



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Trastornos de la Conducta Alimentaria, un Estudio de Caso Único

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica

Autora:
Natalia Betzabé Mogrovejo Peláez

Directora:
María Verónica Sarmiento Jara

Cuenca – Ecuador

2025

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por su guía y fortaleza en cada paso de este camino, “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” (Filipenses 4:13). A mi madre, por su amor incondicional y ejemplo de perseverancia que me inspiran a seguir adelante. También a esa persona especial, cuya presencia y apoyo han llenado de luz mis días y me han motivado a seguir adelante a pesar de los obstáculos.

Agradecimiento

Agradezco profundamente a quienes me acompañaron en este proceso: mi madre, por su paciencia y confianza; mis maestros y colegas, por su guía y enseñanzas; y a Dios, por darme la fuerza para superar los desafíos y ser mi pilar de vida. A esa persona especial, gracias por tu apoyo constante y por recordarme siempre mi valor, aún en los momentos más difíciles.

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas graves caracterizadas por comportamientos disfuncionales frente a la comida, distorsión de la imagen corporal y preocupación excesiva por el peso. Incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros no especificados. Su origen es multifactorial, combinando factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales; presentan alta prevalencia en adolescentes y jóvenes universitarios, especialmente mujeres, y una elevada comorbilidad con depresión y ansiedad. La presente investigación se desarrolló mediante un estudio de caso único con enfoque cualitativo descriptivo-interpretativo, empleando entrevistas clínicas, escalas psicométricas (MCMI-IV, BDI, DASS-21, Eat-26), genograma y análisis temático de sesiones terapéuticas. El caso corresponde a una estudiante universitaria de 18 años con antecedentes de conductas purgativas, baja autoestima y duelo no elaborado. Los resultados evidenciaron sintomatología depresiva leve, rasgos anancásticos, rigidez emocional y dificultad para expresar sentimientos, interpretándose el síntoma alimentario como una forma de control y comunicación no verbal dentro de una familia con límites rígidos y escasa expresión afectiva. Aunque la usuaria abandonó el proceso terapéutico antes de concluirlo, se planificó un abordaje completo basado en el modelo estructural sistémico, con doce sesiones orientadas a flexibilizar límites, trabajar el duelo y fortalecer la expresión emocional. Se concluye que los TCA requieren una intervención interdisciplinaria e integral que contemple la dinámica familiar, el contexto sociocultural y la prevención en entornos deportivos y educativos.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, terapia familiar sistémica, estudio de caso único.

Abstract

Eating disorders (EDs) are severe psychological disorders characterized by dysfunctional eating behaviors, distortion of body image, and excessive preoccupation with weight. They include anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and others not specified. Its origin is multifactorial, combining biological, psychological, family and sociocultural factors; they have a high prevalence in adolescents and young university students, especially women, and a high comorbidity with depression and anxiety. The present research was developed through a single case study with a qualitative descriptive-interpretative approach, using clinical interviews, psychometric scales (MCMI-IV, BDI, DASS-21, Eat-26), genogram and thematic analysis of therapeutic sessions. The case corresponds to an 18-year-old university student with a history of purgative behaviors, low self-esteem and unprocessed grief. The results showed mild depressive symptoms, anancastic traits, emotional rigidity and difficulty expressing feelings, interpreting the eating symptom as a form of control and nonverbal communication within a family with rigid boundaries and little affective expression. Although the user abandoned the therapeutic process before concluding it, a complete approach based on the systemic structural model was planned, with twelve sessions aimed at relaxing limits, work on grief and strengthen emotional expression. It is concluded that EDs require an interdisciplinary and comprehensive intervention that considers family dynamics, the sociocultural context, and prevention in sports and educational settings.

Keywords: Eating disorders, body image, systemic family therapy, single case study, eating disorder unspecified.

Índice de contenido

Resumen	4
Abstract	5
Trastornos de la Conducta Alimentaria, un Estudio de Caso Único	9
Capítulo 1	11
Marco teórico.....	11
Tipos de trastornos alimenticios	13
Causas y consecuencias de los trastornos alimenticios	15
Influencias familiares.....	20
Capítulo 2	29
Metodología	29
Tipo de investigación:.....	29
Participantes:.....	29
Criterios de inclusión:.....	29
Criterios de exclusión:	29
Alcance:.....	30
Instrumentos:	30
Análisis de datos:.....	30
Procedimiento:	30
Consideraciones éticas:.....	31
Capítulo 3	32

Resultados:	32
Motivo de consulta	32
Antecedentes disfuncionales familiares.....	32
Antecedentes disfuncionales personales.....	33
Historia del síntoma.....	33
Biografía psicológica.....	33
Historia familiar.....	35
Resultados de pruebas psicológicas	35
Diagnóstico:	37
Hipótesis sistémicas:	38
Discusión	41
Plan terapéutico:	48
Conclusión	50
Referencias	52

Índice de tablas

<i>Tabla 1 Relación entre las hipótesis del modelo sistémico y el caso clínico</i>	38
<i>Tabla 2 Modelo sistémico aplicado al caso: hipótesis, análisis clínico y sesiones de intervención.....</i>	45
<i>Tabla 3 Plan terapéutico.....</i>	48

Trastornos de la Conducta Alimentaria, un Estudio de Caso Único

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una problemática de salud mental compleja y multifactorial que afecta principalmente a adolescentes y jóvenes, caracterizándose por patrones persistentes de preocupación por el peso, la figura corporal y la alimentación (Ayuso-del Valle & Covarrubias-Esquer, 2019; Gaete & López, 2020). Estas conductas, que incluyen la restricción alimentaria, los atracones y las purgas, trascienden lo biológico y se inscriben en dinámicas psicológicas y relaciones más amplias (Arija-Val et al; 2022; Berengüí et al; 2016). En este contexto, la comprensión de los TCA requiere un abordaje integrador que considere tanto los factores individuales como las influencias familiares y socioculturales que los sustentan (Rivarola & Penna, 2006; González, 2021).

En los últimos años, los estudios han señalado que los TCA presentan una mayor incidencia en mujeres jóvenes, particularmente en entornos donde la autoexigencia, el perfeccionismo y la presión social por cumplir con estándares estéticos son elevados (Arija-Val et al; 2022; Martínez & López, 2020). Sin embargo, más allá de la dimensión sintomática, estos trastornos reflejan procesos emocionales y vínculos familiares disfuncionales, donde la comunicación, la expresión afectiva y los límites entre los miembros del sistema familiar juegan un papel decisivo en su aparición y mantenimiento (González, 2021; Ruíz Martínez et al; 2013).

Desde esta perspectiva, el modelo sistémico estructural ofrece un marco teórico y clínico idóneo para el análisis de los TCA, ya que permite comprender al individuo no como una unidad aislada, sino como parte de un sistema de relaciones interdependientes (Minuchin, 1978; Nichols, 2013). Este enfoque sostiene que los síntomas no son manifestaciones exclusivamente personales, sino expresiones simbólicas que mantienen el equilibrio y la homeostasis familiar, funcionando como una forma de comunicación

dentro del sistema (Minuchin, 1978; Soria-Trujano, 2010). En consecuencia, la intervención terapéutica debe orientarse tanto al cambio individual como a la transformación de las interacciones familiares (Eisler et al; 2000; Lock & Le Grange, 2013).

El presente trabajo desarrolla un estudio de caso único sobre una paciente universitaria con sintomatología compatible con un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (F50.9), abordado desde la terapia familiar sistémica. El estudio busca analizar los factores individuales, emocionales y familiares implicados en la configuración del trastorno, así como diseñar e implementar un plan de intervención terapéutica basado en las hipótesis sistémicas (Jiménez & Comet, 2016). A través del análisis de la historia vital, las pruebas psicológicas y las sesiones de intervención, se pretende evidenciar cómo las dinámicas familiares, los roles y los mandatos transgeneracionales inciden en la aparición y mantenimiento del síntoma (González, 2021; Ruíz Martínez et al; 2013).

En suma, esta investigación busca articular la teoría con la práctica clínica, aportando una comprensión integral del fenómeno alimentario desde el enfoque sistémico y ofreciendo una propuesta terapéutica que no solo promueva la mejoría individual, sino también la reorganización funcional del sistema familiar, condición necesaria para un cambio profundo y sostenido (Eisler et al; 2000; Nichols, 2013).

Capítulo 1

Marco teórico

La conducta alimentaria se concibe como el conjunto de acciones que realiza una persona como respuesta a factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con la ingesta de alimentos. Cuando este comportamiento se altera, puede dar lugar a prácticas de riesgo y al desarrollo de trastornos alimentarios y de la ingesta de comida. (Berengüí et. al, 2016).

Los modelos estéticos promovidos por los medios de comunicación, el impacto de redes sociales y la presión social para ajustarse a determinados parámetros corporales ejercen una influencia determinante en la aparición de estos trastornos. (Martínez & López, 2020). La búsqueda de un ideal de belleza o la aspiración a un cuerpo “perfecto” constituye una de las principales motivaciones que impulsa a los jóvenes a adoptar conductas alimentarias restrictivas.

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) abarcan una serie de comportamientos dañinos asociados a la preocupación excesiva por el peso, la figura y los alimentos. Muchas de estas prácticas están relacionadas con el intento de disminuir o controlar el peso corporal. Entre ellas se identifican los atracones, dietas crónicas y restrictivas, uso abusivo de diuréticos, laxantes o anfetaminas, vómito autoinducido y ayunos prolongados. (Berengüí et. al, 2016).

Portela de Santana et. al (2012) sostienen que los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) representan patologías psiquiátricas graves, caracterizadas por alteraciones en la actitud, comportamiento y consumo de alimentos, acompañadas generalmente de una intensa preocupación por la forma corporal o el peso. Estos

trastornos son complejos de tratar, perjudiciales para el bienestar físico y nutricional, aumentando el riesgo de desnutrición u obesidad, además de asociarse a baja calidad de vida, alta comorbilidad psicosocial y mayor mortalidad temprana.

Aunque la etiología de los TCA no ha sido completamente esclarecida, las investigaciones indican que tanto los factores genéticos como los ambientales inciden en su desarrollo. Por tal razón, el periodo considerado de riesgo abarca desde la etapa prenatal hasta la adultez. (Arija et. al, 2022).

En términos epidemiológicos, la prevalencia de TCA alcanza el 2,2 % (0,2–13,1 %) en Europa, 3,5 % (0,6–7,8 %) en Asia y 4,6 % (2,0–13,5 %) en América. Además, se evidencia una alta comorbilidad con trastornos como depresión, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de personalidad. (Arija et. al, 2022).

Asimismo, la mayoría de personas diagnosticadas con un TCA presenta comorbilidades como depresión o trastornos de ansiedad, alcanzando una prevalencia de hasta el 83%. Entre los trastornos psiquiátricos asociados también se reportan trastorno obsesivo compulsivo, ataques de pánico, trastorno bipolar, abuso de sustancias, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de estrés postraumático. (Ayuzo y Covarrubias, 2019).

El concepto de imagen corporal es fundamental para comprender los TCA. Hilde Bruch (1965, como se citó en Rivarola et. al, 2006) fue pionera en plantear la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, señalando que estas patologías implican: a) alteración del concepto corporal propio; b)

distorsión en la percepción e interpretación de sensaciones fisiológicas, particularmente interoceptivas; y c) percepción de pérdida de control sobre las funciones corporales.

Tipos de trastornos alimenticios

De acuerdo con lo establecido en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, como se citó en Berengüí et. al, 2016), los trastornos alimentarios y los trastornos de la ingestión comprenden categorías como anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE), pica, rumiación, trastorno por atracón y trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta. Al tratarse de alteraciones de origen multifactorial, su comprensión solo es posible mediante el análisis de la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen tanto en la predisposición a padecerlos como en su desarrollo y mantenimiento (Behar, 2004, como se citó en Berengüí et. al, 2016).

Cruzat et. al (2008) sostienen que la anorexia nerviosa se define principalmente por el rechazo a conservar un peso corporal considerado mínimo o saludable, acompañado de miedo intenso a incrementar de peso y una distorsión significativa respecto a la percepción del propio tamaño o figura corporal. Clínicamente, la anorexia nerviosa es conceptualizada como un síndrome específico que se caracteriza, conforme a los criterios del DSM-IV, por la negativa a mantener un peso mínimo normal, un miedo persistente a subir de peso, alteraciones en la imagen corporal y aparición de amenorrea en mujeres. En relación con sus subtipos, Bravo Rodríguez et. al (2000) distinguen dos variantes: el tipo restrictivo y el tipo compulsivo/purgativo.

Lozano (2012) explica que en las personas con anorexia nerviosa se observan alteraciones en tres dimensiones fundamentales del funcionamiento psicológico: en la

imagen del cuerpo, en el procesamiento de señales internas y externas (especialmente del hambre) y en la sensación generalizada de ineeficacia personal.

En contraste, la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios cíclicos y repetitivos de ingesta compulsiva (atracones), seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayunos estrictos y ejercicio físico extremo. (Cruzat et. al, 2008).

Los trastornos alimentarios no especificados (TANE) engloban tanto el trastorno por atracón como otros trastornos que no cumplen estrictamente con los criterios diagnósticos de AN o BN. En el caso del trastorno por atracón, se describe la presencia de episodios de ingesta exagerada acompañados de sensación de pérdida de control, sin la realización de conductas compensatorias posteriores. Posterior a estos episodios suelen aparecer sentimientos de ansiedad, depresión o culpa. (Portela de Santana et. al, 2012).

Baile (2014) detalla que el trastorno por atracón implica un patrón alterado de conducta alimentaria en el que la persona presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva. Durante ellos, la cantidad consumida supera ampliamente lo que comería cualquier persona en el mismo intervalo temporal, y se acompaña de una marcada sensación de falta de control. En casos extremos, el consumo calórico en un episodio puede alcanzar hasta 20.000 kcal.

La literatura registra que el trastorno por atracón (TPA) ha sido reconocido desde la década de 1950, vinculado inicialmente a la bulimia nerviosa (BN) y asociado principalmente a contextos de obesidad en una sociedad que coloca la delgadez como un ideal estético dominante. (Cuadro y Baile, 2015).

En el caso de la pica, esta se identifica como la ingesta persistente de sustancias crudas no comestibles. Su denominación proviene del término latino *pica* (referido al ave Pica pica), cuya conducta alimentaria se asemeja a la de quienes padecen la alteración. Respecto al trastorno de rumiación, este se caracteriza por la regurgitación repetida de alimentos parcialmente digeridos que luego son remasticados y tragados nuevamente o expulsados. Esta conducta también recibe el nombre de mericismo. (Medina-Tepal et. al, 2021).

La ortorexia nerviosa (ON), aunque no se encuentra reconocida en los manuales diagnósticos DSM-V o CIE-10, se define como una obsesión patológica por la alimentación considerada “saludable” o “pura”, lo que genera una relación emocional disfuncional y autopenitente con la comida que deriva en una dieta restrictiva, excesivo control sobre la preparación de los alimentos y aparición de rituales durante la alimentación (Bratman, 1997). En esta condición, la mayor preocupación no se centra en la cantidad de comida ingerida, sino en su calidad, favoreciendo alimentos orgánicos, integrales y libres de químicos. Este patrón genera un importante gasto de tiempo en la verificación de procedencia, composición y preparación de alimentos, así como en la planificación estricta de los menús (Ruiz y Quiles, 2021).

Causas y consecuencias de los trastornos alimenticios

El surgimiento de la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y particularmente de los síndromes parciales es más frecuente durante la adolescencia, etapa en la que confluyen notables cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados a la preocupación por la apariencia física. Las adolescentes y mujeres jóvenes constituyen el grupo con mayor prevalencia de TCA; aunque estos trastornos también se

presentan en varones adolescentes y en niños en edad escolar. (Portela de Santana et. al, 2012).

La evidencia científica sostiene que los factores causales de los TCA son múltiples, complejos e interrelacionados. Su origen se explica mediante la interacción de variables biológicas, psicológicas y socioculturales que afectan el comportamiento, dificultando la delimitación clara de su etiología. En consideración de dicha complejidad, la adolescencia se convierte en un periodo altamente vulnerable, ya que las alteraciones alimentarias pueden interferir con procesos de desarrollo, provocando serias repercusiones para la salud. Por ello, Portela de Santana et. al (2012) enfatizan la necesidad de profundizar en investigaciones que aborden la epidemiología y factores de riesgo, especialmente en los TCA durante esta etapa del desarrollo.

Desde la perspectiva biológica, algunos individuos muestran una predisposición genética que incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos alimentarios. De igual forma, alteraciones en hormonas relacionadas con el control del apetito podrían influir en la aparición de estas patologías (Díaz y Pérez, 2021). Junto a ello, las conductas alimentarias alteradas (ACA) guardan estrecha relación con trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y trastorno obsesivo compulsivo (Córdoba y Martínez, 2018).

En cuanto a las complicaciones médicas, Peña (2020) sostiene que los pacientes con TCA pueden experimentar afecciones en múltiples sistemas y órganos, producto tanto de conductas restrictivas como purgativas, así como de la pérdida significativa de peso y la duración de la enfermedad. Reconocer estas alteraciones facilita diagnósticos oportunos y permite derivar a los pacientes a equipos especializados, siendo algunas de estas complicaciones claves diagnósticas en cuadros clínicos complejos.

Gabler et. al (2017) explican que la pérdida de peso, malnutrición y conductas purgativas explican la amplia variedad de complicaciones médicas en la anorexia nerviosa. Estas se observan en la mayoría de los sistemas corporales, representando más de la mitad de las muertes asociadas al trastorno. Junto con el alto riesgo de suicidio, la anorexia es considerada el trastorno psiquiátrico con mayor tasa de mortalidad, la cual alcanza 5,1 por cada 1000 personas al año. Estudios como el metaanálisis de Arcelus (2011) señalan que la edad tardía de inicio del trastorno predice mejor la mortalidad que el índice de masa corporal. Así mismo, factores como consumo de alcohol y la presencia de comorbilidades psiquiátricas también influyen. A pesar de la gravedad, Gabler et. al (2017) destacan que dichas complicaciones muestran adecuada respuesta cuando se brinda tratamiento precoz.

Dentro de las repercusiones orgánicas, la piel presenta alteraciones considerables en personas con anorexia nerviosa. Gabler et. al (2017) explican que estas manifestaciones se agrupan en cuatro categorías: las ocasionadas por inanición o malnutrición, las derivadas de vómitos autoinducidos, aquellas asociadas al consumo de fármacos, y las originadas por comorbilidades psiquiátricas. En el primer grupo, sobresalen la alopecia frontal, descrita hasta en el 61% de los pacientes; la aparición de vello tipo lanugo en espalda, abdomen y antebrazos, especialmente en adolescentes; y la xerosis o resequedad cutánea producto de la disminución de lípidos en la piel desde las etapas iniciales de restricción alimentaria.

Entre los daños causados por los vómitos se destaca el signo de Russell, característico de la bulimia nerviosa. En relación con los efectos secundarios por medicamentos, puede presentarse fotosensibilidad asociada al uso de diuréticos tiazídicos. Asimismo, dentro de los signos derivados de trastornos psiquiátricos

coexistentes, se observan cicatrices por autolesiones frecuentes en pacientes con comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. (Gabler et. al, 2017).

Con respecto al sistema gastrointestinal, las molestias son altamente frecuentes y variadas en personas con TCA. Salvioli (2013, como se citó en Gabler et. al, 2017) indica que alrededor del 96% de pacientes experimentan sensación de plenitud después de comer, mientras que un 90% presenta distensión abdominal. Por su parte, Wang (2014, como se citó en Gabler et. al, 2017) señala que entre 83% y 94% de los afectados cumplen criterios de algún trastorno digestivo funcional, siendo el síndrome de distress postprandial el más común (45%), seguido del síndrome de intestino irritable (41%). Estos resultados demuestran la estrecha relación entre trastornos alimentarios y alteraciones digestivas.

Gaete y López (2020) advierten que los TCA producen deterioro significativo en la calidad de vida y altos índices de morbilidad y mortalidad. Aunque las tasas de mortalidad varían de 0 a 22,5% en anorexia nerviosa, el pronóstico mejora notablemente cuando el tratamiento se inicia en etapas adolescentes.

En relación con datos más específicos, Brito (2015) señala que la mortalidad en la anorexia alcanza el 10%, asociada a infecciones, inanición, complicaciones gastrointestinales, desnutrición severa, desequilibrios electrolíticos y suicidio. Además, una cuarta parte de los casos persiste crónicamente, pudiendo requerir más de cuatro años para una recuperación total. En la bulimia nerviosa, la mortalidad estimada es del 5%, y sus conductas purgativas generadoras pueden producir erosión del esmalte dental, esofagitis, deshidratación crónica, fallas renales y otras complicaciones.

Dado el carácter multidimensional de los TCA —que involucra elementos psicológicos, biológicos y socioculturales—, se requiere una evaluación comprehensiva que permita comprender su origen y las variables que contribuyen a su mantenimiento. El estudio de caso único resulta útil para analizar en profundidad las dinámicas individuales y familiares implicadas, aportando información relevante para un diagnóstico certero y una intervención eficaz. Bajo esta perspectiva, el modelo estructural de terapia familiar sistémica plantea que la familia funciona como un sistema abierto constituido por patrones de interacción denominados estructura familiar, donde las relaciones entre los miembros determinan su funcionamiento.

Desde esta visión, los problemas psicológicos son resultado de dinámicas familiares, y su abordaje debe centrarse en la intervención del sistema completo y no únicamente del individuo. (Soria, 2010).

En el enfoque sistémico, la estructura familiar adquiere un papel fundamental, ya que la forma en que se organizan sus miembros, los roles que desempeñan y la manera en que se comunican constituyen factores determinantes que pueden favorecer o impedir el desarrollo de problemáticas psicológicas. (Soria, 2010).

De acuerdo con Bertalanffy (1987, como se citó en Acevedo, 2014), un sistema consiste en una serie de elementos interdependientes que se afectan mutuamente y actúan en función de un objetivo compartido. Su esencia no solo depende de la suma de las partes, sino también de las relaciones que se generan entre ellas. Cada elemento posee una función y su interacción produce distintos niveles jerárquicos y niveles de complejidad. Entre los principios de la teoría general de sistemas se establece que existen subsistemas dentro del sistema, y que cada sistema puede ser abierto —con interacción y disposición al cambio— o cerrado —sin intercambio con el medio

externo, manteniendo estabilidad rígida—. Asimismo, se reconoce la autorregulación de los sistemas a través de procesos de retroalimentación (homeostasis y morfogénesis), la pertenencia de todo sistema a una estructura mayor llamada suprasistema, y la importancia de las interrelaciones en la comprensión de los fenómenos. En este sentido, cualquier modificación de un elemento repercute en la totalidad, y el comportamiento está determinado por una dinámica circular. (Acevedo, 2014).

Investigaciones actuales realizadas en América Latina, específicamente en Ecuador, han identificado un incremento de TCA en jóvenes, relacionado con patrones familiares disfuncionales tales como la parentificación, dependencia emocional y dificultades en el establecimiento de límites. (Universidad Andina Simón Bolívar [UASB], 2023).

Influencias familiares

El funcionamiento familiar desempeña un papel clave en la salud mental y, particularmente, en el desarrollo de trastornos alimentarios. Estudios como el de Fernández et. al (2015, como se citó en Vallejos y Vega, 2020) demuestran la existencia de una relación significativa entre características familiares y presencia de TCA, observándose mayor prevalencia en familias con baja cohesión, dificultad para comunicarse, escasa flexibilidad, insatisfacción general y estructura caótica, rígida o enmarañada. (Vallejos y Vega, 2020).

La participación de la familia en la psicopatología ha sido ampliamente documentada debido a su implicación en la aparición y recuperación de los trastornos mentales. Desde una visión multifactorial, se reconoce la influencia familiar en los TCA y se subraya la necesidad de estudiar aspectos como hábitos alimentarios, dinámica

relacional y actitudes parentales ante el peso y la figura corporal debido a su impacto en la conducta alimentaria de los hijos. (Ruiz Martínez et. al, 2013; Vázquez y Raich, 1997).

En décadas anteriores, algunos modelos teóricos que describían la anorexia nerviosa en adolescentes atribuían la aparición del trastorno a estructuras familiares “psicosomáticas” o “anorexígenas”. Estas familias eran descritas como fusionadas, rígidas, enfocadas al autosacrificio y con elevada evitación del conflicto, siendo los síntomas de la hija una forma de mantener un equilibrio artificial desviando la atención de los conflictos reales. (Cruzat et. al, 2008; Ruiz Martínez et. al, 2013).

Históricamente se llegó incluso a recomendar retirar a la joven con AN de su núcleo familiar como parte del tratamiento, reforzándose la idea de que la familia era el origen directo del problema. Con el tiempo, sin embargo, las evidencias demostraron que no existe un patrón único de funcionamiento familiar responsable de los TCA, ni que las disfuncionalidades observadas sean exclusivas de estas problemáticas. Además, se ha encontrado que aún en presencia de dinámicas familiares alteradas, no puede establecerse una relación determinista, lo cual condujo a enfoques más amplios como el modelo multifactorial, que conceptualiza la influencia familiar como un factor que contribuye a los TCA, pero no como causa única. (Ruiz Martínez et. al, 2013).

Steiger et. al (1996, como se citó en Ruiz Martínez et. al, 2013) propusieron un modelo para evaluar tendencias familiares tanto en TCA como en otros trastornos psiquiátricos, incluyendo padres, madres, hijos afectados y grupos control. Sus hallazgos mostraron que la preocupación alimentaria de las madres solo tiene una correlación baja con la de sus hijas ($r = .22$), y que no existe relación significativa con las conductas de los padres. Sin embargo, ninguna característica individual de las hijas

permitió diferenciar claramente a sus familiares de personas sin TCA, lo que sugiere que la transmisión familiar de preocupaciones alimentarias tiene poder limitado.

Leung, Schwartzman y Steiger (1996, como se citó en Ruíz Martínez et. al, 2013) explican dos vías mediante las cuales la familia puede influir en la sintomatología alimentaria: (a) a través de la preocupación familiar por el peso y la figura, la cual puede fomentar la insatisfacción corporal y, a su vez, los síntomas de TCA; y (b) a través de la disfuncionalidad familiar, que afecta la autoestima y la percepción corporal, generando síntomas directa o indirectamente.

Diversos estudios coinciden en que el funcionamiento familiar es el factor más explorado en relación con los TCA, hallándose deterioro notable en familias afectadas en comparación con familias sin TCA. Se observan menores niveles de cohesión, adaptabilidad, expresividad emocional, independencia, respuesta afectiva y control conductual, además de falta de actividades que favorezcan el desarrollo de sus miembros y altos niveles de conflicto. (Ruíz Martínez et. al, 2013).

Dentro de las comparaciones entre distintos tipos de trastornos alimentarios, se evidencia que las características familiares varían según el diagnóstico. En el caso de la anorexia nerviosa (AN), las pacientes tienden a describir a sus familias como rígidas, con dificultades en la comunicación y en la resolución de problemas. Algunos autores sostienen que estos entornos pueden ser sobreprotectores, aunque no existe consenso absoluto, ya que otros estudios reportan bajos puntajes en cohesión, lo cual contradice la idea de sobreprotección.

En contraste, en la bulimia nerviosa (BN), las pacientes suelen percibir a sus familias con menor cohesión, menor adaptabilidad y peor comunicación, acompañadas

de insuficiente apoyo emocional y mayor presencia de conflicto. Tachi (1999, como se citó en Ruíz Martínez et. al, 2013) indica que estas familias pueden adoptar dos configuraciones: una rígida, donde predominan reglas estrictas y jerarquías autoritarias, y otra caótica, caracterizada por normas inconstantes, roles poco claros y escasa autoridad parental.

Investigaciones más recientes han comenzado a distinguir diferencias familiares según el subtipo de AN. Por ejemplo, estudios muestran que, en el subtipo purgativo, tanto pacientes como madres perciben menor comunicación y adaptabilidad familiar en comparación con el subtipo restrictivo. Sin embargo, estos hallazgos requieren mayor investigación para consolidarse, ya que las muestras aún son limitadas. (Ruiz Martínez et. al, 2013).

En relación con los TCANE, aunque constituyen el tipo más frecuente de trastorno alimentario, la literatura disponible es más reducida en cuanto a su estudio familiar. Según Vidovic et al. (2005, como se citó en Ruiz Martínez et. al, 2013), las familias de personas con TCANE muestran menor cohesión y comunicación comparadas con familias sin TCA, pero no difieren en su capacidad de adaptación.

Por otro lado, Vázquez, Ruiz, Álvarez, Mancilla y Tena (2010, como se citó en Ruiz Martínez et. al, 2013) describen estos entornos como organizados, orientados al logro y relativamente cohesionados, pero con baja expresión emocional, lo que representa un factor de riesgo, pues inhibe la manifestación y regulación adecuada de emociones. Para obtener conclusiones sólidas, se requiere un mayor número de estudios ya que actualmente los resultados no son suficientes para describir un patrón estable o único.

Resulta indispensable incorporar en el análisis la forma en que distintos miembros perciben el funcionamiento familiar, debido a que las percepciones pueden variar sustancialmente en cada rol.

Por ello, algunos estudios han optado por evaluar a hijas, madres y padres, como el de Sánchez et al. (2003, como se citó en Ruíz Martínez et. al, 2013), donde se examinaron 57 mujeres con TCA (19 con AN y 38 con BN) entre 17 y 26 años, junto con sus padres. Los resultados mostraron que todos los miembros situaron el funcionamiento familiar en un nivel medio; sin embargo, las hijas reportaron menor cohesión y expresión emocional que las madres, y mayor percepción de conflicto que ambos padres. Aunque esto confirma que la paciente percibe la dinámica familiar de manera más deteriorada, la ausencia de grupo control impide determinar si esta percepción también se presenta en familias sin TCA.

Un ejemplo significativo es el estudio caso-control de Galmiche y colegas (2022), el cual comparó a personas con TCA con controles sin patología alimentaria. Los autores encontraron que los TCA se relacionan con mayores niveles de malestar emocional, conductas de riesgo para la salud, peor calidad de vida y mayor presencia de comorbilidades médicas, especialmente trastornos digestivos y condiciones dolorosas crónicas. También subrayan que, aunque existen perfiles clínicos distintos (restrictivos, bulímicos o compulsivos), todos comparten un núcleo caracterizado por insatisfacción corporal, afecto negativo y patrones rígidos de alimentación, lo que refuerza la necesidad de evaluaciones comprensivas que aborden más allá del síntoma alimentario (Galmiche et al; 2022).

La idea de un desarrollo progresivo del trastorno se observa también en el caso presentado por Kovács y Boros (2025) en *Frontiers in Psychology*. Las autoras

describen a una atleta que inicialmente presentaba baja disponibilidad energética, menstruación ausente y restricción alimentaria, evolucionando posteriormente hacia una anorexia nerviosa plenamente constituida. El caso resalta el papel de la RED-S, las exigencias del deporte competitivo y los fallos en el abordaje multidisciplinario, mostrando que los TCA suelenemerger gradualmente y que la coordinación profesional es clave para prevenir complicaciones médicas severas (Kovács & Boros, 2025).

La literatura también insiste en la importancia de diferenciar entre alimentación desordenada y TCA. El estudio de BJPsych Open ilustra esta problemática a través del caso de una adolescente hospitalizada por una pérdida de peso extrema. A pesar de la sospecha inicial de un TCA, la evaluación detallada reveló que su cuadro correspondía mejor a un patrón de alimentación desordenada vinculado con baja autoestima, ansiedad e influencias familiares, más que a un diagnóstico formal. Este caso demuestra la necesidad de valoraciones integrales, multidisciplinarias y sensibles al contexto, especialmente en población adolescente (Wright & Hagger, 2015).

Otra línea de evidencia proviene de los casos clínicos sobre ortorexia nerviosa, un fenómeno creciente caracterizado por la obsesión patológica con la alimentación “saludable”. Barthels y Fischer (2024) analizaron cinco casos con características heterogéneas: desde temor intenso a “comidas poco saludables”, hasta rutinas rígidas de ejercicio o dietas extremas. Los autores señalan que la ortorexia puede funcionar como una estrategia de afrontamiento de otros TCA o como una entidad con características propias, planteando interrogantes sobre su estatus diagnóstico y mostrando la necesidad de comprender la conducta alimentaria desde una perspectiva menos categórica y más contextualizada (Barthels & Fischer, 2024).

La amplitud del espectro se observa también en trastornos de la ingesta como el ARFID, descrito en el caso estudiado por Brown y colaboradores (2020), donde un niño de 12 años fue tratado mediante un modelo conductual facilitado por los padres. El tratamiento se basó en modificar asociaciones aversivas vinculadas a la comida y empleó exposición gradual y estrategias de aprendizaje. Aunque el ARFID difiere de la anorexia y la bulimia por su falta de preocupación por el peso o la figura, comparte con los TCA la importancia de la familia, la regulación emocional y los procesos de aprendizaje, mostrando que las intervenciones requieren adaptaciones precisas según el caso (Brown et al; 2020).

Por su parte, Harrington et al. (2023) examinan los factores contemporáneos que contribuyen tanto a la aparición como a la persistencia de los TCA. Sus hallazgos muestran que la internalización del ideal corporal, la sensibilidad interpersonal elevada y las experiencias tempranas de invalidación emocional actúan como factores de vulnerabilidad, reforzando patrones de autoexigencia, perfeccionismo y preocupación corporal. Este estudio subraya que los TCA emergen a partir de la interacción entre predisposiciones individuales, presiones socioculturales y dinámicas familiares, consolidando la visión de los TCA como fenómenos multifactoriales.

Desde una perspectiva neuropsicológica, un análisis publicado en Clinical Child and Family Psychology Review identifica alteraciones en el procesamiento emocional, sesgos atencionales y baja flexibilidad cognitiva en pacientes con TCA (Kolar et al; 2023). Los autores plantean que estas dificultades interfieren en la capacidad de regular afectos, tomar decisiones adaptativas y modificar patrones alimentarios desregulados, lo que refuerza la cronicidad del cuadro. Esta evidencia neurobiológica complementa los

modelos psicológicos tradicionales al mostrar que los TCA también involucran fallas en procesos ejecutivos y afectivos.

En cuanto al tratamiento, Waller y Mountford (2020) destacan la importancia de integrar modelos terapéuticos, combinando estrategias cognitivas, emocionales y relacionales. Su revisión evidencia que las intervenciones más eficaces incluyen entrenamiento en regulación emocional, trabajo sobre la autoexigencia y la autocrítica, así como el abordaje de patrones interpersonales disfuncionales. Los autores argumentan que los TCA requieren intervenciones híbridas que respondan a múltiples niveles del trastorno, superando la limitación de enfoques exclusivamente cognitivos o exclusivamente familiares (Waller & Mountford, 2020).

Por su parte, Espelage et al. (2022) analizan la función emocional de los síntomas alimentarios, señalando que conductas como la restricción, los atracones y las purgas operan en muchos casos como estrategias de afrontamiento ante malestar emocional, experiencias traumáticas o vínculos interpersonales inestables. Los autores destacan que el síntoma puede cumplir una función reguladora, ofreciendo una sensación momentánea de control o alivio frente a tensiones internas o relacionales. Este enfoque enfatiza que comprender la función del síntoma es indispensable para diseñar intervenciones que atiendan no solo la conducta alimentaria, sino también su significado emocional (Espelage et al; 2022).

Finalmente, la complejidad de los TCA se hace aún más evidente en los casos donde aparecen síntomas psicóticos, como documenta Arroyo Sánchez y sus colegas (2023). En este informe, una paciente con anorexia crónica presenta ideas delirantes y alteraciones perceptuales, mostrando que entre un 10 % y 15 % de quienes padecen TCA pueden exhibir algún tipo de sintomatología psicótica. Este hallazgo sugiere

posibles conexiones neurobiológicas y cognitivas entre ambos cuadros y resalta la importancia de un manejo clínico cuidadoso, especialmente en casos con larga evolución o comorbilidades psiquiátricas (Arroyo Sánchez et al; 2023).

Estas evidencias refuerzan la necesidad de analizar las interacciones familiares considerando la subjetividad de cada integrante y no únicamente el discurso clínico de la paciente, pues su interpretación puede estar influida por la sintomatología alimentaria, el malestar emocional, los sesgos cognitivos o la comorbilidad asociada. (Ruiz Martínez et. al, 2013).

Capítulo 2

Metodología

Tipo de investigación:

La presente investigación se desarrolló mediante estudio de caso único, sustentado en una revisión documental de enfoque cualitativo y un diseño descriptivo-interpretativo. Esta metodología posibilitó un análisis detallado, profundo y contextualizado de los factores individuales, familiares y sociales involucrados en la aparición y mantenimiento del trastorno de la conducta alimentaria en una paciente específica. (Jiménez y Comet, 2016)

Participantes:

Estudiante universitaria de primer año que acude a terapia psicológica por derivación de nutriología por presentar alteraciones importantes en la conducta alimentaria.

Criterios de inclusión:

Consentimiento informado firmado por la paciente.

Criterios de exclusión:

Diagnóstico comórbido severo (psicosis, trastornos del neurodesarrollo u otros que interfieran con la capacidad para participar).

Consumo actual de sustancias psicoactivas no controladas.

Dificultades severas de comunicación o lenguaje que impidan la recolección de datos cualitativos.

Alcance:

El estudio tiene un alcance descriptivo-interpretativo. Buscó comprender los elementos subjetivos, familiares y contextuales implicados en el desarrollo del TCA en una paciente específica, así como explorar las estrategias de intervención psicológica más adecuadas.

Instrumentos:

Entrevista clínica semiestructurada.

Anamnesis y antecedentes de la paciente.

Escala de Evaluación de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3).

Inventario de Personalidad de Millon (MCMI-IV).

Genograma familiar con el objetivo de analizar la estructura, y patrones familiares que influyen en la aparición y mantenimiento del trastorno

Notas de sesión terapéutica (registro cualitativo).

Análisis de datos:

Se empleó un análisis temático cualitativo de la información obtenida a partir de registros de entrevistas, escalas y documentos clínicos. Se identificaron patrones, categorías y temas emergentes relacionados con la sintomatología, factores de mantenimiento, relaciones familiares y funcionamiento emocional de la paciente.

Procedimiento:

Solicitud de consentimiento informado y recopilación del historial clínico.

Aplicación de entrevistas clínicas, instrumentos psicométricos

Construcción de un análisis funcional de la conducta alimentaria de la paciente.

Registro y análisis de las sesiones terapéuticas en el marco de un plan de intervención sistémico.

Triangulación de los datos (entrevistas, escalas y observaciones clínicas).

Elaboración de conclusiones con base en la integración de los resultados.

Consideraciones éticas:

El estudio de caso se desarrolló bajo los principios éticos de la confidencialidad, el respeto y el consentimiento informado de la exposición de información del caso en el presente trabajo de investigación, manteniendo a la paciente bajo anonimato. Se solicitó la firma del consentimiento, y se garantiza el uso confidencial de los datos clínicos, protegiendo su identidad conforme a lo dispuesto por el código deontológico del ejercicio profesional en psicología.

Capítulo 3

Resultados:

La presentación de los resultados y su discusión constituye una parte esencial del estudio, ya que permite comprender cómo los hallazgos empíricos se articulan con los fundamentos teóricos previamente desarrollados. En este caso, se exponen los principales aspectos clínicos, familiares y personales identificados en la paciente, con el objetivo de interpretar su sintomatología alimentaria desde un enfoque sistémico. A través del análisis de la historia vital, las relaciones familiares y los patrones emocionales, se busca evidenciar cómo los factores individuales y relacionales interactúan en la aparición y mantenimiento del trastorno.

Posteriormente, la discusión integra los resultados con el enfoque sistémico y los aportes de la terapia familiar, enfatizando que los síntomas alimentarios no son únicamente manifestaciones individuales, sino expresiones de las dinámicas familiares subyacentes. Este enfoque permite profundizar en la comprensión del caso y proponer líneas de intervención más integrales y contextualizadas.

Motivo de consulta

La paciente asiste a consulta referida por la nutrióloga deportiva de la universidad ante el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

Antecedentes disfuncionales familiares

La madre fallece por un aneurisma hace un año y medio, durante su adolescencia tuvo un intento autolítico, palabras comentadas por su padre. Existe restricción emocional en el ambiente familiar.

Antecedentes disfuncionales personales

Desde temprana edad, la paciente ha presentado anemia, con necesidad de suplementación de hierro y vitaminas. Además, refiere inseguridad respecto a su imagen corporal, en particular con ciertas partes de su cuerpo, es por ello que a los 14 años se originan conductas purgativas, las cuales ha tratado de regular, pero recae. En la actualidad refiere una escoliosis en las costillas.

Historia del síntoma

El inicio del cuadro se sitúa en la adolescencia, a los 14 o 15 años, cuando comenzó a vomitar de manera voluntaria lo que comía. Aunque decidió suspender esta práctica, al poco tiempo experimentó recaídas caracterizadas por restricción alimentaria y episodios de vómito recurrente, acompañados de la sensación de que no podía detenerse. En los últimos meses, la paciente ha mantenido un patrón de control rígido sobre su peso y su cuerpo, con la creencia de que debía mantenerse siempre en un peso específico. Si bien la conducta de vomitar le genera malestar y asco, también refiere que dejar de hacerlo se le hace “extraño”, lo que evidencia la dificultad para romper con este ciclo. A esto se suma una baja autoestima, sentimientos de culpa y un marcado impacto emocional tras la muerte de su madre, lo cual se ha visto reflejado en su rendimiento académico, su vida social y su vínculo con el deporte.

Biografía psicológica

Infancia: Durante su niñez, la paciente era bastante unida a su mamá, buscaba darle la razón y aceptar lo que la madre dijese, ya que esta sabía cómo tratarla y permitirle expresar lo que sentía. Con su padre, en cambio, no existía la misma confianza. La relación con sus hermanos mayores fue distante, debido a la diferencia de edad, y además de conflictiva, especialmente con su hermana, ya que la describían como “la preferida de los padres” en especial de la madre. La usuaria creía, y su madre

le decía abiertamente, que ellos como padres, tenían más expectativas en ella, “lo que no pude hacer con tus hermanos, lo haré contigo”. Desde la infancia se destaca en el deporte – lo que hace su madre esté muy pendiente de su rendimiento, es quien se encarga de llevarle a entrenamientos, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.

En el ámbito académico se destacaba por cumplir con las metas y exigencias establecidas, lo que fue desarrollando en ella un perfeccionismo temprano. A nivel social, no tuvo problemas, aunque se reconoce como alguien reservada.

Adolescencia: A nivel familiar, comienzan los ligeros conflictos con su madre al descubrir nuevos gustos y tratar de hacer algo distinto a lo que la madre decía, la relación con sus hermanos se mantiene ligeramente distante, al igual que con el padre. En esta etapa aparecen las primeras conductas de riesgo relacionadas con la alimentación, el deporte practicado exigía que ella mantenga un peso, situación que ella la relaciona con algo que facilitó instaurar esta inseguridad y rigidez. La paciente se veía exigida tanto en el ámbito académico como deportivo, generándose sentimientos de frustración y agotamiento. En lo social, se limitaba a salir con amistades y desarrolló una fuerte necesidad de complacer a los demás, lo que dificultaba poner límites y decir “no”. Tras el fallecimiento de su madre, el impacto emocional se profundizó, consolidándose sentimientos de soledad, culpa y tristeza.

Actualidad: A los 18 años, la paciente refiere que la universidad le demanda más tiempo y esfuerzo del que esperaba. Entrena cinco días a la semana, con competencias programadas, pero la práctica deportiva es percibida más como una exigencia que como una fuente de disfrute, posterior a la muerte de la madre, deja de practicar el deporte debido a sentir obligación hacia el mismo para satisfacer las expectativas de la madre, sin embargo, retoma las prácticas debido a no desear decepcionar a su padre, a pesar de que el mismo no se encuentra pendiente al igual que la madre. En el plano familiar,

persiste el duelo por la pérdida de la madre, con un padre que no asume un rol de contención emocional. En lo social, limita sus interacciones, teme decepcionar a quienes la rodean y expresa sentirse sola. A nivel académico mantiene el compromiso, aunque reconoce que su rendimiento se vio afectado tras la muerte de su madre. La familia en general presenta dificultades para afrontar el duelo de manera conjunta, dejando a cada integrante lidiar de forma aislada con sus emociones.

Historia familiar

La paciente proviene de una familia marcada por la pérdida materna y por dinámicas de exigencia y represión emocional. Refiere que, incluso, sus hermanos le han señalado que es la única que cumple los deseos de la madre, lo cual refuerza en ella la presión de responder a dichas expectativas. Es la menor de tres hijos y, tras el fallecimiento materno, la relación más cercana la mantiene con su hermana, aunque esta reside fuera de su entorno.

La madre falleció a causa de un aneurisma, acontecimiento que significó un quiebre emocional para la familia. El padre asumió un rol sobreprotector, pero con escasa validación afectiva, transmitiéndole la idea de que debía ser fuerte y evitar mostrarse débil. El hermano mayor, de 32 años, trabaja junto al padre, mientras que la hermana, de 30 años, está casada y tiene dos hijos. Se observa que cada miembro de la familia ha enfrentado el duelo de manera aislada, lo que ha dificultado la construcción de un apoyo emocional compartido.

Resultados de pruebas psicológicas

Los instrumentos aplicados permiten contextualizar el estado emocional y los rasgos de personalidad de la usuaria:

Riesgo suicida: Este tipo de escala evalúa la presencia de pensamientos, planes o conductas suicidas, así como factores protectores y de riesgo. Resultados: 2 (sin riesgo).

Inventario de Depresión de Beck (BDI): El BDI es un autoinforme que mide la intensidad de los síntomas depresivos cognitivos, afectivos y somáticos en adultos y adolescentes. Consta de 21 ítems, cada uno con una escala de 0 a 3. Resultados: 14 (depresión leve).

DASS-21: Estrés: La Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) mide tres dimensiones emocionales: depresión, ansiedad y estrés, a través de 21 ítems en formato Likert. Resultados: 14 (leve), Ansiedad: 6 (normal), Depresión: 14 (moderada).

Escala de Hamilton para la Ansiedad: La HAM-A es una escala heteroaplicada que evalúa síntomas psíquicos y somáticos de ansiedad. Consta de 14 ítems puntuados del 0 al 4. Resultados: 11 (ansiedad leve).

PICD-11: El inventario de Rasgos de Personalidad del ICD-11 (PICD-11) identifica los dominios de funcionamiento de la personalidad según la clasificación de la OMS. Resultados: Rasgos de personalidad predominantes: anancástico, desapego y afecto negativo altos; disocial medio alto.

EAT-26: El Eating Attitudes Test (EAT-26) evalúa actitudes y comportamientos de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria, como restricción alimentaria, miedo a engordar o control excesivo del peso. Resultados: 20 puntos, resultados clínicamente significativos

Estos resultados reflejan la presencia de sintomatología depresiva leve a moderada, acompañada de estrés y ansiedad leves. Los rasgos anancásticos y de afecto negativo indican una tendencia al perfeccionismo, rigidez y autocrítica, coherente con las conductas de control y culpa observadas. El desapego emocional y el rasgo disocial

medio alto pueden relacionarse con las dificultades en la expresión afectiva y la tendencia a aislarse. En conjunto, el perfil psicológico complementa la lectura sistémica del caso, mostrando cómo los factores personales se articulan con un contexto familiar caracterizado por la represión emocional y las altas exigencias.

Diagnóstico:

Los resultados de la evaluación clínica, las pruebas psicométricas y la entrevista semiestructurada indican que la paciente presenta un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (F50.9) según la clasificación CIE-10. Este diagnóstico se establece al evidenciar preocupación persistente por el peso y la figura corporal, episodios de restricción alimentaria, patrones de ingesta irregulares y malestar emocional asociado a la alimentación, sin llegar a cumplir todos los criterios necesarios para anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. El CIE-10 define la categoría F50.9 para cuadros alimentarios clínicamente significativos que no encajan completamente en los criterios de los trastornos alimentarios específicos, pero que generan deterioro en el funcionamiento psicológico o social, lo cual coincide con el perfil de la paciente.

Adicionalmente, los resultados del BDI y la DASS-21 evidencian la presencia de afecto negativo y dificultades en la regulación emocional, mientras que la información obtenida mediante el análisis sistémico muestra dinámicas familiares disfuncionales, comunicación limitada y roles difusos que actúan como factores de mantenimiento del síntoma. En conjunto, estos hallazgos respaldan el diagnóstico F50.9, caracterizado por conductas alimentarias desadaptativas clínicamente relevantes dentro de un funcionamiento emocional y familiar vulnerable.

Hipótesis sistémicas:

Tabla 1

Relación entre las hipótesis del modelo sistémico y el caso clínico

Hipótesis del modelo sistémico	Relación con el caso clínico
1. El síntoma cumple una función dentro del sistema familiar, manteniendo su homeostasis.	Las conductas purgativas y la restricción alimentaria actúan como un “lenguaje del cuerpo” que canaliza el dolor familiar tras la muerte de la madre y evita que los demás miembros expresen abiertamente su duelo.
2. La paciente es el “paciente identificado” o portadora del síntoma familiar.	La usuaria asume el rol de “hija ejemplar” que sostiene las expectativas familiares, concentrando las tensiones no resueltas del sistema (culpa, exigencia, perfeccionismo).
3. La rigidez de los límites familiares impide la comunicación emocional y la diferenciación individual.	En la familia existe represión emocional, el padre evita expresar afecto y los hermanos no comparten el duelo; la paciente no se permite mostrarse vulnerable.
4. La lealtad invisible y los mandatos transgeneracionales condicionan el comportamiento.	La paciente repite los mandatos maternos (“sé fuerte”, “no falles”), manteniendo fidelidad inconsciente al rol de hija ideal y al sacrificio familiar.
5. La familia opera en un patrón de evitación del conflicto (mantenimiento homeostático).	Los miembros evitan hablar del dolor o del fallecimiento; el control del cuerpo sustituye la expresión emocional, manteniendo un equilibrio superficial.

6. El síntoma expresa la tensión entre pertenencia y autonomía (homeostasis vs. morfogénesis). La usuaria busca complacer a los demás y teme defraudar a la familia, pero internamente desea diferenciarse y tomar decisiones propias.

7. El cambio individual requiere un cambio relacional en el sistema familiar. La mejoría de la paciente dependerá de la transformación de la comunicación y los roles familiares, no solo del control del síntoma.

8. La morfogénesis permite la reorganización del sistema hacia un equilibrio más funcional. Al abrir espacios de diálogo y flexibilidad emocional, la familia puede reorganizarse sin depender del síntoma para mantener la cohesión.

A partir del análisis de la información obtenida en la evaluación, se plantean las siguientes hipótesis sistémicas basadas en el modelo estructural. En primer lugar, se considera que el síntoma alimentario cumple una función dentro del sistema familiar, contribuyendo a mantener su homeostasis. En este sentido, la paciente ocupa el rol de *paciente identificado*, convirtiéndose en la portadora del síntoma que expresa tensiones que no son elaboradas a nivel relacional.

Asimismo, se identifica que la rigidez de los límites familiares dificulta la comunicación emocional y la diferenciación individual, favoreciendo que el malestar se gestione a través del síntoma. A esto se suma la presencia de lealtades invisibles y mandatos transgeneracionales que condicionan el comportamiento de la paciente y moldean sus formas de vinculación. La familia también parece operar bajo un patrón de evitación del conflicto, lo que contribuye a la mantención homeostática del problema.

El síntoma, además, refleja la tensión entre pertenencia y autonomía, evidenciando el conflicto entre la necesidad de cumplir con las expectativas familiares y la búsqueda de individuación. Desde esta perspectiva, se comprende que el cambio individual requiere necesariamente de un cambio relacional dentro del sistema familiar. Finalmente, se plantea que la morfogénesis —el proceso de transformación del sistema— permitirá reorganizar las dinámicas familiares hacia un funcionamiento más flexible, saludable y adaptativo.

Discusión

El caso de la usuaria permite reflexionar desde el modelo sistémico sobre cómo los síntomas individuales, en este caso un trastorno de la conducta alimentaria, no pueden entenderse de forma aislada, sino como parte de un entramado relacional que les da sentido. A los 18 años, la usuaria presenta una historia marcada por la inseguridad respecto a su imagen corporal, conductas purgativas desde la adolescencia, baja autoestima y sentimientos de culpa, los cuales se intensificaron tras la muerte de su madre. El fallecimiento de la figura materna supuso un quiebre en el equilibrio familiar, generando un contexto en el que la expresión emocional quedó aún más reprimida y donde cada miembro afrontó el duelo de manera aislada. En este escenario, el síntoma alimentario adquiere un valor no solo personal, sino también comunicacional dentro del sistema.

Desde el enfoque sistémico, los trastornos alimentarios suelen leerse como síntomas que expresan tensiones familiares no verbalizadas, funcionando como una especie de “lenguaje” que mantiene la homeostasis del sistema (Minuchin, 1978; Nichols, 2013). En el caso de la usuaria, las restricciones alimentarias, el vómito recurrente y la rigidez en torno al peso corporal pueden entenderse como mecanismos que le permiten, por un lado, responder a las exigencias de perfeccionismo heredadas del contexto familiar y, por otro, como un llamado de atención hacia un entorno que evita la expresión del dolor. La pérdida de la madre y la dificultad del padre para mostrar emociones refuerzan en la usuaria la creencia de que “debe ser fuerte” y no manifestar debilidad. Sin embargo, al mismo tiempo, su cuerpo y su relación con la comida se convierten en el lugar donde la emoción contenida se manifiesta.

Las dinámicas familiares son centrales para comprender el síntoma. La familia de la usuaria presenta características de rigidez en los límites y de poca permeabilidad

emocional. Las reglas implícitas señalan que el sufrimiento no debe mostrarse, lo cual obliga a cada integrante a gestionar en solitario su duelo. En este marco, la usuaria emerge como “paciente identificada” o “chivo expiatorio”, canalizando en su cuerpo las tensiones que el sistema no logra procesar de forma conjunta (Nichols, 2013). El hecho de que los hermanos perciban a la usuaria como la hija que siempre cumplía los deseos de la madre refuerza este lugar de presión y expectativa, asignándole un rol difícil de sostener a nivel emocional.

El síntoma cumple así una doble función. Por un lado, refleja la internalización de la exigencia, del control y del perfeccionismo, que se expresan en la necesidad de mantener un peso específico y en la culpa frente a los deslices alimentarios. Por otro lado, actúa como un recurso de comunicación que desplaza la atención del sistema hacia la usuaria, evitando que se enfrenten directamente los conflictos y vacíos familiares. De acuerdo con Minuchin (1978), este tipo de síntomas pueden servir como mecanismos homeostáticos que impiden que las tensiones latentes salgan a la superficie, manteniendo así un equilibrio frágil.

Desde esta perspectiva, resulta clave plantear hipótesis que trasciendan lo individual. Una de ellas es que el síntoma de la usuaria mantiene a la familia cohesionada en torno a una preocupación compartida, evitando que cada miembro deba enfrentar de manera abierta su propio dolor. Otra hipótesis señala que la exigencia perfeccionista transmitida tanto en el ámbito académico como en el deportivo y familiar encuentra en la conducta alimentaria un escenario de control personal frente a un entorno poco contenedor. Finalmente, se puede suponer que, de desaparecer el síntoma sin que se transformen las dinámicas familiares, el sistema correría el riesgo de trasladar la tensión a otro miembro o a otro tipo de manifestación sintomática.

La literatura en terapia familiar sistémica respalda la idea de que los trastornos de la conducta alimentaria deben abordarse considerando la interacción entre el individuo y su contexto relacional. Estudios de intervención familiar muestran que cuando la familia participa activamente en el proceso terapéutico, los síntomas tienden a reducirse con mayor eficacia y sostenibilidad en el tiempo (Lock & Le Grange, 2013; Eisler et al; 2000). En el caso de la usuaria, el trabajo terapéutico debería orientarse a abrir canales de comunicación emocional en la familia, flexibilizar las reglas implícitas que censuran la vulnerabilidad y promover la construcción de un duelo compartido que permita resignificar la pérdida de la madre.

Las intervenciones sistémicas adecuadas incluirían entrevistas con múltiples miembros de la familia para visualizar cómo cada uno interpreta el síntoma y qué función cumple dentro de las interacciones. Asimismo, el uso de preguntas circulares permitiría explorar cómo la conducta de la usuaria influye en los demás y cómo la respuesta de los otros retroalimenta su malestar. El reencuadre del síntoma como un intento de comunicación en lugar de un simple acto patológico contribuiría a disminuir la carga de culpa en la usuaria y abriría el espacio para nuevas formas de relación. Del mismo modo, técnicas como la escultura familiar facilitarían a los miembros visualizar distancias emocionales, alianzas y conflictos, favoreciendo una reconfiguración de los vínculos.

El objetivo de la intervención no sería únicamente que la usuaria abandone sus conductas purgativas, sino que el sistema familiar desarrolle nuevas formas de relacionarse que hagan innecesario el síntoma como medio de comunicación. Esto implica que los padres puedan asumir un rol de contención emocional, que los hermanos construyan relaciones más cercanas y que la usuaria encuentre espacios para

expresar sus necesidades y emociones sin temor al juicio o al rechazo. De este modo, la mejoría sintomática se sostendría en un cambio más profundo de la dinámica relacional.

En conclusión, el análisis sistémico del caso de la usuaria muestra cómo los síntomas alimentarios son la manifestación visible de un sistema familiar atravesado por el duelo, la represión emocional y las exigencias de perfeccionismo. El modelo sistémico aporta una mirada integradora que reconoce al síntoma como un mensaje y una función dentro del sistema, más que como un problema exclusivo de la paciente. Esto permite diseñar intervenciones orientadas no solo al alivio individual, sino a la transformación del entramado relacional, lo cual resulta clave para prevenir recaídas y favorecer un cambio duradero.

Finalmente, en este caso resulta esencial utilizar el enfoque sistémico, ya que permite comprender cómo el síntoma alimentario se origina y mantiene dentro de un contexto familiar caracterizado por la rigidez emocional y la dificultad para elaborar el duelo. Este modelo posibilita intervenir no solo en la conducta de la usuaria, sino en los patrones relationales que la sostienen, facilitando así una transformación más profunda y sostenible. Además, ofrece un marco ideal para incorporar las sesiones terapéuticas desarrolladas, integrando las observaciones clínicas, las tareas intercesión y los avances en la expresión emocional dentro de una comprensión coherente del sistema familiar.

*Tabla 2**Modelo sistémico aplicado al caso: hipótesis, análisis clínico y sesiones de intervención***Sesiones terapéuticas**

Hipótesis del modelo sistémico	Relación con el caso clínico	relacionadas
1. El síntoma cumple una función dentro del sistema familiar, manteniendo su homeostasis.	Las conductas purgativas y la restricción alimentaria actúan como un “lenguaje del cuerpo” que canaliza el dolor familiar tras la muerte de la madre y evita que los demás miembros expresen abiertamente su duelo.	Sesión 2 (“Comprendión del síntoma como mensaje”) y Sesión 3 (“Duelo y vínculo materno”) buscan reencuadrar el síntoma y elaborar el duelo.
2. La paciente es el “paciente identificado” o portadora del síntoma familiar.	La usuaria asume el rol de “hija ejemplar” que sostiene las expectativas familiares, concentrando las tensiones no resueltas del sistema (culpa, exigencia, perfeccionismo).	Sesión 1 (“Alianza y exploración del sistema familiar”) y Sesión 4 (“Lealtades invisibles”) trabajan la identificación del rol dentro del sistema y los mandatos familiares.
3. La rigidez de los límites familiares impide la comunicación emocional y la diferenciación individual.	En la familia existe represión emocional, el padre evita expresar afecto y los hermanos no comparten el duelo; la paciente no se permite mostrarse vulnerable.	Sesión 6 (“Reestructuración de límites y roles”) y Sesión 7 (“Expresión emocional y permiso para sentir”) promueven límites flexibles y apertura afectiva.

4. La lealtad invisible y los mandatos transgeneracionales condicionan el comportamiento.	La paciente repite los mandatos maternos (“sé fuerte”, “no falles”), manteniendo fidelidad inconsciente al rol de hija ideal y al sacrificio familiar.	Sesión 4 (“Lealtades invisibles”) y Sesión 11 (“Integración y cierre del duelo”) permiten reconocer, resignificar y liberar estas fidelidades.
5. La familia opera en un patrón de evitación del conflicto (mantenimiento homeostático).	Los miembros evitan hablar del dolor o del fallecimiento; el control del cuerpo sustituye la expresión emocional, manteniendo un equilibrio superficial.	Sesión 2 y 3 favorecen la verbalización del conflicto y el procesamiento del duelo para romper el patrón de evitación.
6. El síntoma expresa la tensión entre pertenencia y autonomía (homeostasis vs. morfogénesis).	La usuaria busca complacer a los demás y teme defraudar a la familia, pero internamente desea diferenciarse y tomar decisiones propias.	Sesión 5 (“Identidad y diferenciación”) y Sesión 10 (“Proyecto personal y reconfiguración del futuro”) abordan la autonomía emocional.
7. El cambio individual requiere un cambio relacional en el sistema familiar.	La mejoría de la paciente dependerá de la transformación de la comunicación y los roles familiares, no solo del control del síntoma.	Sesión 9 (“Relación con el parent y figuras de autoridad”) y Sesión 12 (“Consolidación del cambio y prevención de recaídas”) trabajan la reestructuración relacional.

8. La morfogénesis permite la reorganización del sistema hacia un equilibrio más funcional.	Al abrir espacios de diálogo y flexibilidad emocional, la familia puede reorganizarse sin depender del síntoma para mantener la cohesión.	Sesiones 10 a 12 consolidan el cambio sistémico, integrando aprendizaje, autonomía y nuevos vínculos.
---	---	---

A través de esta tabla se logra visualizar la correspondencia entre la teoría y la intervención clínica, demostrando cómo cada hipótesis sistémica encuentra sustento en la historia familiar, en los patrones relacionales y en los síntomas de la usuaria. Asimismo, facilita comprender la lógica que guía el diseño de las sesiones terapéuticas, en tanto cada una responde a un supuesto sistémico particular que orienta los objetivos y técnicas de trabajo.

De esta manera, el cuadro no solo organiza la información de manera sintética, sino que integra el análisis teórico, el estudio del caso y la planificación terapéutica, fortaleciendo la validez interna del estudio. Además, ofrece una herramienta de lectura rápida y comparativa que permite evidenciar la coherencia epistemológica del enfoque sistémico aplicado, mostrando que las sesiones propuestas no son aleatorias, sino derivadas de un proceso interpretativo sustentado en hipótesis teóricas y observaciones empíricas.

Plan terapéutico:

*Tabla 3
Plan terapéutico*

Sesión	Objetivo terapéutico	Técnicas / Actividades	Tarea para casa	Fundamento sistémico
1. Alianza y exploración del sistema familiar	Establecer vínculo terapéutico y explorar estructura, límites y roles familiares.	Escultura familiar con figuras o dibujos. Genograma emocional de tres generaciones. Preguntas circulares sobre interacciones familiares.	Escribir una carta breve describiendo cómo percibe su lugar en la familia.	La sesión busca identificar la estructura y los límites del sistema (Minuchin), comprendiendo la posición de la paciente dentro del mismo.
2. Comprensión del síntoma como mensaje	Reencuadrar el TCA como expresión simbólica del sistema familiar.	Línea del tiempo del síntoma y sucesos familiares. Reencuadre positivo (“El síntoma comunica lo que no se dice”).	Diario reflexivo: “Lo que mi cuerpo intenta decir cuando no hablo”.	El síntoma se entiende como comunicación relacional y regulador homeostático del sistema (Nichols, 2013).
3. Duelo y vínculo materno	Explorar el vínculo con la madre y el duelo no elaborado.	Silla vacía (diálogo con la madre). Técnica del “yo niña” y la madre interna.	Carta a la madre: “Lo que aún necesito decirte”.	El duelo interrumpe la homeostasis familiar; trabajar la pérdida ayuda a restablecer la reorganización emocional (Minuchin).
4. Lealtades invisibles	Identificar mandatos y fidelidades transgeneracionales.	Línea generacional femenina: roles, sacrificios, valores. Detección de mandatos (“sé fuerte”, “no falles”).	Escribir: “Lo que puedo conservar y lo que elijo soltar”.	Las lealtades invisibles (Boszormenyi-Nagy) mantienen patrones que impiden la diferenciación del self.
5. Identidad y diferenciación	Favorecer la autonomía emocional y la diferenciación del sistema familiar.	Escultura del “yo dentro” y “yo fuera” del sistema. Metáfora del árbol (raíces y ramas).	Tomar una decisión personal sin consultar a la familia y reflexionar sobre ello.	El proceso de individuación promueve la morfogénesis: cambio adaptativo dentro del sistema.
6. Reestructuración de límites y roles	Analizar límites difusos o rígidos entre la paciente y su padre/hermanos.	Dibujo de fronteras familiares. Role play de situaciones de límites.	Registrar situaciones en las que logró decir “no” o expresar desacuerdo.	La flexibilidad en los límites promueve equilibrio entre autonomía y pertenencia.

7. Expresión emocional y permiso para sentir	Favorecer la conexión con las emociones reprimidas (culpa, tristeza, enojo).	Técnica de los tres niveles: pensar–sentir–decir. Dinámica de identificación emocional con tarjetas o colores.	Diario emocional: nombrar una emoción diaria y cómo la gestionó.	La expresión emocional rompe reglas familiares rígidas y abre la comunicación sistémica.
8. Autoimagen y autovaloración	Reconstruir la relación con el cuerpo y fortalecer el autoconcepto.	Dibujo proyectivo “mi cuerpo como casa”. Diálogo entre “yo exigente” y “yo compasiva”.	Collage “mi nueva relación con mi cuerpo”.	El síntoma corporal refleja tensiones del sistema; resignificarlo implica un nuevo equilibrio homeostático.
9. Relación con el padre y figuras de autoridad	Explorar la relación con el padre y su impacto en la autoexigencia.	Carta simbólica al padre (“lo que espero y lo que ya no necesito”). Escultura interna padre-hija.	Reflexionar sobre una forma sana de vincularse con él sin cargar con expectativas.	Las jerarquías familiares influyen en la identidad; clarificar roles favorece la reorganización estructural.
10. Proyecto personal y reconfiguración del futuro	Definir metas propias diferenciadas de los deseos familiares.	Línea de vida futura. Escultura del “yo que quiero ser”.	Redactar “mi historia sin exigencias”.	La morfogénesis sistémica implica crear nuevos significados y patrones de relación con el entorno.
11. Integración y cierre del duelo	Integrar aprendizajes y realizar un ritual de despedida simbólica de la madre.	Ritual con vela o carta final. Revisión del genograma inicial y cambios percibidos.	Crear un símbolo del cambio (objeto o frase).	La resignificación del vínculo perdido restablece la continuidad emocional del sistema.
12. Consolidación del cambio y prevención de recaídas	Evaluar logros, fortalecer recursos y plan de autocuidado.	Revisión narrativa del proceso (“mi historia antes y después del síntoma”). Diseño de plan de red de apoyo y señales de alerta.	Carta al “yo futuro” recordando lo aprendido.	La estabilidad se logra al mantener equilibrio entre homeostasis (continuidad) y morfogénesis (cambio).

Conclusión

El presente estudio permitió comprender de manera profunda cómo los trastornos de la conducta alimentaria no pueden ser abordados únicamente desde una perspectiva individual, sino que deben entenderse como manifestaciones relacionales dentro de un sistema familiar. A partir del enfoque sistémico estructural, se evidenció que los síntomas de la paciente —particularmente la restricción alimentaria, las conductas purgativas y la autocrítica constante— operan como mecanismos homeostáticos que buscan mantener el equilibrio del sistema familiar ante la pérdida materna y la dificultad colectiva para expresar el dolor.

El análisis del caso permitió identificar patrones de rigidez, comunicación restringida, mandatos de perfeccionismo y lealtades invisibles, que influyen directamente en la configuración del síntoma. Desde esta mirada, el cuerpo se convierte en un canal de comunicación emocional, a través del cual la paciente expresa el sufrimiento no verbalizado del sistema. En consecuencia, el síntoma deja de concebirse como un problema individual para entenderse como un mensaje que mantiene y a la vez revela las tensiones familiares.

El proceso terapéutico diseñado bajo el modelo sistémico buscó restituir la flexibilidad del sistema, promover la expresión emocional, resignificar el duelo y favorecer la diferenciación de la paciente, permitiendo un cambio tanto individual como relacional. Las sesiones planificadas, sustentadas en las hipótesis sistémicas, evidenciaron la coherencia entre la teoría, la práctica y los objetivos terapéuticos, destacando la importancia de integrar la participación familiar en la recuperación.

En síntesis, el trabajo demuestra que la intervención desde el enfoque sistémico posibilita una comprensión integral del síntoma alimentario, al reconocerlo como una

manifestación del entramado familiar, y ofrece una vía eficaz para lograr transformaciones sostenibles en la dinámica relacional, la identidad personal y la salud emocional de la paciente.

Referencias

- Acevedo, C. (2014). Sistematización de la intervención psicológica desde el enfoque sistémico: Estudio de caso “El que se casa busca casa”. Universidad Pontificia Bolivariana.
https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9988/digital_26776.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arija-Val, V; Santi-Cano, M. J; Novalbos-Ruiz, J. P; Canals, J; & Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Nutrición Hospitalaria, 39(Spe 2), 8–15.
<https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Arroyo Sánchez, N; Martín-López, L. M; & Cano Vindel, A. (2023). Psychotic symptoms in eating disorders: A case report. European Psychiatry, 66(1), e40.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.40>
- Ayuso-del Valle, N. C; & Covarrubias-Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Mexicana de Pediatría, 86(2), 80–86.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000200080
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón: Reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. Revista Médica de Chile, 142(1), 128–129. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>

Barthels, F; & Fischer, A. (2024). The various facets of orthorexic eating behavior: Five case studies. *Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00988-z>

Berengüí, R; Castejón, M. Á; & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>

Bravo Rodríguez, M; Pérez Hernández, A; & Plana Bouly, R. (2000). Anorexia nerviosa: Características y síntomas. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 300–305. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400011

Brito Lara, P. S. (2015). Frecuencia de trastornos alimentarios en adultos jóvenes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/3e198d33-d506-4bb9-aea6-aa430aaa3fe8/content>

Brown, T. A; Katzman, D. K; & Garner, D. M. (2020). Parent-facilitated behavioral treatment for avoidant/restrictive food intake disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 19(5), 345–360. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101790>

Córdoba, L; & Martínez, M. (2018). Trastornos alimentarios y su relación con la salud mental en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 215–229.
<https://doi.org/10.1016/j.rlp.2018.05.003>

Cruzat, C; Ramírez, P; Melipillán, R; & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en estudiantes secundarias de Concepción,

- Chile. *Psykhe*, 17(1), 81–90. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282008000100008>
- Cuadro, E; & Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: Análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97–107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Díaz, A; & Pérez, F. (2021). Factores biológicos en los trastornos de la conducta alimentaria. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 300–315. <https://doi.org/10.1002/jclp.22922>
- Eisler, I; Dare, C; Hodes, M; Russell, G; Dodge, E; & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5), 727–736. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00660>
- Espelage, D. L; Merrin, G. J; & Hatchel, T. (2022). Emotional processes and the functional role of eating disorder symptoms: A contemporary analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 78(12), 2224–2241. <https://doi.org/10.1002/jclp.23800>
- Gaete, V; & López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Una mirada integral. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784–793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Galmiche, M; Déchelotte, P; Lambert, G; & Tavolacci, M. (2022). Prevalence and health correlates of eating disorders: A case–control study. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00691-x>

- González, M. (2021). Trastornos alimentarios y dinámicas familiares: Una revisión narrativa. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 39(2), 155–172.
<https://doi.org/10.7764/rpc.39.2.155>
- Harrington, B. C; Jimerson, M; Haxton, C; & Jimerson, D. C. (2023). Contemporary risk and maintenance factors in eating disorders: A narrative analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00804-0>
- Jiménez, V; & Comet, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO. Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 45–54. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5757749.pdf>
- Kolar, D. R; Hammerle, F; & Bürger, A. (2023). Cognitive and emotional processing alterations in eating disorders: A neuropsychological review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 345–360.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.101834>
- Kovács, E; & Boros, S. (2025). Transition from disordered eating to clinical eating disorder in an elite athlete: A case study. *Frontiers in Psychology*, 16, 1537844.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1537844>
- Lock, J; & Le Grange, D. (2013). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach (2nd ed.). Guilford Press.
- Lozano, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. In Cres, 3(2), 299–311.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5127559.pdf>

- Martínez, P; & López, A. (2020). El papel de los medios de comunicación en los trastornos alimentarios. *Psicología Social*, 29(5), 620–635.
<https://doi.org/10.1080/02721343.2020.1753478>
- Medina-Tepal, K. A; Vázquez-Arévalo, R; López-Aguilar, X; & Mancilla-Díaz, J. M. (2021). Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes. *Psicología y Salud*, 31(2), 203–214. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2689>
- Minuchin, S. (1978). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Nichols, M. P. (2013). *Family therapy: Concepts and methods* (10th ed.). Pearson.
- Peña, V. M. (2020). Complicaciones médicas de los pacientes con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 1–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7279505>
- Portela de Santana, M. L; da Costa Ribeiro Junior, H; Mora Giral, M; & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391–401.
https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- Rivarola, M. F; & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61–72. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80280205.pdf>
- Ruiz Martínez, A. O; Vázquez Arévalo, R; Mancilla Díaz, J. M; Viladrich i Segués, C; & Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1),

- 45–57. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006
- Ruiz, Á; & Quiles, Y. (2021). Prevalence of orthorexia nervosa in Spanish university students: Relationship with body image and eating disorders. *Anales de Psicología*, 37(3), 493–499. <https://doi.org/10.6018/analesps.449041>
- Simic, M; Wallis, A; Pszemieta, J; & Stewart, C. (2024). Applying Integrated Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (I-CBTE) to severe and longstanding eating disorders (SEED): Outcomes and implications. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01116-7>
- Soria-Trujano, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares: Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3).
https://www.academia.edu/20569570/Analisis_de_caso_Modelo_estructural
- Universidad Andina Simón Bolívar. (2023). Estudios de caso sobre trastornos alimenticios en adolescentes de Quito, Machala y Otavalo.
<https://www.uasb.edu.ec/investigacion/estudios-de-caso-sobre-trastornos-nerviosos-alimenticios-anorexia-y-bulimia>
- Vallejos-Saldarriaga, J; & Vega-Gonzales, E. (2020). Funcionalidad familiar, satisfacción con la vida y trastornos alimentarios en estudiantes universitarios. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 26(3), 1–10.
[https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_04._RENC-D-20-0011\(1\).pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_04._RENC-D-20-0011(1).pdf)
- Vázquez, R; & Raich, R. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 5(3), 391–407.
https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1997/142833/psicon_a1997v5n3p391.pdf

- Waller, G; & Mountford, V. A. (2020). Integrating cognitive, emotional, and interpersonal models in eating disorder treatment. *Eating Disorders Review*, 28(4), 345–360. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1723372>
- Wright, K; & Hagger, M. (2015). Eating disorder or disordered eating? An interesting case study. *BJPsych Open*, 1(1), e14–e17.
<https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001016>