocional y reduce la carga psicológica y los sentimientos de culpa o vergüenza asociados al cuidado de sus hijos.

Entre las limitaciones de los estudios se encuentran que la ausencia de un grupo de control y el uso de un entorno clínico dificultan la evaluación precisa de los efectos del tratamiento en la práctica cotidiana. Además, el tamaño reducido de las muestras limita la generalización de los resultados, y la falta de seguimiento a largo plazo impide conocer si las mejoras se mantienen con el tiempo. Las herramientas de valoración pueden estar afectadas por los propios síntomas del trastorno, afectando la precisión de los resultados. Las diferencias en la duración del tratamiento y en la condición de los pacientes genera diferencias en la muestra, mientras que la pérdida de participantes en el seguimiento reduce la confiabilidad de las conclusiones. A esto se suma la falta de datos sobre costos de tratamiento, lo que deja fuera el impacto económico y social.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- Se ha identificado que un funcionamiento familiar saludable, caracterizado por una buena comunicación, capacidad de resolución de problemas y relaciones afectivas positivas, favorece la remisión temprana de los síntomas, de igual forma, las creencias y actitudes de los cuidadores sobre la imagen corporal pueden contribuir al mantenimiento del TCA, ya que comentarios críticos y presión por alcanzar ideales de delgadez fomentan la internalización de estos estándares en los adolescentes, dificultando la aceptación de la enfermedad y el proceso de recuperación. En este sentido, es fundamental abordar las dinámicas familiares disfuncionales, pues un estilo de crianza controlador y el ejercicio de control psicológico aumentan la severidad y persistencia del trastorno. Finalmente, la expresión emocional de los padres, especialmente la materna, incide en el tratamiento ciertos resultados relacionan que una menor expresión emocional se asocia generalmente con mejores resultados, por otro lado, existe evidencia que sugiere que ciertos niveles de sobre implicación emocional pueden ser beneficiosos.
- La efectividad del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes no solo depende de las intervenciones clínicas y terapéuticas, sino que también están influenciadas por el apoyo familiar. Diversos estudios analizados destacan que la intervención activa de la familia en el proceso terapéutico mejora la adherencia al tratamiento, reduce las recaídas y favorece una recuperación más estable y sostenida a largo plazo. La autoeficacia parental juega un papel fundamental debido a que incrementa la confianza de los padres para ofrecer apoyo emocional a sus hijos, fomenta buenos hábitos alimenticios y permite que establezcan límites. En este sentido, los enfoques terapéuticos que incluyen a la familia, como la Terapia Basada en la Familia y la Terapia Multifamiliar, han demostrado resultados prometedores en comparación con intervenciones individuales. Además, el fortalecimiento de las dinámicas familiares y el desarrollo de estrategias de afrontamiento dentro del núcleo familiar contribuyen a un entorno más favorable para la recuperación del adolescente.

### 5.2. Recomendaciones.

- Se recomienda realizar investigaciones tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, con la finalidad de tener mayor claridad del rol de la familia en el tratamiento de TCA en población adolescente y su influencia en el mismo.
- Profundizar el estudio de la expresión emocional parental como parte de las características familiares que intervienen en el tratamiento de TCA en adolescentes, debido a los resultados contradictorios encontrados en la investigación.
- Identificar y abordar variables psicológicas en los cuidadores, como la insatisfacción corporal e inseguridad social, ya que estas pueden influir en el mantenimiento del TCA a través de comentarios críticos o la presión por alcanzar estándares de delgadez. En este sentido, promover la alimentación intuitiva en los familiares puede ayudar a reducir

la presión sobre el adolescente en relación con la comida, fomentando una relación más saludable con la alimentación y favoreciendo su recuperación.

- Evaluar el estilo de crianza y la relación parental con la finalidad de ajustar el enfoque terapéutico en el tratamiento de los TCA, pues cuando se identifica un estilo de crianza controlador o el uso de control psicológico, es fundamental incluir tanto terapia individual como familiar, con el objetivo de mitigar estos factores y promover dinámicas más saludables que favorezcan la recuperación del adolescente
- Ampliar la investigación sobre los trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones más diversas, incluyendo una mayor representación de pacientes masculinos y otros subtipos de TCA, como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, ya que la mayoría de los estudios se centran en adolescentes femeninas con anorexia nerviosa.
- Comparar la efectividad de diferentes tratamientos familiares como la terapia basada en la familia frente a otros enfoques terapéuticos, determinando cual produce mejores resultados en el tratamiento de un TCA en adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, L. y Vidal, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *MEDISAN*, 23(1), 131-145.
- Agudelo, M. (2008). Dinámica familiar y salud mental de niños y adolescentes en familias que han vivido la separación de los padres. *Revista De La Facultad De Trabajo Social*, 24(24), 46–64. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/2661>
- Arija-Val, V., Santi-Cano, M., Novalbos-Ruiz, J., Canals, J. y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 8-15. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v39nspe2/0212-1611-nh-39-nspe2-8.pdf>
- Ávalos, M. y Samada, Y. (2020). Funcionamiento familiar y trastornos en la conducta alimentaria de los adolescentes. *Didascalía: Didáctica y Educación*, 11(6), 1-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7809033>
- Ayuzo-del Valle, N. y Covarrubias-Esquer, J. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000200080&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000200080&script=sci_arttext)
- Berny, M., Rodríguez, D., Cisneros-Herrera, J. y Guzmán-Díaz, G. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 15-21. <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>
- Borda, M., Asuero, R., Avargues, M., Sánchez, M., del Río, C. y Beato, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 12–21. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1086>
- Byrne, C., Accurso, E., Arnou, K., Lock, J. y Le Grange, D. (2015). An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 883-888. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4845658/>
- Castro, A. y Ramírez, A. (2013). Prevalencia de manifestaciones del trastorno por atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 22(1), 20-26. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art05v22n1.pdf>
- Chóez, L. y Tejada, R. (2021). Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. *RECIMUNDO*, 5(2), 376-386. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.376-386](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.376-386)
- Criscuolo, M., Marchetto, C., Buzzonetti, A., Castiglioni, M., Cereser, L., Salvo, P. y Zanna, V. (2023). Parental emotional availability and family functioning in adolescent anorexia nervosa subtypes. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 68. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010068>
- Darrow, S., Accurso, E., Nauman, E., Goldschmidt, A. y Le Grange, D. (2017). Exploring types of family environments in youth with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 389-396. <https://doi.org/10.1002/erv.2531>

- De Gregorio, V. C. (2004). Nuevos modelos familiares. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (282), 24-29. <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1972>
- Demarchi, G., Aguirre, M., Yela, N. y Chavarría, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cultura, Educación y Sociedad*, 6(2), 117-138. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7823294>
- Dennhag, I., Henje, E. y Nilsson, K. (2021). Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy. *Eating Disorders*, 29(5), 463-479. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678980>
- Depestele, L., Soenens, B., Lemmens, G., Dierckx, E., Schoevaerts, K. y Claes, L. (2017). Parental autonomy-support and psychological control in eating disorder patients with and without binge-eating/purging behavior and non-suicidal self-injury. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 36(2), 126-141. <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.2.126>
- Di Marco, G. (2005). Relaciones de género y relaciones de autoridad. *Democratización de las familias. UNICEF*.
- Díaz, J., Ledesma, M., Díaz, L. y Tito, J. (2020). Importancia de la familia: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Horizonte de la Ciencia*, 10(18). <https://www.redalyc.org/journal/5709/570968990013/570968990013.pdf>
- Duclos, J., Dorard, G., Cook-Darzens, S., Curt, F., Faucher, S., Berthoz, S., Falissard, B. y Godart, N. (2018). Predictive factors for outcome in adolescents with anorexia nervosa: To what extent does parental Expressed Emotion play a role?. *PLoS One*, 13(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196820>
- Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D. y Musito, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72719116.pdf>
- Fuentes, J., Herrero, G., Montes, M. y Jáuregui, I. (2020). Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(10), 1221-1244. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3955>
- Funderud, I., Halvorsen, I., Kvakland, A., Nilsen, J., Skjønhaug, J., Stedal, K. y Rø, Ø. (2023). Multifamily therapy for adolescent eating disorders: a study of the change in eating disorder symptoms from start of treatment to follow-up. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 92. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-023-00814-y>
- Gaete, V. y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v91n5/0370-4106-rcp-rchped-vi91i5-1534.pdf>
- García, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803021>
- García, J., Arana, C. y Restrepo, J. (2018). Estilos parentales en el proceso de crianza de niños con trastornos disruptivos. *Investigación y Desarrollo*, 26(1), 55-74.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-32612018000100055](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-32612018000100055)

- Gómez, M., López, J., Torres, A., López, A. y Ricarte, J. (2018). Parental eating disorders symptoms in different clinical diagnoses. *Psicothema*, 30(4), 382-387. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.366>
- González, J., Martínez, D., Martínez, S., y Pinzón, J. (2017). Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). *Carta Comunitaria*, 25(143), 29–35. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.81>
- González-Quiñones, J., Morales-Méndez, S., Calderón-Gutiérrez, S., Espinosa-Tafur, Y., Arias-Torres, S., Cely, D., Pinilla-Fonseca, V. y Pinzón, A. (2023). Relación entre trastornos alimentarios y familia e ideación suicida en adolescentes escolarizadas de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 25(4). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642023000400004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642023000400004)
- Gruber, M., König, D., Holzhäuser, J., Castillo, D., Blüml, V., Jahn, R., Leser, C., Werneck-Rohrer, S. y Werneck, H. (2020). Parental feeding practices and the relationship with parents in female adolescents and young adults with eating disorders: A case control study. *PLoS One*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242518>
- Hayes, E., Tweedy, N. y Chapman, V. (2024). Reimagining care: effectiveness of modifying an adolescent eating disorder intensive service. *BJPsych Bulletin*, 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38749915/>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Hernangómez, L. (2018). Apego y trastornos alimentarios: implicaciones para la intervención psicoterapéutica. *Revista de psicoterapia*, 29(111). <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34968/25956>
- Herpertz-Dahlmann, B., Borzikowsky, C., Altdorf, S., Heider, K., Dempfle, A. y Dahmen, B. (2021). ‘Therapists in action’—Home treatment in adolescent anorexia nervosa: A stepped care approach to shorten inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 427-442. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2755>
- Hoek H. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Irueste, P., Guatrochi, M., Pacheco, S. y Delfederico, F. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Revista Redes*, (41), 11-18. <http://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/44>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., y Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form – Quantitative Studies*. McMaster University.
- López, C. y Treasure, J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703960>

- López, C., Herrero O. y Botella L. (2014). Dinámica Familiar y Vínculo Parental en Pacientes Diagnosticados de Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*. 25 (99), 69-81. <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34819>
- Lorán, M. y Sánchez, L. (2013) *Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón*. Editorial Amat.
- Losada, A. y Bidau, C. (2017). Familia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 16, 30-49. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe004>
- Losada, A. y Charro A. (2018). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Estilos Parentales. *Perspectivas Metodológicas*. 1 (21), 87-112. <https://doi.org/10.18294/pm.2018.1901>
- Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G. y Sfarlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 10(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00661-3>
- Matthews, A., Bruening, A., Aarnio-Peterson, C. y Kramer, R. (2023). Predictors of caregiver burden before starting family-based treatment for adolescent anorexia nervosa and associations with weight gain during treatment. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 21. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01553-4>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2016). Lineamientos operativos para la intervención a personas con trastornos de la Ingesta de Alimentos: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2021/09/Lineamientos-Anorexia-y-Bulimia-nerviosa.pdf>
- Monteleone, A., Cascino, G., Salerno, L., Schmidt, U., Micali, N., Cardi, V., y Treasure, J. (2023). A network analysis in adolescent anorexia nervosa exploring the connection between both patient and carer reactions and outcome. *European Eating Disorders Review*, 31(1), 65-75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10084280/>
- Moskovich, A., Timko, C., Honeycutt, L., Zucker, N., y Merwin, R. (2017). Change in expressed emotion and treatment outcome in adolescent anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 25(1), 80-91. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1255111>
- Murray, S., Anderson, L., Cusack, A., Nakamura, T., Rockwell, R., Griffiths, S. y Kaye, W. (2015). Integrating family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: preliminary outcomes of an open pilot trial. *Eating disorders*, 23(4), 336-344. <https://escholarship.org/uc/item/78h576qw>
- Nelson, J., Trojanowski, P., Aarnio-Peterson, C., Fischer, S., Adams, L. y Matthews, A. (2023). Caregiver and adolescent intuitive eating behavior: associations with weight change during family-based treatment for anorexia nervosa. *Eating and weight disorders: EWD* 28(1), 32. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01557-0>
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10 (1), 11-20. <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. *WHO (10)*. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Ortiz, L., Aguiar, C., Samudio, G. y Hermosilla, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge? *Pediatría (asunción)*, 44(1), 37-42. <https://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v44n1/1683-9803-ped-44-01-00037.pdf>
- Padilla-Gamez, N. (2015). Reseña del libro Familia y Psicología de Analía Verónica Losada. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. 1 (2), 285-290. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816253>
- Papalia, D., Feldman, R., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano* (12<sup>a</sup> ed.) McGraw-Hill Education.
- Pinto, B. y Aramayo, S. (2010). Estructura Familiar de Agresores Sexuales. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 8(1), 58-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545465004>
- Raich, R. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- Ramírez, P. (2023). La influencia bidireccional entre los trastornos de alimentación y la dinámica familiar [Tesis de grado en Psicología, Universidad Pontificia]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/73530>
- Rienecke, R., Gorrell, S., Blalock, D. V., Smith, K., Lock, J. y Le Grange, D. (2021). Expressed emotion and long-term outcome among adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 2019-2024.
- Rienecke, R., Sim, L., Lock, J. y Le Grange, D. (2016). Patterns of expressed emotion in adolescent eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1407-1413. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12594>
- Sainos-López, D., Sánchez-Morales, M., Vázquez-Cruz, E., y Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención familiar*, 22(2), 54-57. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300499>
- Sepúlveda, A., Moreno, A., y Beltrán, L. (2020). Actualización de las intervenciones dirigidas al contexto familiar en los trastornos del comportamiento alimentario: el rol de los padres. *Revista de psicoterapia*, 31(115), 49-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279509>
- Serra, M. (2015). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial UOC
- Siguencia, J. (2024). *Prevalencia de trastornos alimentarios en Ecuador*. [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Cuenca]. DSpace. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f20706ac-6c9f-4304-ae87-e956b52919f9/content>
- Stewart, W., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S., Dodge, E., Halmi, K., Jo, B., Jhonson, C., Kaye, W. y Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1279-1286. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6169309/>

- Suárez, P., y Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12 (20) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573534>
- Tello, M. (2023). *TCA y Factores de Protección en la Familia* [Tesis de pregrado, Universidad Pontificia]. Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/829548>
- Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 33(3), 597-604. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Valenzuela, F., Lock, J., Le Grange, D. y Bohon, C. (2018). Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 253-258. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6010314/>
- Van Huysse, J., Lock, J., Le Grange, D., y Rienecke, R. (2022). Weight gain and parental self-efficacy in a family-based partial hospitalization program. *Journal of eating disorders*, 10(1), 116. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-022-00634-6>
- Vargas, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Viveros, E. (2010). Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 388-406. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587017>
- Viveros, E., y Arias, L. (2006). Dinámicas internas de las familias con jefatura femenina y menores de edad en conflicto con la ley penal: características interaccionales. *Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó*.
- Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R., Cao, L., y Touyz, S. (2017). How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa?. *Journal of Eating Disorders*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0184-9>