COORDINADORAS:
MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ
MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ MARTÍN

CONGRESOS Y CURSOS

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PRESENTE Y FUTURO. UN CAMINO HACIA LA COMPRENSIÓN Y SUPERACIÓN



UNIVERSIDAD DE BURGOS

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PRESENTE Y FUTURO. UN CAMINO HACIA LA COMPRENSIÓN Y SUPERACIÓN

Coordinadoras:

MARÍA BEGOÑA MEDINA GÓMEZ
MARÍA ÁNGELES MARTÍNEZ MARTÍN

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PRESENTE Y FUTURO. UN CAMINO HACIA LA COMPRENSIÓN Y SUPERACIÓN



UNIVERSIDAD
DE BURGOS
2026

(CONGRESOS Y CURSOS, 94)

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PRESENTE Y FUTURO. UN CAMINO HACIA LA COMPRENSIÓN Y SUPERACIÓN

Área Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Universidad de Burgos
30 de septiembre de 2026

Imagen de cubierta: Mural sobre los trastornos de la conducta alimentaria realizado por Sergio Rodrigo Andrade (Sergare) en el marco del IN-FESTIVAL 2025 (14 de junio de 2025). Reproducción autorizada por su autor para esta publicación.

© LOS AUTORES
© UNIVERSIDAD DE BURGOS

Edita: Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional
UNIVERSIDAD DE BURGOS
Edificio de Administración y Servicios
C/ Don Juan de Austria, 1
09001 BURGOS - ESPAÑA

ISBN: 979-13-87585-54-9
DOI: https://doi.org/10.36443/9791387585549

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Escucha al trastorno alimentario

Hace muchos años volví a nacer y desde entonces, y en una mirada a salvo al pasado, agradezco cada paso que he dado con miedo, dolor, dudas, manos temblorosas, voz tímida, sudor frío, sonrisa forzada y mirada ausente, y un corazón gigante y vulnerable que parecía estar a punto de estallar en mi pecho, reflejo de un tiempo donde me sentí frágil, perdida y olvidada de mi misma, en un cuerpo que paciente llevaba la cuenta, y la tatuaba a fuego lento sobre mi piel, susurrando más historias de las que podía concebir.

¿Qué es la recuperación plena de un Trastorno Alimentario? Yo lo definiría como la capacidad de darse cuenta en algún momento, (fruto a su vez de multitud de momentos y dada las turbulencias del espíritu), que la clave no anida en luchar contra un Trastorno Alimentario, sino en escucharle. Entonces, es el principio del fin. La recuperación se va dando, echa raíces cautelosa, curiosa, comprometida, paciente, y sostiene poderosa y compasiva a quien con el tiempo regresa a sí mismo y a una vida que ya no pesa, y delata a un cuerpo que ya no grita pues han cicatrizado las heridas más profundas del alma.

María Casas
Psicóloga Clínica y Periodista

Este libro va dedicado a todas las personas que han convivido o conviven con un trastorno alimentario, a las que lo han superado y a las que están en proceso de lograrlo. A las familias y su entorno que con su intensa lucha nos ayudan a los profesionales a entender y comprender los problemas que hay detrás para poder apoyar y acompañar de forma más eficaz su recuperación.

Y a las Asociaciones que son el motor siempre en marcha para luchar con constante empeño por conseguir recursos de calidad en la atención a las personas con estos trastornos. Todos unidos vamos avanzando en el conocimiento, sensibilización y compromiso para mejorar la prevención, el diagnóstico e intervención de estos trastornos que tanto sufrimiento causan.

ÍNDICE

EN RECUERDO Y HOMENAJE A DOS GRANDES MAESTROS **15**
Gonzalo Morandé Lavín 17
Josep Toro Trallero 21

PRÓLOGO **23**

INTRODUCCIÓN **27**

BLOQUE 1:
COMPRENSIÓN CLÍNICA Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 33

La perspectiva transdiagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria: un abordaje integral hacia la comprensión y superación 35
Belén Unzeta Conde

El perfeccionismo como motor transdiagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes: revisión sistemática y síntesis crítica (2019–2025) 55
Sonia López Lorenzo

El modelo de elaboración de sentido y la psicoterapia basada en el sentido: un nuevo heurístico para abordar los trastornos alimentarios 69
José Heliodoro Marco-Salvador; Iris Malonda Pardo; Montserrat Cañabate Ros; Verónica Guillen Botella

Aproximación integral a la anorexia nerviosa: un caso clínico 105
Cristina Vallés López

BLOQUE 2:
CICLO VITAL E IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA..... 117

Imagen corporal y actitudes alimentarias en mujeres de mediana edad tardía bajo tratamiento dietoterápico 119
Patrizia Carmen Marruffi Bonfante

Embarazo y crianza sufriendo un trastorno de alimentación..... 135
Carmen Bayo Fernández

BLOQUE 3:
FAMILIA, ENTORNO Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA..... 155

La familia: sistema fundamental en la comprensión y recuperación de los trastornos de la alimentación 157
Carmen Bermúdez Romero

Familias y entorno en trastornos de la conducta alimentaria. Cómo acompañar..... 175
Laura Martín Pato

Percepción familiar sobre la atención primaria en trastornos de conducta alimentaria 189
María Yolanda González Alonso; María del Mar Herrero Hernando; María Ángeles Martínez Martín

BLOQUE 4:
ATENCIÓN SANITARIA Y AGENTES IMPLICADOS EN EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA..... 205

Diseño de un programa para prevención en trastornos de la conducta alimentaria 207
María Yolanda González Alonso

Comprometidas con la calidad en la atención 221
María del Mar Herrero Hernando

Psicología en atención primaria: abordaje de trastornos de la conducta alimentaria. Funciones en el equipo..... 233
María Yolanda González Alonso; María del Mar Herrero Hernando; Estefanía González Arranz

A pie de calle: el papel silencioso del farmacéutico comunitario en los trastornos de la conducta alimentaria 251
Carmen Moreno de Castro

EN RECUERDO Y HOMENAJE A DOS GRANDES MAESTROS

Gonzalo Morandé Lavín

El doctor Gonzalo Morandé Lavín nació en Santiago de Chile (octubre 1944) y falleció en Madrid (marzo 2020). Fue doctor por las universidades Católica de Santiago de Chile y Complutense de Madrid. Realizó su formación y ejerció como psiquiatra infanto-juvenil en el Hospital Calvo Mackenna de Santiago bajo la dirección del doctor Guillermo Altamirano. Gonzalo Morandé llegó a Madrid a finales de 1973, donde fue jefe de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Universitario de la Cruz Roja (San José y Santa Adela) y posteriormente en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús con el mismo cargo.

Desde el inicio desempeñó una activa función formativa que también solicitó a los miembros de su equipo. La supervisión de casos y proyectos la estableció de forma reglada y sostenida en el tiempo. Coordinó siempre, de modo ecuánime y afable, a equipos multidisciplinares, favoreciendo un espacio de discusión y toma de decisiones verdaderamente horizontal, independientemente del título académico o profesional clínico de cada persona. Contemplaba la formación en diferentes escuelas teóricas sin poner obstáculo a ninguna, trabajando siempre los aspectos diagnósticos y clínicos idóneos, diferenciados para cada paciente y su familia. Se coordinó en todo momento con los servicios de Pediatría y otros servicios, como Neurología y Rehabilitación, promoviendo también diferentes unidades, como la Unidad de Recién Nacidos de Alto Riesgo y sus familias, en coordinación con el Servicio de Neonatología y la Unidad de Niños y Niñas con Autismo y sus familias, entre otras iniciativas pioneras.

Cuando los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) mostraron mayor prevalencia a lo largo de los años ochenta, fue uno de los primeros psiquiatras infanto-juveniles que abordó esta grave patología. Asimismo, fundó en 1991, junto con las familias que pedían asistencia urgente y continuada a los servicios públicos, la organización ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia), que sigue en excelente funcionamiento.

En aquel momento de intenso trabajo, se desplazó durante los fines de semana a los servicios psiquiátricos de hospitales públicos con el objeto de apoyar, por diferentes medios, la planificación y constitución de unidades específicas de atención a los TCA. En el Hospital del Niño Jesús continuó también su labor en las demás áreas de la psicopatología infantil y de la adolescencia, ampliando unidades de día para diferentes edades y patologías. En TCA organizó los módulos de atención grupal, la atención ambulatoria sema-

nal en grupos paralelos de pacientes y padres, protocolos como el de privilegio cero, la hospitalización domiciliaria en fases, el programa del hospital de día, hoy hospitalización parcial, entre otros.

Fue fundador en 1996, con otros colegas, entre ellos el doctor Josep Toro, de la multidisciplinar Asociación Española para el Estudio de la Conducta Alimentaria (AEETCA), ahora también Spanisch Eating Disorders Association, impulsando la investigación, los proyectos de trabajo, las publicaciones, las jornadas científicas y los congresos anuales en todo el país, con proyección internacional, especialmente en Latinoamérica.

Continuó profundizando e innovando en la organización, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con TCA, típicos y atípicos, y en el análisis de su evolución y cambios en el tiempo, promoviendo un enfoque orientado hacia la resiliencia más que hacia la vulnerabilidad. También avanzó el trabajo con la familia, atendiendo su sufrimiento. Asimismo, trabajó en la atención a los hermanos de pacientes, la cronicidad, la comorbilidad, el embarazo en pacientes TCA y la posterior crianza, la obesidad, la prevención y otros temas que despertaron su interés, invitando a su equipo a reflexionarlos e investigarlos.

Siempre se coordinó con diferentes escuelas, como la Asociación Psicoanalítica, y creo numerosas iniciativas. En 1998 constituyó la Mesa de Prevención, uno de sus grandes proyectos, tanto que, su última reunión fue el mes de marzo de 2020, poco antes de su fallecimiento, con el objetivo de elaborar pautas preventivas. Para ello formó a colaboradores de ADANER, actualizó información y sustituyó tradicionales "conferencias informativas sobre los TCA" por talleres interactivos en el aula. Tras su jubilación del servicio público a los setenta años, continuó su trabajo en la consulta privada fundada por él en 1993, con el mismo marco multidisciplinar, dirigida a atender a jóvenes y adultos y complementada con el hospital de día de TCA.

Fue director y autor de diversas publicaciones, entre las que destacar *"Un peligro llamado Anorexia"* (editorial Temas de hoy), un importante texto divulgativo, útil para técnicos, familias y pacientes.

Su tesis doctoral, "*Los TCA en adolescentes, anorexias nerviosas, bulimias y bulimarexias"*, presentada y editada en la Universidad Complutense de Madrid en 1990, fue fundamental para avanzar en el conocimiento de esta patología. Además, fue miembro de varias asociaciones científicas, conferenciante reconocido, colaborador en cursos de verano de la UIMP (Universidad Internacional "Menéndez Pelayo", y codirector del Máster de Postgrado TCA y Obesidad de la Universidad Europea de Madrid.

"Gonzalo, nuestro querido doctor Morandé, fuiste MAESTRO de muchos y amigo de todos. Contigo la palabra GRATITUD va siempre acompañada de cariño cuando se hace referencia a ti. De tu mano aprendimos lo que hoy muchos somos, confiaste en nosotros, nos diste oportunidades, supiste transmitirnos ilusión, y capacidad de esfuerzo a través de tu trabajo constante en ayudar a estos pacientes, cuya patología, tan compleja, desmenuzabas con claridad para que pudiéramos comprenderles y acompañarlos. Permítenos este pequeño y sincero homenaje. Tu gran personalidad queda en nuestro recuerdo. A través de ti nuestra vocación es tratar y cuidar al paciente y su familia. Te fuiste en silencio, pero no dudes que guardamos tu huella imborrable".

¡GRACIAS POR TANTO!

Carmen Bayo Fernández
Médico Psiquiatra

Josep Toro Trallero

El doctor Josep Toro fue una figura pionera y de gran relevancia en la psicología y la psiquiatría infantil en España. Nació en Barcelona en 1936 y, a pesar de crecer durante una época marcada por la Guerra Civil, recordaba su infancia como una etapa feliz. Su sólida formación en medicina, psicología y psiquiatría, junto con su interés por las teorías del aprendizaje, determinaron su forma de actuar profesionalmente.

En 1961 fundó junto a un grupo de amigos, entre ellos los profesores Ramón Bayés y Joan Massana, la Editorial Fontanella, desde la que impulsaron la difusión de la psicología científica y las técnicas de modificación de conducta en España. En 1966 participó en la creación del Gabinete Colectivo Galton, destinado a facilitar el acceso a la atención psicológica a familias con pocos recursos.

Ya desde estos inicios contó con una gran colaboradora profesional psicóloga, su esposa Montserrat Cervera. Su trabajo conjunto fue fundamental en el desarrollo de la psicopatología infantil, el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y en la evaluación de dificultades de aprendizaje en España. En 1977 defendió su tesis doctoral y, a partir de ella, creó el TALE, una importante herramienta para evaluar las dificultades de lectoescritura.

En 1988 creó la Sección de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínic de Barcelona, consolidando su labor asistencial especializada. En 1992 consiguió la creación de una sala de hospitalización y un Hospital de Día dedicadas a pacientes con TCA, uno de los primeros de estas características en España y se convirtió en un referente en España.

Su experiencia clínica le permitió publicar numerosos trabajos sobre anorexia nerviosa, imagen corporal, problemas en la adolescencia y psicopatología infanto-juvenil. Como clínico, era exigente con sus colaboradores, pero profundamente humano, situaba siempre al paciente en el centro de su trabajo. Su trato cercano y cálido, basado en la empatía y el respeto, hizo que pacientes y familias se sintieran escuchados y comprendidos. Además, colaboró en la promoción de asociaciones como la SCRITC (Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament, 1983) dedicada a promover la investigación, la docencia y las aplicaciones de las ciencias del comportamiento, la ACAB (1992) impulsada por familiares de sus pacientes, para prevenir y atender los TCA y la AEETCA (1996), que en 1998 organizó el Primer Congreso Nacional de TCA.

Como docente, destacó en la Universitat de Barcelona por sus amplios conocimientos, su actualización constante y su capacidad para motivar a los estudiantes. Su formación teatral y su experiencia dirigiendo cinefórums contribuyeron a que sus clases y conferencias fueran amenas, cercanas e incluso divertidas.

Tras su fallecimiento, deja un legado científico, docente y humano reconocido con numerosas distinciones y una profunda huella en alumnos, colaboradores, pacientes y amigos.

¡GRACIAS!

Carmina Saldaña García
Profesora Emérita en Psicología Clínica e Intervención Psicológica
Univesitat de Barcelona

PRÓLOGO

Con motivo del 30 aniversario de la Asociación de Familiares de Anorexia y Bulimia de Burgos (ADEFAB), nació la iniciativa de organizar el Congreso *Los trastornos de la conducta alimentaria: presente y futuro. Un camino hacia la comprensión y superación.* Un proyecto concebido como reflejo del compromiso, dedicación y vocación de servicio que ha definido a nuestra asociación desde sus inicios.

Durante estas tres décadas ADEFAB ha trabajado con un objetivo claro: *acompañar, apoyar y ayudar* a las personas afectadas por un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) y a sus familias, ofreciéndoles un lugar de escucha, comprensión y esperanza.

Paralelamente, con el paso del tiempo, asumimos la responsabilidad de sensibilizar a la sociedad sobre una enfermedad mental compleja que requiere una mirada rigurosa, humana e interdisciplinar. Todo ello conlleva la necesidad y responsabilidad de estar lo mejor preparados y actualizados para poder realizar nuestras actividades con la mayor calidad posible, tanto dentro de la Asociación como en las diversas actividades dirigidas a estamentos públicos -ayuntamientos, CEAS, colegios-, donde informar y a su vez realizar prevención, detección, diagnóstico e intervención tempranas, constituyen aspectos que consideramos fundamentales en el proceso de recuperación de los TCA.

A lo largo de estos años, las circunstancias y realidades de la sociedad han evolucionado: la irrupción de las redes sociales, los entornos digitales, internet y la transformación de los modelos de socialización han creado unos patrones nuevos de comportamiento que, en ocasiones, pueden incrementar la vulnerabilidad ante los TCA. Lejos de apartarnos de nuestra misión, todos estos cambios han reforzado nuestra convicción de estar a la última para afrontar con eficacia y humanidad los desafíos del presente y futuro. Todo ello sin olvidar nuestro lema "*De los TCA se sale*".

ADEFAB, desea expresar su más sincero agradecimiento a la Universidad de Burgos, muy especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud, y en particular a María Ángeles Martínez, por su apoyo, implicación, compromiso y estrecha colaboración. Su confianza y dedicación fueron fundamentales para hacer realidad la celebración del Congreso y para seguir impulsando iniciativas que contribuyan a mejorar el conocimiento, la sensibilización y la atención a los TCA, como es la presente publicación.

Noemí Vallejo Requejo
Presidenta de la Asociación ADEFAB

INTRODUCCIÓN

La presente publicación surge a raíz del Congreso *Los trastornos de la conducta alimentaria: presente y futuro. Un camino hacia la comprensión y superación,* celebrado en octubre de 2025 y organizado por profesorado del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Burgos y la Asociación de Familiares de personas con Anorexia y Bulimia de Burgos (ADEFAB) en colaboración con la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas (FEACAB*)* y la Escuela de Psicología de la Universidad Sergio Arboleda Seccional Santa Marta (Colombia).

La relación cercana y fluida con ADEFAB -especialmente a través de Mari Mar Herrero Hernando, psicóloga colaboradora de la Asociación- se ha consolidado a lo largo de los años, mediante la organización conjunta de distintas actividades (jornadas, talleres, encuentros, publicaciones...). Todas ellas comparten un objetivo común: visibilizar, sensibilizar y ayudar a tomar conciencia de la importancia y necesidad de actuar, lo antes posible, para identificar señales de alerta, intervenir y minimizar las graves repercusiones, tanto físicas como psicológicas, asociadas a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

Por ello, cuando en 2024, la Asociación solicitó apoyo a la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de Burgos) -a través de su decana en ese momento, María Ángeles Martínez- para organizar un Congreso sobre TCA y celebrar de manera anticipada los 30 años de la entidad, la Facultad aceptó el compromiso. La decana asumió la presidencia del Congreso, plenamente consciente de la complejidad organizativa de un evento de estas características y en un momento especialmente significativo para la Facultad. De este modo se iniciaron los trámites para la celebración los días 23, 24 y 25 de octubre de 2025, del II Congreso Internacional de Salud desde un Abordaje Interdisciplinar y XVIII Encuentro Nacional de Técnicos y Directivos FEACAB*: Los trastornos de la conducta alimentaria: presente y futuro. Un camino hacia la comprensión y superación.*

El encuentro reunió a profesionales de distintos ámbitos, a familiares y a personas afectadas, y posibilitó la profundización en temas relevantes como, el desarrollo de los TCA en diferentes etapas vitales, los avances en los tratamientos, el papel de la familia como pilar fundamental en la recuperación y la relevancia de las asociaciones. Se destacó, también, un mensaje fundamental: *la recuperación total es posible.*

El Congreso, además, permitió rendir homenaje a dos importantes profesionales e impulsores de la salud mental infanto-juvenil, en concreto de los

TCA: *Gonzalo Morandé y Josep Toro*, maestros de los que tanto hemos aprendido y que nos han legado un modelo clínico e investigador que hoy en día aplican las nuevas generaciones de profesionales de la salud mental. Como estrechos colaboradores y amigos, transformaron el abordaje de los TCA en el ámbito clínico, académico y social: crearon estructuras específicas en la sanidad pública española para atender las patologías alimentarias en menores de edad, promovieron programas multicomponentes e interdisciplinares que conectaban la psiquiatría con la psicología cognitiva-conductual, la pediatría y la nutrición, defendieron la necesidad de involucrar a la familia en el proceso terapéutico y contribuyeron decisivamente en la creación de asociaciones sobre TCA y también, al desarrollo de la especialidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente en España.

El Congreso cumplió sus objetivos, se emitió en formato presencial y virtual, facilitando el acceso a los contenidos tratados a través de YouTube. Paralelamente, el comité organizador consideró la posibilidad de realizar una publicación con las contribuciones de los ponentes que quisieran colaborar.

El resultado es esta obra que reúne una mirada amplia, interdisciplinar y profundamente humana sobre los TCA, integrando perspectivas clínicas, familiares, comunitarias y preventivas. El libro propone un enfoque integral que combina evidencia científica, experiencia clínica, perspectiva familiar y acción comunitaria. Invita a profundizar en la realidad de estos trastornos como fenómenos complejos que requieren sensibilidad clínica, coordinación interdisciplinar, implicación comunitaria y un enfoque orientado a la superación y la recuperación. Su propósito es acompañar y orientar a profesionales, docentes, familias y cualquier persona interesada en comprender mejor —con sensibilidad y rigor— el complejo mundo de los TCA. A través de trece capítulos, profesionales de distintos ámbitos exploran cómo los TCA se manifiestan, se comprenden y se acompañan en diversos contextos vitales y sanitarios.

Los cuatro primeros capítulos se centran en los modelos explicativos y clínicos que permiten entender estos trastornos desde una perspectiva científica y actualizada. La perspectiva transdiagnóstica se presenta como eje conceptual que amplía la comprensión más allá de los diagnósticos tradicionales, integrando procesos comunes como la rigidez cognitiva, la autoexigencia y las dificultades en la regulación emocional. A ello se suma un análisis del perfeccionismo como motor transdiagnóstico, especialmente relevante en población joven. Posteriormente, el modelo de elaboración de sentido sitúa la experiencia subjetiva y la construcción de significado en el centro de la intervención terapéutica. El bloque culmina con un caso clínico de anorexia nerviosa, que

ilustra la complejidad del abordaje integral y la necesidad de intervenciones coordinadas, sensibles y sostenidas en el tiempo.

El segundo bloque aborda situaciones específicas de vulnerabilidad, mostrando cómo los TCA atraviesan distintas etapas de la vida. Se analizan los desafíos relacionados con la imagen corporal y las actitudes alimentarias en mujeres de mediana edad sometidas a tratamiento dietoterápico, así como las vivencias en el proceso de la rehabilitación durante el embarazo y la crianza de sus hijos, en mujeres que conviven con un trastorno alimentario. Estos capítulos visibilizan los retos físicos, emocionales y relacionales que emergen en estas etapas, y subrayan la importancia de un acompañamiento especializado. En conjunto, evidencian que los TCA no son exclusivos de la adolescencia y requieren una mirada amplia, flexible y adaptada a cada momento vital.

La familia y el entorno cercano ocupan un lugar central en el tercer bloque, presentándose como pilares fundamentales en la comprensión y recuperación de los TCA. Se explora el papel de la familia como sistema, las formas de acompañamiento terapéutico y las percepciones que éstas tienen de la Atención Primaria en el manejo de estos trastornos. Las aportaciones de asociaciones, entidades comunitarias y profesionales que trabajan directamente con familias muestran la importancia del apoyo social y del trabajo en red. Este bloque incluye también el diseño de un programa de prevención, que destaca la relevancia de intervenciones educativas y comunitarias para reducir riesgos y promover hábitos saludables desde edades tempranas.

Finalmente, el cuarto bloque amplía la mirada hacia el papel de profesionales en contextos asistenciales menos visibles, como son la Atención Primaria, la psicología en el primer nivel asistencial y el farmacéutico comunitario. Se destaca su relevancia en la detección precoz, el seguimiento continuado, el acompañamiento clínico y la coordinación con otros recursos sanitarios, elementos esenciales para una atención integral y eficaz.

Coordinar una obra de estas características, nos ha permitido mantener una relación cercana y de continuo aprendizaje con las autoras y autores de los distintos capítulos. Reconocemos que la tarea ha sido exigente y prolongada, al coincidir con eventos de gran relevancia institucional (elaboración de la Memoria de Verificación del Grado en Medicina y las elecciones a Junta de Centro y a Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud). Sin embargo, hemos disfrutado mucho de la lectura y revisión de los manuscritos, todos ellos de gran calidad y sobre todo aplicabilidad.

Agradecemos a ADEFAB y a FEACAB, el haber confiado en la Facultad de Ciencias de la Salud para organizar y ser la sede del Congreso;

a las personas participantes -ponentes y asistentes- procedentes de distintas partes de nuestro país y de Iberoamérica, por su compromiso e implicación; a los miembros de los comités de Honor, Investigador y Organizador, a la Fundación de la Universidad de Burgos y a las entidades colaboradoras por su inestimable apoyo y ayuda en el desarrollo óptimo del Congreso. Un agradecimiento especial a las personas que, a pesar del trabajo que implica convertir una intervención oral en un texto escrito, del tiempo del que a veces no se dispone, confiaron en el proyecto, enviaron sus valiosos manuscritos y mantuvieron un contacto constante con nosotras. Esta obra también pretende ser un sincero reconocimiento a los grandes maestros antes mencionados.

Y para finalizar, no queremos olvidar, a las personas que conviven, día a día, con estos trastornos, a sus familias que sostienen con amor y paciencia cada etapa del proceso, y a los profesionales que acompañan con su constancia y humanidad para iluminar el camino hacia la recuperación.

Esperamos que la obra sea de su agrado y disfruten leyendo, analizando y descubriendo tanto como nosotras.

María Begoña Medina Gómez
María Ángeles Martínez Martin
Profesoras del área de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico de la Universidad de Burgos
Miembros del Comité Científico y Organizador del Congreso

BLOQUE 1:
Comprensión clínica y modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria

LA PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ABORDAJE INTEGRAL HACIA LA COMPRENSIÓN Y SUPERACIÓN

Belén Unzeta Conde

***Hospital Universitario Santa Cristina**. Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria*

belenunzeta@yahoo.es

Resumen

El presente capítulo examina la evolución clínica y terapéutica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) desde una perspectiva transdiagnóstica, cuestionando la suficiencia de los modelos categoriales tradicionales ante la creciente complejidad de los casos. Se realiza una revisión teórica fundamentada en la práctica clínica hospitalaria y en la evidencia reciente, analizando los procesos psicopatológicos subyacentes comunes, como la evitación experiencial, el perfeccionismo y la desregulación emocional, que atraviesan las distintas categorías diagnósticas. La evidencia sugiere que el abordaje transdiagnóstico facilita una personalización profunda del tratamiento al integrar la salud física y mental, focalizando la intervención en los factores mantenedores compartidos. Se destaca el papel crucial de la alianza terapéutica, la inclusión familiar mediante grupos multifamiliares y la rehabilitación funcional a través de la terapia ocupacional. Por tanto, el tratamiento eficaz de los TCA requiere trascender el enfoque "peso-céntrico" para centrarse en la funcionalidad del síntoma y la restauración de la identidad del paciente. El modelo transdiagnóstico se perfila como una herramienta indispensable para mejorar la adherencia, abordar la patología dual y gestionar los rasgos de personalidad asociados.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) representan un espectro de trastornos psiquiátricos altamente complejos y heterogéneos. Dentro de este grupo se encuentran la Anorexia Nerviosa Restrictiva, la Anorexia Nerviosa con Atracones/Purgas, la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno por Atracones (TA). Específicamente, la Anorexia Nerviosa (AN) se manifiesta a través de una restricción energética sostenida que puede presentarse de forma puramente restrictiva o mediante ciclos de purga y sobreingesta compensatoria. Por su parte, cuadros como la BN y el TA se distancian de la desnutrición

física extrema, vinculándose más estrechamente con la desregulación en la ingesta y fluctuaciones marcadas en el peso corporal.

Los (TCA) representan uno de los desafíos más complejos en la psiquiatría contemporánea, no solo por su gravedad intrínseca, sino por la mutación constante de su presentación fenotípica. En la práctica clínica actual, los profesionales se enfrentan a cuadros caracterizados por Índices de Masa Corporal (IMC) cada vez más bajos al inicio del tratamiento, complicaciones físicas severas y una resistencia notable a las intervenciones convencionales.

Documentos de referencia, como el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024 (Consejeria de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022), corroboran un incremento alarmante en la incidencia de casos que cursan con comorbilidades psiquiátricas significativas. Estas incluyen depresión mayor, rasgos anómalos de personalidad o Trastornos de la Personalidad (TP) constituidos, así como conductas autolesivas e ideación suicida, factores que dificultan enormemente el abordaje terapéutico (Graell et al., 2020; Taquet et al., 2021). De acuerdo con las directrices de salud pública vigentes, se observa una transición epidemiológica donde la comorbilidad psiquiátrica (depresión y autolesiones) ha dejado de ser una complicación secundaria para convertirse en el núcleo del tratamiento en las unidades de agudos (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2025), especialmente en población adolescente y adultos jóvenes.

Tradicionalmente, la nosología psiquiátrica ha operado mediante categorías estancas: AN (con sus subtipos restrictivo y purgativo), BN y TA. Sin embargo, la realidad clínica desborda estas clasificaciones; la migración diagnóstica es frecuente y la detección de un "trastorno puro" se ha vuelto una excepción. Ante este escenario, la comunidad científica ha comenzado a abogar por un enfoque transdiagnóstico, el cual postula que existen mecanismos psicobiológicos y de afrontamiento comunes que subyacen a las diferentes manifestaciones sintomáticas.

1. DIAGNÓSTICO CATEGORIAL VS. DIMENSIONAL EN LOS TCA: HACIA UNA INTEGRACIÓN CLÍNICA

1.1. Introducción

El diagnóstico de los TCA ha evolucionado desde divisiones rígidas hacia modelos que reconocen la fluidez de los síntomas. En 2026, la comunidad clínica debate la transición del Sistema categorial [basado en el DSM-5-TR de la American Psychiatric Association (APA, 2022)] hacia enfoques dimensio-

nales como el HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, Kotov, et al., 2021), que permiten una personalización terapéutica superior.

La nomenclatura tradicional de los TCA, sustentada históricamente en el modelo categorial del DSM-5-TR (APA, 2022) (y ediciones previas), opera bajo una lógica binaria de presencia o ausencia de enfermedad. Si bien este enfoque ha facilitado una nomenclatura universal y ha agilizado procesos administrativos y de codificación diagnóstica, entre profesionales y centros de tratamiento, en la práctica clínica se evidencian deficiencias.

La excesiva dependencia de etiquetas discretas (como AN o BN) suele derivar en un "solapamiento" diagnóstico donde la comorbilidad no es la excepción, sino la norma. En este sentido, la categoría de "Otros TCA no especificados" (OSFED) se ha convertido en un cajón de sastre que evidencia la incapacidad de un modelo en ocasiones rígido, para poder capturar la heterogeneidad de los pacientes que no cumplen criterios estancos (APA, 2022; Kotov et al., 2021).

Frente a esta rigidez, el modelo HiTOP (Kotov, et al., 2021) propone un nuevo enfoque: entender los trastornos no como compartimentos estancos, sino como dimensiones continuas de malestar psíquico. En lugar de forzar al paciente a encajar en una etiqueta, el HiTOP (Kotov, et al., 2021) analiza espectros de síntomas, situando los TCA dentro de una jerarquía de dimensiones de externalización e internalización. Este enfoque permite abordar la "inestabilidad diagnóstica", fenómeno por el cual un paciente transita entre síntomas restrictivos y purgativos a lo largo de su evolución, no como un cambio de enfermedad, sino como una fluctuación dentro de un mismo espectro psicopatológico.

1.2. Implicaciones de la taxonomía jerárquica en la personalización terapéutica

La transición hacia modelos dimensionales no es puramente teórica; tiene repercusiones directas en la eficacia del tratamiento. Mientras que el modelo categorial se centra en remitir los criterios específicos para "quitar" la etiqueta, el análisis discursivo bajo el prisma del HiTOP (Kotov, et al, 2021) prioriza los rasgos subyacentes, como la afectividad negativa o la desregulación emocional o un deficiente control de impulsos. Esto facilita una mayor personalización en el tratamiento, ya que la intervención se dirige a las dimensiones de mayor carga patológica en el individuo, permitiendo detectar incluso casos subclínicos que el DSM-5-TR ignoraría por no alcanzar umbrales arbitrarios de peso o frecuencia de conductas (Forbes et al., 2023; Treasure et al., 2024).

No obstante, la implementación del HiTOP (Watson, et al, 2021) no es fácil. La estructura de los sistemas de salud aún requiere códigos fijos (como los de la CIE-11, OMS, 2011) para la asignación de recursos. Por ello, la tendencia clínica actual aboga por un modelo de integración híbrida: mantener la categoría para fines organizativos, pero utilizar el perfil dimensional para la toma de decisiones clínicas.

Este enfoque transdiagnóstico reconoce que la rigidez diagnóstica puede ser un obstáculo para la alianza terapéutica, mientras que una visión dimensional permite al paciente entender su proceso como una evolución dinámica de su identidad y funcionamiento, y no solo como una patología crónica inamovible (Caspi, et al., 2024).

La integración de ambos enfoques es esencial para capturar la complejidad biopsicosocial de los TCA.

2. LA REALIDAD CLÍNICA ACTUAL: COMORBILIDAD Y COMPLEJIDAD

La insuficiencia de las categorías diagnósticas tradicionales se hace evidente al observar la evolución longitudinal de los pacientes. El riesgo de desarrollar trastornos asociados aumenta con la cronificación del TCA. Se estima que al menos el 50% de los pacientes cuyo trastorno inicia en la adolescencia presentarán un diagnóstico psiquiátrico adicional a lo largo de su vida, predominantemente trastornos afectivos (Hambleton, et al. 2022).

Más aún, la patología dual y los TP no son meros epifenómenos, sino factores nucleares del pronóstico. Diversos estudios indican que entre el 60% y el 70% de las pacientes adultas con TCA presentan un (TP comórbido (Simpson, et al, 2022). Esta coexistencia es tan prevalente (con reportes de comorbilidad psiquiátrica general de hasta el 96%) que obliga a repensar el TCA no como una entidad aislada, sino como la manifestación visible de una vulnerabilidad psicopatológica multidimensional.

En este contexto, autores como Treasure et al. (2018) han propuesto similitudes entre los mecanismos neurobiológicos de los TCA y los de las adicciones, llegando a utilizar el término “Food Addiction” o adicción a la comida. Esta perspectiva sugiere que los circuitos de recompensa y la regulación del estrés implicados en la conducta alimentaria desadaptativa son análogos a los observados en la dependencia de sustancias, lo que refuerza la necesidad de un abordaje que trascienda la mera gestión nutricional.

3. DIMENSIONES TRANSDIAGNÓSTICAS: EL NÚCLEO DE LA PATOLOGÍA

El enfoque transdiagnóstico desplaza el foco de los síntomas superficiales (restricción vs. purga) hacia los procesos psicológicos nucleares que sostienen el trastorno. Identificar y tratar estas dimensiones resulta crucial para la recuperación a largo plazo.

3.1. Evitación experiencial e intolerancia a la incertidumbre

Una característica transversal en los TCA es la evitación existencial o experiencial. Este mecanismo implica la huida sistemática de sentimientos, pensamientos y sensaciones desagradables, lo que conlleva un alejamiento de la capacidad de vivir el momento presente y desconecta al paciente de sus valores vitales (Fulton et al., 2012). Íntimamente ligada a esto se encuentra la intolerancia a la incertidumbre (Brown et al., 2017), donde el control rígido sobre la ingesta y el peso funciona como un mecanismo compensatorio ilusorio ante la imprevisibilidad inherente a la vida.

3.2. Rigidez cognitiva y perfeccionismo

El perfil cognitivo de estos pacientes suele caracterizarse por una marcada rigidez y una tendencia excesiva al detalle, lo que facilita la rumiación cognitiva y el perfeccionismo patológico (Rodríguez Cano et al., 2016). Este estilo de pensamiento dificulta la adaptación a los cambios y perpetúa reglas alimentarias estrictas que el paciente vive como inquebrantables.

3.3. Desregulación emocional

Existe una predominancia del afecto negativo, la impulsividad y una hipersensibilidad al rechazo social (Hill et al., 2016; Treasure et al., 2015). En este marco, la conducta alimentaria se convierte en una herramienta disfuncional de regulación emocional. Mallorquí-Bagué et al. (2018) señalan que el afecto negativo y la evitación emocional no solo están asociados con el desarrollo de los TCA, sino que son potentes factores de mantenimiento, compartidos con otros trastornos afectivos y ansiosos.

3.4. La funcionalidad del síntoma: más allá de la apariencia

El síntoma alimentario es la manifestación de un malestar psicológico profundo. No se trata de una elección voluntaria, sino de una respuesta a estados de angustia que el individuo no logra procesar por otras vías. Gordon (1990) ya proponía que el origen de estos trastornos se asocia a la interacción entre acontecimientos vitales estresantes (como abuso o sobreprotección), presiones ambientales y rasgos de carácter vulnerables. La desregulación

emocional se identifica como un factor de mantenimiento clave: el uso de estrategias maladaptativas para gestionar emociones negativas —como la tristeza, el miedo o la ira— predice directamente la severidad de la psicopatología alimentaria.

3.4.1. Significado intrapsíquico: la gestión del mundo interno

A nivel interno, el trastorno ofrece una solución simbólica y funcional a conflictos personales:

- Regulación Emocional: El comportamiento alimentario actúa como un mecanismo para mitigar sentimientos intolerables. Por ejemplo, la restricción puede anestesiar emocionalmente al sujeto, mientras que el atracón puede servir para "llenar" o bloquear estados de vacío. En otras ocasiones puede utilizarse como ritual purificador.
- Identidad y Autovaloración: El peso y la forma corporal se convierten en los únicos pilares de la autoestima y el sentido de valía. Marzola et al. (2021) platean que el TCA suele ofrecer al paciente una sensación de "competencia" y una identidad única, aunque patológica, en momentos de fragilidad yoica. El control sobre el cuerpo sustituye la falta de control percibida en otras áreas de la vida, como señalan Murao y Silén (2024).
- Gestión de Rasgos de Personalidad: Rasgos como el perfeccionismo o la baja tolerancia a la incertidumbre encuentran en el síntoma una vía de escape o de satisfacción rígida.

3.4.2. Significado comunicacional: el cuerpo como mensaje al entorno

El síntoma posee una función relacional que trasciende al individuo:

- Expresión no verbal de angustia: En entornos donde la comunicación verbal de las emociones está bloqueada o invalidada, el cuerpo enfermo "habla" por el paciente, como un mecanismo de visibilización del sufrimiento interno, manifestando una angustia que no puede ser nombrada.
- Regulación de la distancia relacional: El trastorno puede ser una forma de demandar atención y cuidados del entorno cercano o, por el contrario, de marcar una distancia protectora ante la presión familiar percibida.
- Interacción familiar: Treasure et al. (2025) han enfatizado que el síntoma suele ser un "grito de auxilio" no verbal en sistemas donde la

expresión emocional directa está inhibida o resulta ineficaz. Treasure et al. (2024) sostienen que la familia puede influir en mantener el síntoma, de manera no intencionada. Esta interacción familia - paciente refuerza el síntoma como una herramienta de respuesta ante el sistema familiar, en parte, por la respuesta del entorno cercano; estilos de comunicación caracterizados por la alta emoción expresada (crítica o sobreprotección) pueden involuntariamente dar sentido y permanencia a la conducta alimentaria como una forma de respuesta o protesta dentro del sistema familiar, incluso de venganza y control hacia un entorno familiar percibido como intrusivo.

Entender esta funcionalidad, por ejemplo, cómo el síntoma focaliza el malestar familiar en un solo miembro o protege al paciente ante el fracaso, es el primer paso para desactivarlo.

3.5. Abordaje terapéutico integral

El tratamiento eficaz debe compaginar la atención prioritaria a la salud física con estrategias psicoterapéuticas profundas. Siguiendo las directrices del NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2017) y las propuestas de Gómez del Barrio (2018), el modelo transdiagnóstico no reemplaza, sino que complementa y potencia terapias validadas como la cognitivo-conductual o la terapia familiar.

4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

4.1. La importancia de la atención nutricional y endocrinológica en los TCA

La recuperación de un TCA es inviable sin una estabilización biológica rigurosa. Aunque el TCA es un trastorno mental, la sintomatología alimentaria impacta sistémicamente en el organismo, por lo que la intervención coordinada entre la nutrición clínica y la endocrinología constituye la base sobre la cual se asienta el éxito de la psicoterapia posterior.

4.1.1. Restauración metabólica y endocrina

Los TCA provocan una disrupción profunda del sistema endocrino como mecanismo de adaptación al estrés nutricional. En pacientes con AN, es común observar un hipogonadismo hipogonadotrópico que deriva en amenorrea (pérdida de la menstruación o no aparición) y una pérdida acelerada de la densidad mineral ósea (Himmerich et al., 2024). La atención endocrinológica es vital para monitorizar el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y prevenir complicaciones a largo plazo, como la osteoporosis irreversible.

Según Misra (2023), la restauración del peso es el factor hormonal más determinante, pero requiere una supervisión médica estrecha para gestionar la resistencia a la insulina y las alteraciones del cortisol que ocurren durante la realimentación.

4.1.2. El rol de la rehabilitación nutricional

Desde la perspectiva nutricional, el objetivo trasciende el simple aumento de peso. El manejo dietético debe ser altamente especializado para evitar el síndrome de realimentación, una complicación potencialmente fatal caracterizada por desequilibrios electrolíticos graves (fósforo, magnesio y potasio) tras reiniciar la ingesta calórica (Provencher et al., 2022).

La atención nutricional se enfoca en la rehabilitación de la señalización hambre-saciedad. Las intervenciones nutricionales basadas en la evidencia han demostrado que la normalización de los patrones alimentarios reduce la rigidez cognitiva y mejora la respuesta del paciente a la terapia cognitivo-conductual o al modelo MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults) (Byrne et al., 2022).

Un cerebro desnutrido presenta una neurobiología alterada que impide el procesamiento emocional; por tanto, la nutrición actúa como una "terapia neurobiológica" preparatoria (Katsura et al., 2024).

La atención nutricional y endocrinológica no es un complemento, sino una condición *sine qua non* para la recuperación. El trabajo interdisciplinario garantiza que el paciente alcance la estabilidad metabólica necesaria para que los procesos de cambio psicológico y comunitario puedan tener lugar de manera segura y duradera.

4.2. Enseñar al paciente a encontrar su propio camino.

El objetivo terapéutico es fomentar un rol activo en el paciente. Esto implica integrar el trabajo verbal explícito con abordajes corporales y experienciales que permitan reconectar la historia del paciente —a menudo fragmentada por traumas— en una narrativa coherente e integrada (Wolfberg y Cortinas, 2017).

Técnicas como el método socrático, el descubrimiento guiado y la exposición a situaciones temidas son fundamentales. Se trabaja en la identificación y expresión de emociones, la exploración de valores personales más allá del peso y el ajuste de expectativas. Es vital evitar un tratamiento exclusivamente "peso-céntrico"; si bien se pacta un peso mínimo por seguridad, el mensaje debe ser que la nutrición es el medio para sostener un proyecto de vida, no un

fin en sí mismo. En la medida en que aprendemos a colocar "la comida en su sitio", nos nutre, el cuerpo se regula sólo y permite con el tiempo tener unos índices fiscos saludables.

4.3. La terapia grupal y la experiencia comunitaria: ejes de recuperación en los TCA

Los TCA se caracterizan por una tendencia al aislamiento y al secretismo, factores que cronifican la patología. En este contexto, la terapia grupal actúa como un antídoto terapéutico al transformar el padecimiento individual en una experiencia compartida y validada por sus iguales.

4.3.1. El valor terapéutico del grupo

La importancia de la terapia grupal reside en varios mecanismos clave que han demostrado eficacia según Yalom y Leszcz. (2005), entre otros.

La potencia del grupo radica en su capacidad para desarticular el hermetismo propio del TCA. Al proyectar la vivencia individual en un espejo colectivo, el paciente experimenta la 'universalidad del síntoma', lo que reduce el impacto del estigma. Este espacio no solo ofrece una validación emocional, ausente en el entorno social habitual, sino que funciona como un laboratorio de habilidades interpersonales y un motor de esperanza basado en el modelado entre iguales, según Strand et al. (2020). Asimismo, escuchar a otros tratarse con amabilidad en momentos difíciles ofrece un modelo para que el paciente reemplace su autocrítica por la autocompasión.

4.3.2. La experiencia comunitaria como motor de cambio

Más allá de la sesión clínica, la experiencia comunitaria crea un ecosistema de soporte que sostiene al individuo en su vida diaria. La comunidad proporciona una responsabilidad compartida; saber que otros confían en su progreso motiva al paciente a mantener conductas saludables incluso cuando la motivación interna decae (Grenon et al., 2017).

Además, las intervenciones psicoeducativas grupales multidisciplinares (que integran psicología y nutrición) han demostrado ser eficaces para mejorar la regulación emocional y el conocimiento de hábitos saludables, reduciendo significativamente la frecuencia de atracones y conductas compensatorias (Grenon et al., 2017; Liquori, et al, 2022).

En la práctica clínica actual, la terapia grupal no se considera un sustituto, sino un complemento esencial de la terapia individual. Su capacidad para generar una identidad colectiva frente a la enfermedad y proporcionar un

"hogar seguro" la convierte en una de las intervenciones más transformadoras para los pacientes adultos y adolescentes.

4.4. El papel de la familia

La inclusión de la familia es un pilar innegociable del tratamiento, especialmente en un modelo que entiende la patología como un fenómeno sistémico.

Watson y Bulik (2013) y sucesivas actualizaciones realizan una revisión exhaustiva donde destacan que superando definitivamente los modelos que estigmatizaban el entorno doméstico como origen del trastorno, la práctica clínica actual posiciona a la familia como el recurso terapéutico más potente. La intervención sistémica ya no busca culpables, sino que dota a los cuidadores de herramientas de gestión emocional para que se conviertan en co-terapeutas en el entorno natural del paciente.

- Los familiares deben ser empoderados para participar activamente en la recuperación.
- Los familiares deben recibir pautas de manejo e información continua para reducir la carga emocional y mejorar la eficacia del tratamiento. La familia se convierte en un recurso vital y aliado activo del equipo terapéutico, especialmente en modelos como el Tratamiento Basado en la Familia (FBT, por sus siglas en inglés o enfoque Maudsley).

4.4.1. Fundamentos y evolución del FBT para los TCA

El FBT, históricamente conocido como el Enfoque Maudsley, se ha consolidado como la intervención de primera línea y el "estándar de oro" para adolescentes con AN y otros TCA. A diferencia de los modelos psicodinámicos tradicionales que a menudo culpabilizaban la dinámica familiar de la génesis del trastorno, el FBT según Fernández García y Quiles Marcos (2024), posiciona a los padres como el recurso terapéutico más potente para la recuperación de sus hijos, movilizándolos como aliados activos del equipo médico.

Los cinco pilares del FBT

La arquitectura del FBT se sostiene sobre una premisa de neutralidad causal (no se buscan causas ni culpables), donde el terapeuta adopta una postura agnóstica para desactivar la culpa parental. Este marco permite la externalización del síntoma, tratando el TCA como un agente intruso que ha secuestrado la identidad del adolescente. En lugar de interpretar precozmente las causas psicosociales del TCA, el modelo moviliza a los cuidadores como

agentes de cambio biológico, delegándoles la gestión directa de la realimentación bajo una jerarquía horizontal consultor-padres: haciendo equipo.

Estructura de las fases del tratamiento

El modelo estándar se desarrolla habitualmente en tres fases críticas a lo largo de un año de tratamiento:

- Fase 1. Restauración del peso: Los padres asumen el control total de las comidas y la supervisión de conductas compensatorias (Rienecke y Le Grange, 2022). El objetivo es revertir el estado de desnutrición para restaurar el funcionamiento cognitivo normal.
- Fase 2. Devolución del control: Una vez que el peso se ha estabilizado y la resistencia a comer ha disminuido, se devuelve gradualmente la autonomía alimentaria al adolescente, supervisando su capacidad para autorregularse.
- Fase 3**.** Desarrollo adolescente**:** Tras alcanzar un peso saludable (usualmente el 95% del peso ideal), la terapia se enfoca en los problemas típicos del desarrollo que fueron interrumpidos por la enfermedad y en la prevención de recaídas (Wittek et al., 2023).

Evidencia actual y adaptaciones

Estudios recientes han demostrado que el FBT es más efectivo que la terapia individual para prevenir hospitalizaciones innecesarias. El modelo ha evolucionado hacia variantes como el MANTRA, adaptando estos principios para la población adulta mediante un enfoque cognitivo interpersonal.

El paradigma MANTRA identifica el mantenimiento de la AN en la intersección de un procesamiento cognitivo excesivamente detallista, dificultades en la cognición social y la validación interna del trastorno por parte del paciente. A esto se suma el impacto del entorno cercano, cuyas respuestas, a menudo cargadas de alta emoción expresada, pueden cronificar involuntariamente la sintomatología (Schmidt et al., 2019). Las intervenciones actuales buscan flexibilizar estas estructuras mediante el desarrollo de una metacognición que trascienda la mera recuperación del IMC (Treasure y Schmidt, 2020).

El MANTRA es recomendado por las guías del NICE como una de las terapias de primera elección para adultos. Estudios recientes han demostrado que es tan eficaz como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC-E) pero presenta menores tasas de abandono, ya que los pacientes suelen encontrar el enfoque más empático y menos impositivo (Byrne et al., 2022). Las adaptaciones digitales del manual MANTRA han permitido una mayor adherencia

en pacientes con dificultades de acceso a centros especializados (Katsura et al., 2024).

4.4.2. Terapia multifamiliar

El grupo multifamiliar constituye una herramienta de intervención que trasciende el enfoque clínico individual para abordar la salud mental desde una perspectiva sistémica y vincular. Este artículo analiza cómo la creación de una "microsociedad" terapéutica facilita la ruptura del aislamiento, el aprendizaje vicario entre familias y la reestructuración de patrones comunicacionales patógenos. La eficacia de este modelo reside en su capacidad para integrar las dimensiones individual, familiar y social del paciente.

Bajo la mirada sistémica, la enfermedad deja de ser un fenómeno biológico individual para entenderse como una disfunción del patrón comunicacional. La terapia multifamiliar aborda esta "patología vincular" analizando cómo las lealtades transgeneracionales y los estilos de interacción aprendidos moldean el síntoma. Estos grupos actúan como laboratorios sociales donde el aprendizaje entre iguales permite desarticular mandatos familiares rígidos, promoviendo una individuación saludable en los pacientes adultos (Canzio y Zurkirch, 2015; Vilariño et al., 2019).

4.5. Rehabilitación funcional y terapia ocupacional

La Terapia Ocupacional (TO) juega un rol indispensable en la recuperación de la autonomía. La TO se integra como un pilar fundamental para la reestructuración vital del paciente. El terapeuta trabaja en la normalización de hábitos cotidianos desplazados por la patología, empleando "cocinas terapéuticas" o gestionando el tiempo libre. Paralelamente, se utilizan técnicas de embodiment para restaurar la interocepción, ayudando al paciente a reconectar con sus sensaciones corporales y a reconstruir la "piel psíquica" (Alonso Caballero et al., 2022; Meneguzzo et al., 2025). El objetivo final es la reconstrucción de una identidad ocupacional que trascienda la enfermedad, que el paciente logre independencia en sus áreas ocupacionales (ocio, productividad, autocuidado), construyendo un proyecto de vida donde el TCA no interfiera.

El trabajo corporal es esencial aquí para reconstruir la "piel psíquica" (Anzieu, 2010) y permitir que el paciente vuelva a habitar su cuerpo como un hogar seguro, libre de daños autoaplicados.

4.6. Intervención psicofarmacológica

El tratamiento farmacológico se concibe como coadyuvante y sintomatológico. A pesar de la creciente prevalencia mundial de los trastornos alimentarios, el progreso en el tratamiento farmacológico para los TCA ha sido lento.

El rol de la farmacología en 2026 es coadyuvante y sintomatológico, no curativo del núcleo del TCA. Su objetivo principal es crear una "ventana terapéutica", estabilizando síntomas comórbidos como la depresión severa, la ansiedad o la impulsividad. Fármacos como la fluoxetina en BN o la lisdexanfetamina en el TA (aprobada en España para casos moderados/graves) mitigan las conductas disfuncionales cuando la psicoterapia no es suficiente, permitiendo que el paciente pueda aprovechar el trabajo psicoterapéutico profundo.

No se recomienda medicar en fases muy iniciales, sin una evaluación completa. Tampoco es recomendable prescribirla como sustituto de la psicoterapia o intervenciones psicosociales, y si la persona presenta un peso corporal extremadamente bajo sin supervisión médica cercana (por riesgo de efectos adversos pues más dosis a veces no supone mayor efectividad en estados de desnutrición) (Unzeta Conde, 2025).

Lo que no pueden hacer los psicofármacos es cambiar la relación emocional con la comida, modificar creencias disfuncionales ni patrones de pensamiento ni reemplazar el trabajo terapéutico ni el acompañamiento integral.

Los tratamientos empleados hasta ahora (ISRS, neurolépticos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos) tienen como función tratar la comorbilidad (depresión, ansiedad), mejorar la flexibilidad cognitiva y la concentración, y regular el sueño. No tendría sentido utilizar los psicofármacos como una manera artificial de modificar el peso de la paciente, pues este se normaliza de forma progresiva cuando las ingestas se realizar de forma adecuada en cantidad y variedad.

Con más detalle profundizamos en los siguientes grupos psicofarmacológicos:

- Antidepresivos ISRS (fluoxetina, sertralina): comunes en BN y ansiedad. Incrementan la presencia en el cerebro de serotonina y otros neurotransmisores, lo que puede mitigar la ansiedad y mejorar el estado emocional, los comportamientos ritualizados y, hasta cierto grado, el pensamiento circular característico de los estados obsesivos. En concreto la fluoxetina no trata síntomas nucleares de la AN, aunque sí podrían aliviar síntomas afectivos o rasgos obsesivo-compulsivos. En BN, la fluoxetina tiene evidencia científica en la reducción

de los episodios de atracón y purga, y mejoró la regulación emocional. Dichos efectos se mantienen mientras dure el tratamiento.

- Ansiolíticos (benzodiacepinas e hipnóticos): facilitan la reducción de la angustia, la ansiedad y el insomnio. Las benzodiacepinas deben usarse de manera puntual pues generan fenómeno de tolerancia (con el tiempo para conseguir el mismo efecto se ha de aumentar dosis), dependencia y adicción. La melatonina puede ser útil en las situaciones leves, como regulador del sueño.
- Antipsicóticos atípicos (olanzapina, aripiprazol): usados en AN con rigidez cognitiva. En situaciones específicas, pueden aliviar angustias intensas resistentes a tranquilizantes, desbloquear cuando se encuentra muy aislado en sí mismo y profundamente agobiado, disminuir el deseo de hiperactividad obsesiva o neutralizar comportamientos agresivos.
- Estabilizadores del ánimo (topiramato, zonisamida): en TA o comorbilidad afectiva. El topiramato o la zonisamida junto con otros medicamentos utilizados en crisis epilépticas, pueden disminuir la impulsividad hacia la comida en situaciones de BN o TA.
- Psicoestimulantes (lisdexanfetamina): está aprobada y puede recetarse en España para el TA moderado a grave en adultos, especialmente en casos donde coexiste con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), aunque es un medicamento que requiere prescripción especializada y seguimiento médico por sus riesgos y beneficios, incluyendo su potencial de abuso.

Al disminuir la angustia y la impulsividad, los psicofármacos pueden crear la "ventana terapéutica" necesaria para que el paciente aproveche la intervención psicoterapéutica intensiva.

4.7. Desafíos clínicos: adherencia y alianza terapéutica

La falta de adherencia al tratamiento es uno de los mayores obstáculos y suele responder a múltiples causas: desde la rebelión contra una intervención vivida como imposición, hasta el miedo a perder la identidad que confiere el trastorno o un sentimiento de desesperanza aprendida.

Para el profesional, el modelo transdiagnóstico exige un cambio de postura. Requiere abandonar una posición más paternalista para negociar y ofrecer opciones, conteniendo el propio deseo de "curar" más rápido de lo que el paciente puede asumir. El terapeuta debe ser capaz de manejar la contratrans-

ferencia ante conductas pasivo-agresivas y mantener una actitud de firmeza con calidez, tolerando la incertidumbre y respetando los tiempos del paciente. Los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, y no maleficencia son indispensables en nuestra práctica diaria. Este es un tema que precisa de profundización, rigurosidad, evidencia científica y sensibilidad, en el vínculo terapeuta- paciente, indispensable en el tratamiento de los TCA.

5. CONCLUSIONES

El tratamiento de los TCA es un proceso de alta complejidad que no puede reducirse a la normalización de la ingesta. Requiere un engranaje sofisticado de intervenciones que aborden la patología desde sus raíces transdiagnósticas, integrando lo biológico, lo psicológico y lo social.

El modelo presentado ofrece un marco comprensivo que permite personalizar el tratamiento, abordando no solo los síntomas alimentarios, sino los déficits en la regulación emocional, la rigidez cognitiva y las disfunciones relacionales. Al centrarse en la funcionalidad del síntoma y en la reconstrucción de la identidad, este enfoque abre un camino sólido hacia la recuperación plena y la superación del trastorno.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Alcalde, M., y Montero, A. (2014). Terapia multifamiliar: Un modelo de intervención en salud mental. *Revista de Psicoterapia, 25*(98), 125–140.

[2] Alonso Caballero, L., Roncal Marcilla, Y., y Rivera García, P. (2022, 28 de abril). Intervención desde terapia ocupacional en una persona con trastorno de la conducta alimentaria en un hospital de día. Bibliopsiquis. https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/intervencion-desde-terapia-ocupacional-en-una-persona-con-trastorno-de-la-conducta-alimentaria-en-un-hospital-de-dia

[3] American Psychiatric Association (APA;2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed., text rev.). APA Publishing.

[4] Anzieu, D. (2010). *El Yo-piel.* Biblioteca Nueva.

[5] Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T., Micali, N. (2017). Intolerance of uncertainty in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review, 25*(3), 139-159. htpp://doi: 10.1002/erv.2523.

[6] Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Arcelus, J., Schmidt, U., Treasure, J., Crosby, R. D., & Linardon, J. (2022). A randomised controlled trial comparing three psychological treatments for adults with

anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 5*2(14), 3122–3134. http://doi: 10.1017/S0033291717001349.

[7] Canzio, C. y Zurkirch, V. (2015). Grupos multifamiliares desde el Psicoanálisis integrativo. Experiencia de sostén donde se encuentran grupos familiares y grupos institucionales en el servicio público de la ciudad de Florencia. Área 3. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, 19*, 1-15. Recuperado de http://www.area3.org.es/uploads/a3-19-GruposMultifamiliares-CCanzio-VZurkirch_1.pdf

[8] Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2024). The p-factor: One hundred years after Spearman. *World Psychiatry, 23*(1), 22–35. htpp://doi: 10.1177/21677026221147872.

[9] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2022). *Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid* 2022-2024. https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-estrategico-salud-mental-y-adicciones-2022-2024

[10] Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2025). *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid* 2025. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/informe-estado-salud-poblacion-2025

[11] Fernández García, A., y Quiles Marcos, Y. (2024). Eficacia del modelo Maudsley en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria: Una revisión de resultados a largo plazo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 11*(1), 15-28. https://hdl.handle.net/11000/32432

[12] Forbes, M. K., Kotov, R., Ruggero, C. J., Watson, D., Zimmerman, M., Krueger, R. F., & HiTOP Consortium. (2023). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): Quantitative strategies for individualizing treatment. *Journal of Personality, 91*(1), 12-28. https://doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304

[13] Gómez del Barrio, A. (2018). Intervención psicoterapéutica integrada y transdiagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia, 29*(110), 73-88. https://orcid.org/0000-0002-0843-2575

[14] Gordon, R. A. (1995). *Anorexia y bulimia: Anatomía de una epidemia social*. Ariel.

[15] Graell, M., Villaseñor, Á., Marzola, E., Sepúlveda, A. R., Stalman, N., Serrano-Bernad, I., Casas-Rivero, J., Soriano-Pacheco, J., Martínez-Cantarero, C., & Faya, M. (2020). Impact of COVID-19 lockdown

on children and adolescents with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 28*(6), 696-704. https://doi: 10.3390/nu14010100.

[16] Grenon, R., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders, 50*(9), 997–1013. https://doi.org/10.1002/eat.22744

[17] Fulton, J. J., Graham, J. G., & Grala, C. (2012). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research, 36,* 464-471. https:/doi: 10.1007/s10608-006-9000-6

[18] Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., Loomes, M., & Brennan, L. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: Findings from a rapid review of the literature. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 132. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2

[19] Hill, S. B., Peck, S. K., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2016). Applied neurobiology of eating disorders: Translating experimental neuroscience into clinical practice. *Psychiatric Clinics of North America, 39*(2), 147-159. https://doi: 10.1186/s40337-016-0119-x.

[20] Himmerich, H., Lewis, Y. D., Conti, C., Mutwalli, H., Karwautz, A., Sjögren, J. M., Uribe, N. M., Richard, M., Ludviksson, K. S., Helgason, H., & Treasure, J. (2024). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry, 25*(1), 1–41. http://doi: 10.1080/15622975.2023.2179663.

[21] Katsura, M., Knopp-Wirth, S., & Schmidt, U. (2024). Digital adaptations of the Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): A review of clinical outcomes and feasibility. *Journal of Eating Disorders, 12*, 45.

[22] Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C. , DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N. , Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A. y Wright, A. G. C. (2021).The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. *Annuario Revieu Clinical Psychology, 7* (17) 83-108. https://doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304.

[23] Rienecke, R. D & Le Grange, D.(2022). The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders: Clinical practice and im-

plementation. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 45-56. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00585-y

[24] Liquori, S., Faidutti, G., Garzitto, M., Saetti, L., Bendotti, M., & Balestrieri, M. (2022). Efficacy of a Group Psychoeducation Treatment in Binge Eating Disorder: An Open-Label Study. *Frontiers in Psychiatry, 13,* 822282. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.822282

[25] Mallorquí-Bagué, N., Bulik, C. M., Kas, M. J., & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation and eating disorders: Treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry, 31*(6), 461-468. https://doi: 10.1002/erv.2570

[26] Marzola, E., Abbate-Daga, G., & Treasure, J. (2021). Psychological meanings of eating disorders and their clinical implications. *European Journal of Psychology Open, 80*(3), 215–228.

[27] Meneguzzo, P., Cazzola, C., Buscaglia, F., Ceccato, E., Toppan, A., & Todisco, P. (2025). Body image flexibility and embodiment in eating disorders: A mixed-methods approach combining network analysis and pilot exposure protocol. *Journal of Eating Disorders, 13*, 64. https://doi.org/10.1186/s40337-025-01249-3

[28] Misra, M. (2023). Endocrine complications of anorexia nervosa in adolescents and young adults. *Contemporary Endocrinology, 108*(4), 561-575. http://doi: 10.1186/s40337-023-00744-9 doi.org

[29] Murao, S. T., & Silén, Y. (2024). Classification of eating disorders: Recent updates and future directions in the DSM and ICD systems. *Current Opinion in Psychiatry, 37*(6), 402–408.

[30] National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NICE Guideline NG69). www.nice.org.uk

[31] Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión* (CIE-11) https://icd.who.int/es/?utm_source=copilot.com

[32] Provencher, C., et al. (2022). Efficacy of a group psychoeducation treatment in binge eating disorder. *Nutrients, 14*(9), 1957.

[33] Rodríguez Cano, T., Beato Fernández, L., Mata Sáenz, B., Rojo Moreno, L., & Vaz Leal, F. J. (2016). Perfectionism, a transdiagnostic construct in eating disorders. *European Psychiatry. 16;33*(S1):S431-S431. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1562

[34] Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., Yasin, H., Watson, C.,

Ghelani, S., Bonin, E.-M., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., . . . Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 796–807. https://doi.org/10.1037/ccp0000019

[35] Simpson, S., Azam, F., Brown, S., Hronis, A., & Brockman, R. (2022). The impact of personality disorders and personality traits on psychotherapy treatment outcome of eating disorders: A systematic review. *Personality and Mental Health, 16*(3), 217–234. https://doi.org/10.1002/pmh.1533

[36] Strand, M., Eng, L., & Gammon, D. (2020). Combining online and offline peer support groups in community mental health care settings: A qualitative study of service users' experiences. *International Journal of Mental Health Systems, 14*, 39. http://doi: 10.1186/s13033-020-00370-x

[37] Taquet, M., Geddes, J. R., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 8*(11), 992-1003. https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105

[38] Treasure, J., Cardi, V., Leppanen, J., & Turton, R. (2015). New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. *Physiology & Behavior, 152(Pt B)*, 456-465. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.06.007

[39] Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2024). Eating disorders. *Medicine, 52*(8), 475–481. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3

[40] Treasure, J., Leslie, M., Chami, R., & Fernández-Aranda, F. (2018). Are eating disorders addictions? *Advances in Eating Disorders, 6*(3), 221-235. https://doi: 10.3390/nu15173718

[41] Treasure, J., & Schmidt, U. (2020). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, evidence and implementation. E*uropean Eating Disorders Review, 28*(5), 502-510. https://doi: 10.1891/0889-8391.28.1.48

[42] Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2014). A staging model for eating disorders: From high risk to severe enduring illness. *Early Intervention in Psychiatry 9*(3). http://doi: 10.1111/eip.12170

[43] Unzeta Conde, B. (2025, 9 de junio). *Psicofármacos y Trastornos de la Conducta Alimentaria: ¿Cuándo y por qué se usan? Maradam*. https://maradam.com/psicofarmacos-en-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-cuando-como-y-por-que-se-usan/

[44] Vilariño, P., Unzeta, B., Uría, T y Guerra, E. (2019). Aunando esfuerzos: grupos multifamiliares en el abordaje de los trastornos de la alimentación. *Clínica Contemporánea 10*(2). https:// doi.10.5093/cc2019a9

[45] Watson, H. J., y Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine, 43*(12), 2477-2500. htpp://doi: 10.1017/S0033291712002620

[46] Wittek, T., et al. (2023). Study protocol for a randomized clinical trial of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 11*, 132.

[47] Wolfberg, E., & Cortinas, A. (2017). Trauma y memoria corporal en los trastornos alimentarios. En E. Wolfberg (Comp.), *Cuerpo, trauma y subjetividad* (pp. 85-110).

[48] Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5.ª ed.). Basic Books.

EL PERFECCIONISMO COMO MOTOR TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN JÓVENES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y SÍNTESIS CRÍTICA (2019–2025)

Sonia López Lorenzo
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Burgos
sllorenzo@ubu.es

Resumen

El perfeccionismo es un factor relevante asociado a la psicopatología alimentaria. La literatura reciente sugiere una disociación funcional entre preocupaciones perfeccionistas (PC) y esfuerzos perfeccionistas (PS), con implicaciones diferenciales según el fenotipo del trastorno. El objetivo de este estudio sería sintetizar y analizar críticamente la evidencia empírica publicada entre 2019 y 2025 sobre la asociación entre perfeccionismo multidimensional PC/PS y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), incluida la ortorexia nerviosa, en población joven (12–25 años). Para ello, se realizó una revisión sistemática rápida conforme a PRISMA 2020. Se consultaron PubMed/MEDLINE, APA PsycINFO, Scopus y Web of Science. Se incluyeron 11 trabajos (8 estudios primarios y 3 metaanálisis). Las PC mostraron asociaciones robustas y consistentes con patología alimentaria global y atracón (p. ej., $r \approx 0{,}31$ en metaanálisis).

Las PS presentaron una relación dependiente del contexto, vinculándose especialmente con ortorexia nerviosa y conductas de control rígido. La evidencia longitudinal indicó que las fluctuaciones diarias del perfeccionismo socialmente prescrito se asocian con atracones al día siguiente; otros estudios señalaron el papel modulador de la rumiación. En consecuencia, el perfeccionismo no constituye un constructo unitario en los TCA. Se recomienda evaluar diferenciadamente las PC y los PS e incorporar intervenciones de terapia cognitivo-conductual para el perfeccionismo que aborden la autocrítica, la rigidez de los estándares y las conductas de seguridad (p. ej., el ejercicio compulsivo).

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema prioritario de salud mental en la adolescencia y la adultez emergente, con elevada morbilidad, riesgo de cronificación y consecuencias médicas relevantes. En paralelo, se ha descrito un incremento generacional del perfeccionis-

mo en cohortes jóvenes, posiblemente favorecido por presiones académicas, comparación social y exposición digital.

El perfeccionismo se conceptualiza de forma multidimensional, destacando dos dimensiones de orden superior: El perfeccionismo se conceptualiza de forma multidimensional, con dos dimensiones de orden superior: las preocupaciones perfeccionistas (PC) —autocrítica, preocupación por los errores, dudas y presión externa (perfeccionismo socialmente prescrito)— y los esfuerzos perfeccionistas (PS) —altos estándares personales y orientación al logro—. En población con TCA, las PC se han asociado de forma consistente con afecto negativo y mayor psicopatología, mientras que el papel de los PS es más dependiente del contexto, especialmente en fenotipos de rigidez y control como la ortorexia nerviosa.

El presente trabajo actualiza la evidencia empírica (2019–2025) integrando estudios primarios y metaanálisis, y enfatiza mecanismos procesuales (p. ej., rumiación, ejercicio compulsivo) que conectan rasgos perfeccionistas con síntomas alimentarios.

1. OBJETIVOS

En cuanto a los objetivos, el objetivo general fue sintetizar y analizar críticamente la evidencia publicada entre 2019 y 2025 sobre la asociación entre perfeccionismo multidimensional (PC y PS) y psicopatología alimentaria en adolescentes y adultos jóvenes.

Los objetivos específicos fueron: (a) diferenciar el papel de PC y PS en fenotipos clásicos de TCA y en ortorexia nerviosa; (b) identificar mecanismos mediadores o moderadores (p. ej., rumiación, ejercicio compulsivo, autoestima, patrones cognitivos de alimentación); y (c) derivar implicaciones para el cribado y la intervención [p. ej., terapia cognitivo-conductual para el perfeccionismo (TCC-P)].

2. MÉTODO

2.1. Diseño

Se realizó una revisión sistemática rápida (rapid systematic review) siguiendo la guía PRISMA 2020 y procedimientos abreviados acordes con el objetivo de síntesis clínica en un periodo acotado.

2.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se consultaron PubMed/MEDLINE, APA PsycINFO, Scopus y Web of Science. El intervalo temporal abarcó de enero de 2019 a febrero de 2025. La estrategia combinó términos de perfeccionismo y TCA con filtros de edad.

Los términos principales de búsqueda, adaptados a cada base de datos, fueron: (perfectionism OR perfectionistic strivings OR perfectionistic concerns OR socially prescribed perfectionism) AND (eating disorder* OR anorexia OR bulimia OR binge eating OR disordered eating OR orthorexia) AND (adolescent* OR youth OR young adult*).

2.3. Criterios de elegibilidad (PECO)

Se utilizó el marco PECO para definir los criterios de elegibilidad según población, exposición, comparación y resultados (outcomes), y delimitar los estudios pertinentes para la revisión.

Población de interés: adolescentes y adultos jóvenes, con un intervalo inicialmente fijado en 12–25 años. La selección final incluyó también estudios primarios y metaanálisis con muestras que excedían este intervalo, circunstancia que se considera al interpretar su aplicabilidad a la población joven.

Exposición: evaluación explícita de perfeccionismo multidimensional (PC/PS) con instrumentos validados.

Comparación: no requerida.

Resultados: síntomas o diagnóstico de TCA (restricción, atracón/purga, patología global) y/o ortorexia nerviosa; variables procesuales (p. ej., ejercicio compulsivo).

En cuanto a los diseños, se incluyeron estudios cuantitativos (transversales, longitudinales, ensayo controlado aleatorizado) y metaanálisis/revisiones sistemáticas. Se excluyeron estudios cualitativos y casos únicos.

2.4. Proceso de selección y extracción

Tras la eliminación de duplicados, se cribaron títulos y resúmenes. Los textos completos potencialmente elegibles se evaluaron según los criterios PECO. La extracción se centró en diseño, muestra, medidas de perfeccionismo, variables alimentarias y hallazgos principales. Al tratarse de una revisión rápida, el proceso fue realizado por un único revisor. Se implementaron controles de consistencia, pero no se realizó una doble selección/extracción independiente.

2.5. Evaluación de calidad/riesgo de sesgo

No se aplicó una herramienta formal de evaluación del riesgo de sesgo (p. ej., NOS, RoB 2 o AMSTAR 2). Esta decisión se justificó por el enfoque de revisión rápida y la limitación de recursos (una única revisora), priorizando la descripción transparente de los diseños, la triangulación con metaanálisis y el análisis crítico de las limitaciones (diseños transversales, autoinforme y sesgos de muestra).

3. RESULTADOS

3.1. Selección de estudios

La Figura 1 presenta el diagrama de flujo PRISMA 2020 del proceso de identificación, cribado y selección de estudios. Se identificaron 580 registros; tras eliminar 173 duplicados, se cribaron 407 títulos/resúmenes. Se solicitaron 60 informes a texto completo (2 no recuperados) y se evaluaron 58 para elegibilidad, excluyéndose 47 por motivos predefinidos. Finalmente, se incluyeron 11 estudios (8 primarios y 3 metaanálisis).

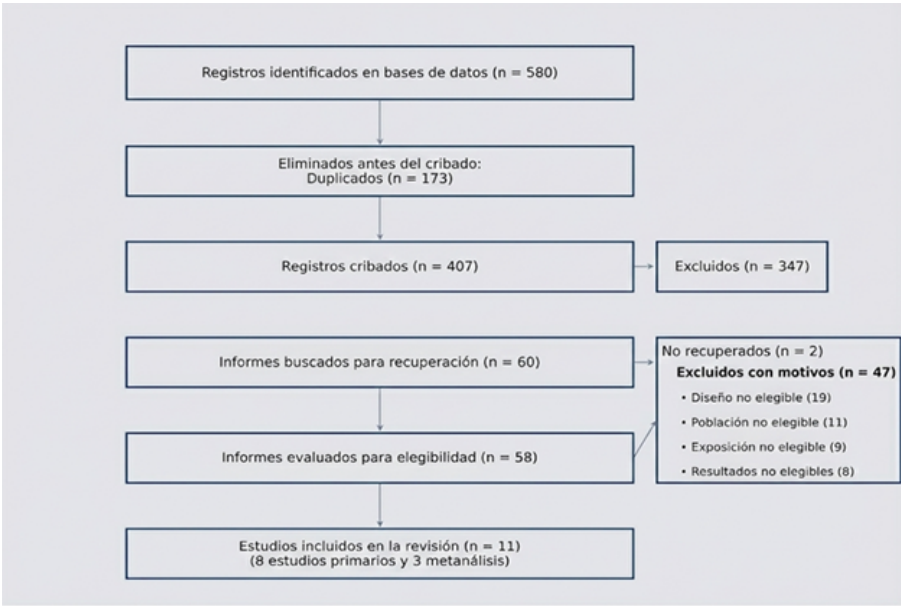


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de estudios (2019–2025).

3.2. Características de los estudios incluidos

En la Tabla 1 se sintetizan las características principales de cada uno de los estudios incluidos en este trabajo.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos (2019–2025).

Estudio	Diseño / muestra	Perfeccionismo (PC/PS)	Variable(s) alimentaria(s)	Hallazgo(s) clave
Adams et al., 2024	Observacional (adolescentes con TCA; N = 301)	PC/PS; ejercicio compulsivo	Patología TCA y ejercicio compulsivo	Asociaciones directas e indirectas entre perfeccionismo, ejercicio compulsivo y patología TCA; evidencia de relaciones recíprocas.
Cresswell et al., 2022	Observacional clínico (adolescentes con TCA y bajo peso; N = 149	Perfeccionismo total; PC/PS	Psicopatología TCA; ejercicio compulsivo	El ejercicio compulsivo media parcialmente la relación entre perfeccionismo y gravedad del TCA.
Donti et al., 2021	Observacional (gimnastas rítmicas adolescentes; N=89)	PS (p. ej., estándares personales); PC (reacciones negativas)	Síntomas alimentarios (EAT-26)	En deporte de élite, PS es normativo; PC (reacciones negativas ante imperfección) discrimina mayor riesgo de síntomas.
Greville-Harris et al., 2024	Observacional (jóvenes; N=507)	PS (orientación al logro) vs PC	Ortorexia nerviosa	PS media la relación entre rasgos obsesivo-compulsivos y ortorexia; PC no explica varianza independiente.
Merwin et al., 2022	Longitudinal (diario 20 días)	SPP (PC) diario	Atracón al día siguiente	El SPP diario predice atracón al día siguiente; dirección principalmente unidireccional (SPP→atracón).

Mohorić et al., 2023	Observacional (SEM; adolescentes)	Perfeccionismo + regulación emocional	Síntomas de TCA	La alimentación emocional y la restricción cognitiva median asociaciones del perfeccionismo y las dificultades de regulación emocional con los síntomas de TCA.
Shu et al., 2019	ECA (iCBT-P en adolescentes)	Perfeccionismo (objetivo de intervención)	Riesgo/síntomas TCA	La TCC-P online reduce perfeccionismo y riesgo de TCA frente a control; efectos mantenidos.
Tng & Yang, 2021	Observacional (universitarias de 18–26 años; N = 167)	SOP/SPP rumiación (variable moderadora)	Síntomas TCA	La rumiación modera la asociación entre SPP y síntomas alimentarios.
Bills et al., 2023	Metaanálisis (k = 39; N = 13,954)	PC vs PS	Patología alimentaria global	PC presenta la asociación más fuerte con patología global (≈0,31) frente a PS (≈0,21).
Livet et al., 2023	Revisión: 126 estudios; metaanálisis: 65 estudios (N = 29 268).	PC vs PS	Atracón/ restricción/ peso-figura	PC se asocia de forma moderada con múltiples dominios sintomáticos; efectos mayores en <14 años.
Pratt et al., 2024	Revisión: 18 estudios; metaanálisis: 12 estudios (13 muestras; N = 4984)	PC vs PS	Ortorexia nerviosa	PS y PC se asocian con ortorexia; al controlar su relación mutua, solo los PS mantienen una asociación significativa.

Nota. PC = preocupaciones perfeccionistas; PS = esfuerzos perfeccionistas; SPP = perfeccionismo socialmente prescrito; SOP = perfeccionismo autoorientado; TCA = trastornos de la conducta alimentaria; ON = ortorexia nerviosa; AN = anorexia nerviosa; ECA = ensayo controlado aleatorizado; TCC-P = terapia cognitivo-conductual para el perfeccionismo; SEM = modelos de ecuaciones estructurales; EAT-26 = Eating Attitudes Test (26 ítems); iCBT-P = terapia cognitivo-conductual para el perfeccionismo por internet; r = coeficiente de correlación; k = número de estudios; N = número de participantes.

3.3. Síntesis cuantitativa de metaanálisis (resumen)

La Figura 2 resume los tamaños de efecto (r) reportados en los metaanálisis incluidos para patología global, atracón y ortorexia, diferenciando PC y PS.

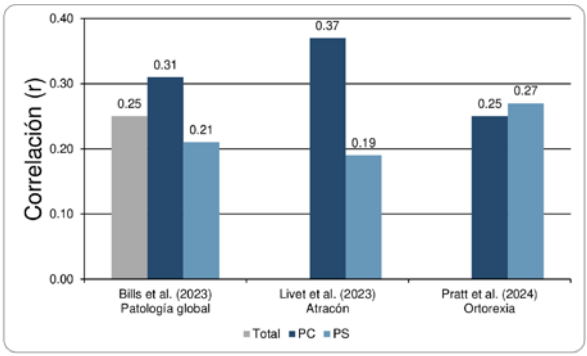


Figura 2. Resumen de tamaños de efecto (r) de metaanálisis incluidos para patología global, atracón y ortorexia.

Nota. La figura resume los tamaños de efecto (r) comunicados en los metaanálisis incluidos: Bills et al. (2023) para patología alimentaria global, Livet et al. (2023) para atracón, y Pratt et al. (2024) para ortorexia nerviosa. Valores mayores de r indican asociaciones más fuertes; PC = preocupaciones perfeccionistas y PS = esfuerzos perfeccionistas.

En conjunto, los metaanálisis muestran que las PC mantienen una relación moderada con la patología alimentaria global, mientras que los PS, aunque de menor magnitud en patología global, adquieren relevancia en fenotipos de control y rigidez (p. ej., ortorexia). Estos patrones respaldan un cribado dimensional (PC vs. PS) y orientan la formulación clínica hacia vías de desregulación (atracón) frente a sobrecontrol (restricción/ortorexia).

3.4. Síntesis temática de resultados

La Tabla 2 presenta una síntesis temática, vinculando dimensiones de perfeccionismo, mecanismos y fenotipos de TCA.

Tabla 2. Síntesis temática de resultados y orientaciones clínicas.

Tema	Evidencia principal (estudios)	Conclusión clínica
PC como núcleo de vulnerabilidad (autocrítica/presión social)	Bills et al., 2023; Livet et al., 2023; Merwin et al., 2022; Tng & Yang, 2021	Las PC se asocian de forma robusta con patología global y atracón; el SPP funciona como estresor social proximal y la rumiación amplifica el riesgo.

PS y fenotipos de rigidez (ortorexia/ sobrecontrol)	Greville-Harris et al., 2024; Pratt et al., 2024	Los PS (altos estándares) se vinculan especialmente con ortorexia nerviosa y control rígido; pueden enmascararse como 'conductas saludables' en cultura del bienestar.
Ejercicio compulsivo como puente conductual	Cresswell et al., 2022; Adams et al., 2024	El ejercicio compulsivo media la relación entre perfeccionismo y psicopatología alimentaria; debe evaluarse como conducta de seguridad/ mantenimiento.
Contextos de alto riesgo (deporte estético)	Donti et al., 2021	En gimnastas internacionales, las reacciones negativas a la imperfección se asociaron con síntomas alimentarios; conviene evaluarlas junto con el contexto deportivo.
Intervención (TCC-P)	Shu et al., 2019	La TCC-P (incluida modalidad online) reduce perfeccionismo y riesgo/síntomas alimentarios; su integración transdiagnóstica es plausible en prevención e intervención tempranas.
Vías procesuales (regulación emocional/patrones cognitivos)	Mohorić et al., 2023	La relación perfeccionismo–síntomas puede operar a través de regulación emocional y patrones cognitivos; su abordaje puede potenciar resultados clínicos.

Nota. PC = preocupaciones perfeccionistas; PS = esfuerzos perfeccionistas; SPP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; TCA = trastornos de la conducta alimentaria; ON = ortorexia nerviosa; AN = anorexia nerviosa; ECA = ensayo controlado aleatorizado; TCC-P= terapia cognitiva conductual para el perfeccionismo; r = coeficiente de correlación.

4. DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática rápida (2019–2025) integró estudios primarios recientes y metaanálisis contemporáneos, con especial interés en adolescentes y adultos jóvenes y con inclusión de algunas muestras de edades más amplias, y respalda la noción de que el perfeccionismo constituye un factor transdiagnóstico relevante para la psicopatología alimentaria. En consonancia con el concepto de perfeccionismo clínico y su valor transdiagnóstico (Shafran et al., 2002; Egan et al., 2011) y con los modelos transdiagnósticos de los TCA (Fairburn et al., 2003), los hallazgos sugieren una disociación funcional entre las dos macrodimensiones del perfeccionismo: (a) las PC se asocian con mayor consistencia y magnitud a la patología alimentaria global y a conductas de descontrol, especialmente el atracón; (b) los PS se relacionan de forma más específica con fenotipos caracterizados por rigidez y sobrecontrol (p. ej., restricción alimentaria, ortorexia) y con conductas de mantenimiento (p. ej., ejercicio compulsivo), especialmente cuando coexiste rigidez cognitiva. En otras palabras, las PC parecen alimentar un círculo vicioso de autocrítica y desregulación emocional que potencia episodios de pérdida de control, mien-

tras que los PS contribuyen a un perfil de sobrecontrol perfeccionista que puede perpetuar prácticas alimentarias rígidas y obsesivas.

La confirmación metaanalítica corrobora las PC como núcleo de vulnerabilidad. La evidencia de alto nivel apoya con consistencia que las PC constituyen el componente más nocivo del perfeccionismo en relación con los TCA. En el metaanálisis de Bills et al. (2023), las PC mostraron asociaciones más fuertes con la patología alimentaria global que los PS (aprox. r = 0,31 frente a r = 0,21), mientras que Livet et al. (2023). corroboraron asociaciones significativas de PC con distintos dominios sintomáticos (atracón, restricción, preocupación por peso/figura) en magnitudes pequeñas a moderadas. Estos resultados son congruentes con la evidencia previa que relaciona el perfeccionismo con distintas formas de psicopatología, incluidos los síntomas alimentarios (Limburg et al., 2017).

4.1. Mecanismos dinámicos: presión social, rumiación y atracón

La evidencia longitudinal relaciona el perfeccionismo socialmente prescrito (SPP) con la intensidad de las conductas de atracón. Merwin et al. (2022), mediante un diario de 20 días, observaron que el SPP diario predecía una mayor intensidad de estas conductas al día siguiente, pero no su presencia o ausencia; no encontraron evidencia de asociación en la dirección inversa. Este patrón concuerda con modelos de regulación emocional, donde la presión social percibida y la autocrítica incrementan el afecto negativo y el atracón funcionaría como un "escape" paliativo a corto plazo (Heatherton & Baumeister, 1991). En la misma dirección, Tng y Yang (2021) encontraron una asociación más intensa entre SPP y síntomas alimentarios en participantes con mayor rumiación.

4.2. Esfuerzos perfeccionistas y fenotipos de sobre control: la paradoja de la "adaptabilidad" en el dominio alimentario

Respecto a los PS, los datos revisados apoyan un patrón dependiente del contexto y del fenotipo. Aunque se ha defendido que los altos estándares podrían ser relativamente adaptativos fuera del ámbito clínico (Stoeber & Otto, 2006), en el dominio alimentario estos esfuerzos pueden rigidizarse y volverse patológicos cuando se integran en reglas absolutistas y en una autoevaluación basada en el control corporal. En ortorexia nerviosa, tanto estudios primarios como metaanálisis señalan que los PS pueden ser un marcador especialmente informativo: Greville-Harris et al. (2024) encontraron que los esfuerzos perfeccionistas mediaban la relación entre rasgos obsesivo-compulsivos y síntomas de síntomas de ortorexia en la muestra estudiada, y Pratt et al. (2024) hallaron asociaciones positivas para PS y PC con ortorexia, aunque

solo los PS mantuvieron una asociación significativa tras controlar la relación entre ambas dimensiones. En el contexto sociocultural actual centrado en el ideal de "salud y bienestar", este patrón es clínicamente relevante: un perfil alto en PS no debería interpretarse automáticamente como "adaptativo" si se acompaña de rigidez dietética, obsesión por la pureza alimentaria o deterioro funcional.

4.3. El puente conductual: ejercicio compulsivo

Un hallazgo transversal a varios estudios es el papel del ejercicio compulsivo como nexo tangible entre perfeccionismo y gravedad clínica. En adolescentes con TCA, Cresswell et al. (2022) mostraron que el ejercicio compulsivo mediaba parcialmente la relación entre perfeccionismo y psicopatología alimentaria, sugiriendo que la hiperactividad puede funcionar como conducta de seguridad para reducir la ansiedad y reforzar la sensación de control. De forma consistente, Adams et al. (2024) describieron asociaciones directas e indirectas entre perfeccionismo, ejercicio compulsivo y patología alimentaria en adolescentes, aportando plausibilidad a modelos de mantenimiento. Este encaje es coherente con marcos teóricos donde el ejercicio compulsivo opera como estrategia de afrontamiento desadaptativa y factor de mantenimiento (Meyer et al., 2011).

4.4. Contextos de alto riesgo y diferencias interindividuales

Los resultados también sugieren que el contexto modula la expresión clínica del perfeccionismo. En deportes estéticos, las asociaciones entre perfeccionismo y síntomas alimentarios pueden variar según el nivel competitivo. Donti et al. (2021) observaron que, en gimnastas rítmicas adolescentes de nivel internacional, las reacciones negativas a la imperfección se asociaban con los síntomas alimentarios, mientras que no se encontraron asociaciones entre las subescalas de perfeccionismo y el EAT-26 en el grupo recreativo. Estos resultados sugieren considerar el contexto deportivo al evaluar ambas dimensiones. En paralelo, los estudios incluidos apuntan a mecanismos psicológicos intermedios adicionales, como la regulación emocional y los patrones cognitivos alimentarios (p. ej., Mohorić et al., 2023), que pueden modular cómo las disposiciones perfeccionistas se traducen en conducta alimentaria.

4.5. Limitaciones y fortalezas

En cuanto a las limitaciones, este estudio se diseñó como revisión sistemática rápida, lo que implica decisiones de eficiencia que pueden conllevar omisiones (p. ej., literatura gris o estudios no indexados en las bases consultadas). La selección y extracción de datos fue realizada por una única revisora,

aumentando el riesgo de sesgos de omisión o interpretación. Asimismo, la heterogeneidad en las medidas de perfeccionismo (instrumentos y operacionalizaciones de PC/PS) y en los desenlaces (síntomas dimensionales, diagnósticos, ortorexia, ejercicio compulsivo) limitó la comparabilidad directa e impidió un metaanálisis propio, por lo que la cuantificación del tamaño de los resultados del efecto dependió de metaanálisis externos. Finalmente, la generalización de los resultados debe interpretarse con cautela por el predominio de muestras occidentales y, en varios estudios, mayoritariamente de género femenino.

La inclusión de estudios primarios y metaanálisis con muestras que excedían el intervalo inicialmente fijado de 12–25 años limita la aplicación específica de sus resultados a esta población.

Los estudios de Adams y Cresswell presentan un solapamiento parcial de participantes, por lo que no constituyen una evidencia completamente independiente.

Pese a estas limitaciones, la revisión aporta una síntesis actualizada (2019–2025) centrada en un periodo evolutivo crítico (adolescencia y adultez emergente), integrando estudios primarios con metaanálisis recientes. El énfasis en mecanismos (p. ej., ejercicio compulsivo, rumiación y regulación emocional) permite avanzar más allá de asociaciones transversales y proponer hipótesis de proceso con relevancia clínica. Además, la disociación funcional PC/PS ofrece una guía práctica para el cribado y la personalización del tratamiento y la prevención en jóvenes, respaldando la inclusión de intervenciones específicas para el perfeccionismo (TCC-P) como complemento a los protocolos habituales de TCA.

5. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES

En la práctica clínica, estos hallazgos respaldan las siguientes recomendaciones: (1) evaluar de forma diferenciada las PC y los PS en jóvenes con TCA o en riesgo, utilizando instrumentos multidimensionales; (2) priorizar las PC (autocrítica, SPP, intolerancia a los errores) como diana terapéutica transdiagnóstica en presentaciones con patología global elevada o atracón recurrente; (3) explorar cuidadosamente los PS en cuadros de sobrecontrol (anorexia restrictiva, ortorexia, ejercicio compulsivo), dado que estos altos estándares pueden obstaculizar la flexibilidad necesaria para la recuperación; y (4) integrar intervenciones cognitivo-conductuales específicas para el perfeccionismo (TCC-P) dentro del tratamiento de los TCA, adaptando los módulos al perfil predominante (énfasis en PC vs. PS). En este sentido, el ensayo controlado aleatorizado de Shu et al. (2019) sugiere que una intervención de

TCC-P en línea puede reducir el perfeccionismo, así como el riesgo y la sintomatología alimentaria en adolescentes, lo que apoya su posible utilidad en la prevención selectiva y como complemento terapéutico.

6. CONCLUSIONES

Las PC se vinculan principalmente con el afecto negativo y las conductas de pérdida de control, como los atracones; en cambio, los PS se relacionan con manifestaciones de rigidez y sobrecontrol, como la ortorexia, la restricción alimentaria y el ejercicio compulsivo, aunque estas relaciones deben interpretarse con cautela por la heterogeneidad de los estudios. Desde una perspectiva clínica, resulta pertinente integrar la evaluación dimensional del perfeccionismo e intervenciones adaptadas al perfil predominante.

6.1. Agradecimientos

Agradecer al Colegio Oficial de Psicología de Santa Cruz de Tenerife el apoyo prestado para la realización del estudio objeto de este capítulo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[49] Adams, V., Watson, H. J., Mazzucchelli, T., Jones, E., Callaghan, T., Bills, E., & Egan, S. J. (2024). Direct, indirect, and reciprocal associations between perfectionism, compulsive exercise and eating disorder pathology in adolescents with eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 29*(1), 21. https://doi.org/10.1007/s40519-024-01650-y

[50] Bills, E., Greene, D., Stackpole, R., & Egan, S. J. (2023). Perfectionism and eating disorders in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Appetite, 187,* 106586. https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106586

[51] Cresswell, C., Watson, H. J., Jones, E., Howell, J. A., & Egan, S. J. (2022). The role of compulsive exercise in the relationship between perfectionism and eating disorder pathology in underweight adolescents with eating disorders. Eating Behaviors, 47, 101683. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101683

[52] Donti, O., Donti, A., Gaspari, V., Pleksida, P., & Psychountaki, M. (2021). Are they too perfect to eat healthy? Association between eating disorder symptoms and perfectionism in adolescent rhythmic gymnasts. *Eating Behaviors, 41,* 101514. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101514

[53] Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 203-212. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009

[54] Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

[55] Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468.

[56] Sustituir por: Greville-Harris, M., Vuillier, L., Goodall, S., Talbot, C. V., Walker, C., & Appleton, K. M. (2024). Striving for the perfect diet? The mediating role of perfectionism in the relationship between obsessive compulsive symptoms and traits of Orthorexia Nervosa. Journal of Eating Disorders, 12, 91. https://doi.org/10.1186/s40337-024-01032-w

[57] Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*(1), 86-108. https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86

[58] Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology,* 60(3), 456-470.

[59] Livet, A., Navarri, X., Pomerleau, P. P., Champagne, S., Yunus, F. M., Chadi, N., McVey, G., & Conrod, P. (2023). Perfectionism in children and adolescents with eating-related symptoms: A systematic review and a meta-analysis of effect estimates. *Adolescents,* 3(2), 305-329. https://doi.org/10.3390/adolescents3020022

[60] Merwin, K. E., Mackinnon, S. P., O'Connor, R. M., & Flett, G. L. (2022). Socially prescribed perfectionism predicts next-day binge eating behaviors over 20-days. *Journal of Counseling Psychology, 69*(4), 554-565. https://doi.org/10.1037/cou0000600

[61] Mohorić, T., Pokrajac-Bulian, A., Anić, P., Kukić, M., & Mohović, P. (2023). Emotion regulation, perfectionism, and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of cognitive eating patterns. Current Psychology, 42, 28505–28516. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03824-2

[62] Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

[63] Pratt, V. B., Hill, A. P., & Madigan, D. J. (2024). Multidimensional perfectionism and orthorexia: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 29*(1), 67. https://doi.org/10.1007/s40519-024-01695-z

[64] Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy, 40, 773-791. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6

[65] Shu, C. Y., Watson, H. J., Anderson, R. A., Wade, T. D., Kane, R. T., & Egan, S. J. (2019). A randomized controlled trial of unguided internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents: Impact on risk for eating disorders. Behaviour Research and Therapy, 120, 103429. https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103429

[66] Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*(4), 295-319.

[67] Tng, G. Y. Q., & Yang, H. (2021). Interactional effects of multidimensional perfectionism and cognitive emotion regulation strategies on eating disorder symptoms in female college students. *Brain Sciences, 11*(11), 1374. https://doi.org/10.3390/brainsci11111374

[68] Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301–1326. https://doi.org/10.1002/jclp.22435

[69] Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review, 19*(3), 174–189. https://doi.org/10.1002/erv.1122

EL MODELO DE ELABORACIÓN DE SENTIDO Y LA PSICOTERAPIA BASADA EN EL SENTIDO: UN NUEVO HEURÍSTICO PARA ABORDAR LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

José Heliodoro Marco-Salvador
Universidad de Valencia
jose.h.marco@uv.es

Iris Malonda Pardo
Universidad de Valencia
info@irismalondapsicologa.com

Montserrat Cañabate Ros
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
Montse.cañabate@ucv.es

Verónica Guillen Botella
Universidad de Valencia
veronica.guillen@uv.es

Resumen

Actualmente, disponemos de tratamientos que han demostrado eficacia para los Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA) fundamentalmente las Terapias Cognitivo-Comportamentales (TCC), sin embargo, un número considerable de pacientes no responden suficientemente. Por este motivo, es una necesidad imperiosa considerar otras opciones de intervención para estas personas que no se beneficia de las TCC.

Existen numerosos estudios que indican que el sentido en la vida en personas con TCA está asociado de forma positiva con la satisfacción corporal y de manera negativa con la preocupación por el peso y las actitudes negativas hacia la comida y que actúa como un factor de protección frente a actitudes y conductas disfuncionales hacia la comida, depresión, desesperanza, ideación suicida, impulsividad e inestabilidad emocional. Por lo que se presenta el Modelo de Elaboración del Sentido en los Trastornos Alimentarios (MESTA) como un nuevo modelo heurístico para abordar la evaluación, la prevención y mejorar los tratamientos para el TCA.

La principal implicación clínica del MESTA es que se sugiere la necesidad de incorporar intervenciones de Psicoterapia Basada en el Sentido para los pacientes con TCA que presenten niveles bajos de sentido en la vida que mantenga el TCA. En este capítulo mostramos los resultados de un estudio de caso de una paciente con Bulimia Nerviosa (BN) en el que la Psicoterapia Basada en el Sentido integrada en la TCC produce un incremento del sentido vital auténtico y funcional, así como una reducción en la depresión, la ansiedad y la psicopatología característica de la BN.

Introducción

Existe un amplio consenso en la literatura especializada de que la intervención psicológica para personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de Atracón (TdA) es la psicoterapia, más allá del enfoque primario inmediato en la restauración del peso y la estabilización médica/física. La necesidad de una intervención psicológica es evidente dada la naturaleza egosintónica del trastorno caracterizado por la ambivalencia, la negación de un problema y la resistencia a buscar/participar en un tratamiento y el curso resistente y a menudo crónico de muchos pacientes (Grilo, 2024).

Actualmente, existen diversos tratamientos que han demostrado eficacia para la AN, por lo que puede abordarse desde distintos modelos psicoterapéuticos con enfoques complementarios: la Terapia Psicodinámica Focal pone el acento en los conflictos emocionales subyacentes y en la función psicológica de los síntomas alimentarios (Zipfel et al., 2014); el modelo Maudsley para adultos (MANTRA) se centra en los factores de mantenimiento del trastorno, como la rigidez cognitiva, la evitación emocional y las dificultades interpersonales (Schmidt et al., 2014); la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) busca modificar las creencias disfuncionales relacionadas con el peso, la figura y el control alimentario que perpetúan la psicopatología (Fairburn, 2008); el tratamiento basado en la familia para la AN considera a la familia, especialmente a los padres, como un recurso clave para apoyar la recuperación nutricional y conductual del paciente (Lock y Le Grange, 2015); finalmente, el manejo clínico de apoyo especializado (SSCM) combina apoyo terapéutico con orientación nutricional, priorizando la recuperación del peso y el funcionamiento global del individuo (McIntosh et al., 2006). Si bien, los estudios de metaanálisis sugieren que no se ha podido demostrar la superioridad a largo plazo de uno de estos tratamientos sobre los otros en los aumentos significativos en el Índice de Masa Corporal (IMC) y en reducciones en la psicopatología (Grilo, 2024). Sin embargo, las principales guías clínicas, como es el caso del National Institue for Health and Care Excellence (NICE, 2017, 2020), sí que

indica que los tratamientos recomendados para adultos con AN son la TCC, los programas MANTRA y el SSCM.

Respecto a eficacia de la psicoterapia para la BN, el TdA, y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) un número considerable de ensayos controlados aleatorizados (ECA) han demostrado que la TCC es eficaz en estos trastornos y puede reducir considerablemente los síntomas específicos como son los atracones, vómitos, insatisfacción corporal, así como los síntomas secundarios como la depresión o la ansiedad, tanto a corto como a largo plazo. Por lo que se recomienda el TCC como tratamiento de primera elección para esos trastornos en varias guías clínicas de tratamiento (Hay et al., 2015; Hilbert et al., 2017; NICE, 2017, 2020).

Sin embargo, aunque muchos pacientes se benefician de las intervenciones que actualmente disponemos, existe un porcentaje grande de pacientes que no lo hacen. En un reciente metaanálisis sobre la eficacia de las TCC para los TCA (fundamentalmente BN y TdA) (Cuijpers et al., 2025) en el que se estudió la eficacia de la TCC teniendo en cuenta resultados absolutos como son la tasa de abstinencia (es decir el porcentaje de casos que ya no cumplen criterios del TCA) y la tasa de respuesta (definida como la reducción del 50% de la psicopatología específica del TCA) después de la aplicación de la TCC, se encontró que solo el 36% de los pacientes que habían recibido la TCC ya no cumplían criterios del TCA (sin embargo, el 64% seguían cumpliendo criterios) y que solo un 35% de los participantes habían conseguido una reducción del 50% de los síntomas (es decir, el 65% no alcanzaron la reducción de los síntomas).

En el mismo sentido, en el caso de la AN, los estudios de revisión sistemática y metaanálisis indican tasas de recaída elevadas después del tratamiento, con rangos que pueden oscilar entre aproximadamente 30% y 52%, y que el riesgo de recaída tiende a ser especialmente alto en el primer año tras el alta del tratamiento (Khalsa et al., 2017). Por otra parte, los estudios sugieren que a pesar de que algunas personas alcanzan la recuperación física, una proporción sustancial de personas, no logra una recuperación integral de su funcionamiento social o de vida, es decir, una vez recuperan el peso, encuentran dificultades para desarrollar una vida fuera de la AN. Concretamente, en un estudio que analizó la evolución a 21 años de personas tratadas con AN encontró que el 51% estaban totalmente recuperados, el 21% parcialmente recuperados, y entre el 10%-20% todavía cumplían los criterios de la AN (Bulik et al., 2002).

Además, en los estudios de eficacia anteriormente descritos, los distintos autores coinciden en que hay dos áreas centrales donde se deberían mejorar las intervenciones para incrementar la eficacia de las psicoterapias con las personas con TCA. Por una parte, todos coinciden en que una de las principales dificultades en el abordaje terapéutico es en la ambivalencia y la elevada resistencia al cambio que suelen manifestar los pacientes. Esta resistencia se relaciona, en parte, con la falta de conciencia de enfermedad, lo que compromete la colaboración y la adherencia al tratamiento (Macdonald et al., 2012). En este sentido, los tratamientos actuales podrían optimizar su eficacia mediante la incorporación de componentes de intervención específicamente dirigidos a potenciar la motivación y el compromiso terapéutico. Por otra parte, estos estudios sugieren que, una vez reducidos los síntomas específicos de la AN, es muy difícil construir una vida plena fuera de la AN (Steinhausen, 2002), ya que la paciente, aunque ha subido su peso, puede seguir centrada en objetivos y valores vitales relacionados con el cuerpo, lo que incrementa el riesgo de recaída.

En síntesis, estos estudios indican que, si bien existen psicoterapias eficaces para muchas personas con TCA, un número considerable de pacientes no obtiene una respuesta terapéutica suficiente. Esta realidad, pone de manifiesto la necesidad de considerar otras opciones de intervención alternativas o complementarias para aquellas personas que no se benefician de tratamientos como la TCC. En este sentido, resulta oportuno, comenzar a explorar otros tipos de intervenciones que se puedan integrar de una manera secuencial o complementaria a la TCC, con el objetivo de maximizar la probabilidad de éxito terapéutico en este grupo de pacientes (Cuijpers et al., 2025). Es precisamente en este marco de mejora y ampliación de los tratamientos basados en la evidencia donde proponemos un nuevo marco teórico que permita una conceptualización e intervención más global de las personas con TCA.

1. EL SENTIDO EN LA VIDA COMO VARIABLE PROTECTORA DE LA PSICOPATOLOGIA

1.1. Definición del sentido en la vida

El estudio del sentido en la vida (SeV) como variable protectora frente a la psicopatología fue propuesto originalmente por Viktor Frankl (1959). Aunque existen diversas definiciones del constructo (p. ej. Martela y Steger, 2016), la mayoría coincide en que las personas con un elevado sentido en la vida perciben su existencia como orientada hacia propósitos y metas vitales significativas, integradas dentro de un marco coherente y organizado. Asimismo, conciben su contribución al mundo como una responsabilidad per-

sonal, individual e ineludible, lo que favorece la percepción de que la vida merece la pena ser vivida incluso en contextos de adversidad.

Actualmente existe cierto consenso de que el SeV se compone de tres dimensiones interconectadas e interactivas (St. Quinton y Trafimow, 2025). En primer lugar, la *coherencia*, se entiende como el grado en que las personas perciben el mundo como un todo organizado, estructurado, predecible y explicable, constituyendo el componente cognitivo del sentido. En segundo lugar, el *propósito* alude a la percepción de que la vida está orientada y guiada por metas y valores significativos, y corresponde al componente motivacional. Finalmente, la *importancia* hace referencia a la sensación de que la vida posee un valor inherente y merece ser vivida, así como a la percepción de que el mundo sin la propia existencia, es decir, "*sin mí",* sería diferente; esta dimensión representa el componente afectivo del SeV (Martela y Steger, 2016).

Además de estas tres dimensiones, la construcción del SeV puede comprenderse a partir de dos fases diferenciadas. La primera es la *presencia* de sentido, que se refiere al grado en que una persona percibe que su vida tiene sentido. La segunda es la *búsqueda* de sentido, que refleja hasta qué punto una persona se encuentra activamente explorando o intentando encontrar sentido en su vida. Estas dos variables son conceptualmente independientes, tal y como lo demuestran las bajas correlaciones observadas entre las subescalas que las evalúan (p. ej., Steger et al., 2009). Esta distinción resulta especialmente relevante, ya que la búsqueda de sentido puede desempeñar un papel protector frente a la psicopatología o, por el contrario, asociarse a mayor malestar psicológico, en función de si dicha búsqueda conduce o no a la presencia de sentido. (Marco et al., 2022).

1.2. El sentido en la vida como protector de la salud mental

Numerosos estudios han señalado que indican el SeV actúa como un importante factor protector y predictor de la salud mental (Steger et al. 2009) y que está asociado positivamente con mejores resultados de salud física, incluida la longevidad (Sutin et al., 2025). Asimismo, el SeV se relaciona con mayores niveles de felicidad, satisfacción en la vida, conexión social y autoestima (p. ej. St. Quinton y Trafimow, 2025). Por otra parte, las personas con un elevado SeV muestran una mayor capacidad para afrontar de manera adaptativa los estresores cotidianos (Park y Baumeister, 2017). En el ámbito de la psicopatología, la evidencia empírica indica que el SeV constituye un factor protector de la depresión y los síntomas ansiosos (He et al., 2023), el trastorno de estrés postraumático (Owens et al., 2009), el riesgo de suicidio (Deska et

al., 2025), el trastorno límite de la personalidad (Lorca et al.,2021), así como otros trastornos de la personalidad (Steen et al., 2019).

1.3. El sentido en la vida como una variable transdiagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria

Aunque la investigación sobre el SeV como factor protector en los TCA es relativamente reciente, existe un creciente número de estudios que pone de manifiesto su relevancia en la psicopatología de estos trastornos (p.ej. Brassai et al., 2015; García-Alandete et al., 2018; Góngora, 2014; Marco et al., 2017; 2019; 2020; 2021; 2025). Estos estudios han encontrado que las personas con AN presentan puntuaciones más bajas en bienestar existencial en comparación con la población sin TCA, así como mayores dificultades para gestionar la ansiedad existencial (Fox y Leung, 2008). Las personas con TCA presentan niveles significativamente inferiores de SeV que la población no clínica (Marco et al., 2017). Además, el SeV se relaciona de forma positiva con la satisfacción corporal y de manera negativa con la preocupación por el peso y las actitudes negativas hacia la comida (Marco et al., 2019). Finalmente, estudios longitudinales han demostrado que el SeV actúa como un factor protector a lo largo del curso del TCA, concretamente, frente a actitudes y conductas disfuncionales hacia la comida, depresión, desesperanza, ideación suicida, impulsividad e inestabilidad emocional (Marco et al., 2021).

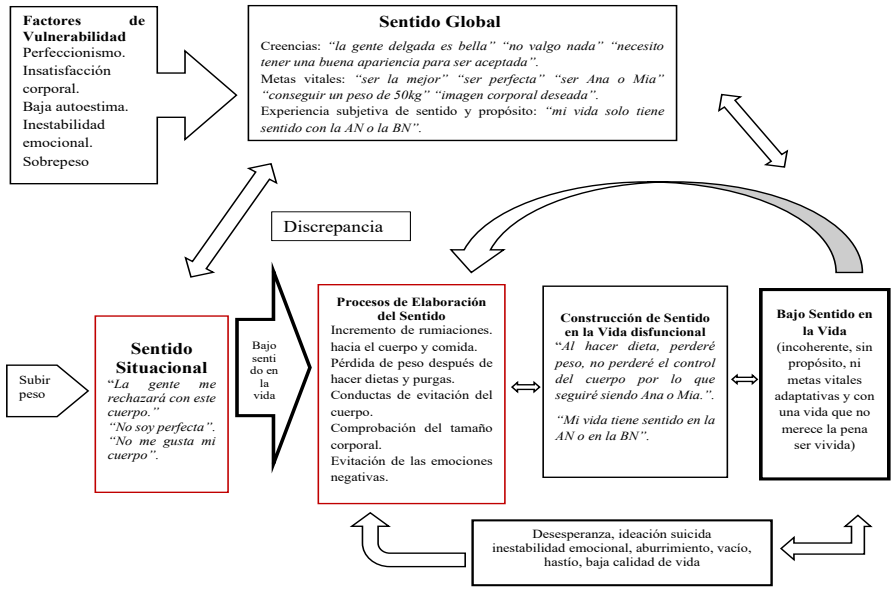
En un estudio con 240 personas diagnosticadas con TCA, se encontró que un bajo SeV se asociaba significativamente con la psicopatología específica del TCA, la insatisfacción corporal, la desregulación emocional, desesperanza en todos los tipos de TCA: AN, BN, TdA y TCANE (Marco et al., 2019). Además, se encontró que fue en la AN de tipo restrictivo el SeV mostraba una asociación más fuerte con la psicopatología específica del trastorno, mientras que en el TdA el SeV estuvo más asociado a la desesperanza. Estos hallazgos sugieren que, si bien el SeV es un variable que está relacionada con la psicopatología en todos los subtipos de TCA, en la AN restrictiva desempeña un papel especialmente relevante como mantenedor de la psicopatología (Marco et al., 2019). En conjunto, todos estos estudios sugieren que el bajo SeV puede considerarse un constructo transdiagnóstico en los TCA.

2. EL MODELO DE ELABORACIÓN DE SENTIDO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Con el objetivo de ofrecer un marco teórico para comprender el papel del SeV en los pacientes con TCA, Marco et al. (2021) han propuesto el Modelo de Elaboración del Sentido en los Trastornos Alimentarios (MESTA).

Como se muestra en la Figura 1, el modelo MESTA propone que las personas con elevada vulnerabilidad a desarrollar un TCA - principalmente, mujeres jóvenes con baja autoestima, elevado perfeccionismo, alto IMC, desregulación emocional y depresión- pueden llegar a experimentar un bajo SeV cuando un acontecimiento vital estresante irrumpe y quiebra su sentido global. Este sentido global estaría compuesto por valores, ideales y metas estrechamente vinculados al control del cuerpo y a una identidad asociada a la pérdida de peso y la delgadez. Por ejemplo, un incremento de peso súbito podría contradecir esquemas globales como "*debo controlar mi peso*", "*necesito tener un peso bajo*", "*soy perfecta*" o "*quiero ser anoréxica*". Esta violación del sentido global daría lugar a una disminución o ausencia de SeV y activaría una serie de procesos orientados inicialmente a la búsqueda y posterior reconstrucción de SeV. En personas con alta vulnerabilidad a los TCA, dichos procesos podrían incluir formas disfuncionales de controlar la alimentación para perder peso, conductas de comprobación corporal, pensamientos rumiativos sobre la comida y el cuerpo, incremento del afecto negativo y desregulación emocional. En última instancia, estos procesos podrían desembocar, en una pérdida de peso (en el caso de la AN) o al desarrollo de atracones y vómitos (en el caso de BN) y atracones (en el caso del TdA).

Así, de acuerdo con el modelo MESTA, el proceso de construcción de SeV tendría dos consecuencias diferenciales. A corto plazo, los síntomas de TCA funcionarían como estrategias disfuncionales que proporcionan a la persona una sensación de estructura, coherencia e identidad (Serpell et al., 1999), generando un nuevo sentido vital coherente con el sentido global que poseía la persona con vulnerabilidad al TCA ("*Tras perder peso soy atractiva, controlo mi cuerpo y, por tanto, soy perfecta", "Sigo siendo ANA*"). Sin embargo, a largo plazo, cuando el sentido vital se orienta hacia metas y valores disfuncionales —como el control del cuerpo, el peso y la comida— y se evita el afrontamiento de experiencias vitales adversas, se bloquea el desarrollo de un sentido vital auténtico y genuino.



.

Figura 1. Modelo de Elaboración de Sentido en los Trastornos Alimentarios (MESTA) (Marco et al., 2021).

Esta dinámica conduce a una ausencia persistente de auténtico SeV, y se asocia con depresión, apatía, desesperanza, ideación suicida, falta de identidad fuera del TCA y sentimiento crónico de vacío (Marco et al., 2020). En consecuencia, se configura un círculo vicioso en el que el TCA proporciona inicialmente una identidad o un aparente SeV, de carácter disfuncional, que acaba actuando como un factor de mantenimiento de la psicopatología del TCA. De este modo, los pacientes con TCA presentan un bajo SeV, lo que perpetúa el trastorno (Marco et al., 2017), dificulta la recuperación y aumenta de forma considerable el riesgo de recaídas.

Diversos estudios empíricos confirman las hipótesis del mantenimiento de los TCA propuestas por el modelo MESTA. Estudios previos han encontrado que las personas con TCA presentan niveles significativamente más bajos de SeV en comparación con los pacientes recuperados (de la Rie et al., 2007), así como, mayores problemas de identidad (Stein y Corte, 2007), sentimientos

de desesperanza (Robinson et al., 2015) y una menor calidad de vida (Tomba et al., 2017). Además, las personas con TCA presentan una mayor probabilidad de experimentar altos niveles de discapacidad, carecer de relaciones interpersonales positivas y convertirse en una carga importante para sus familias (Touyz y Hay, 2015). Por otra parte, estudios realizados desde la perspectiva de los pacientes recuperados señalan que la conexión social, la esperanza y el optimismo hacia el futuro, la identidad, el sentido vital y el empoderamiento constituyen componentes fundamentales de la recuperación en personas con TCA. Asimismo, estos pacientes señalaron que, durante la enfermedad, encontraban sentido en sus vidas a través del propio TCA, y que el desarrollo de un sentido vital auténtico, junto con metas y valores más amplios y flexibles, constituye un elemento clave en el proceso de recuperación (Wetzler et al., 2020).

Hasta la fecha, el modelo MESTA ha recibido apoyo empírico en diversos estudios con muestras heterogéneas. Por una parte, se ha confirmado su validez en poblaciones con alto riesgo para desarrollar un TCA, como personas con obesidad, elevada preocupación por el peso y el malestar corporal (Schutzeichel et al., 2024). Por otra parte, en población clínica, Marco et al., (2021) comprobaron que el SeV actuaba como mediador entre la desregulación emocional y la psicopatología de los TCA en tres muestras diferentes de participantes con TCA: mujeres jóvenes, personas con obesidad mórbida y participantes con diagnóstico de TCA. Recientemente, estudios basados en este modelo han demostrado que el SeV media la relación entre el neuroticismo y ambos, tanto los episodios de atracones como la sintomatología depresiva en personas con TdA (Marco et al., 2025).

3. INSTRUMENTOS PARA MEDIR EL SENTIDO EN LA VIDA EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para poder investigar e intervenir en el SeV es importante disponer de instrumentos de evaluación fiables y validos que capten adecuadamente este constructo. Aunque existen varios instrumentos que evalúan el SeV, como son *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ), *Multidimensional Existential Meaning Scale* (MEMS), el más ampliamente utilizado es el *Inventario de Propósito en la Vida* (Purpose in Life Test, PIL; Crumbaugh y Maholick, 1969). El PIL es un cuestionario de autoinforme compuesto por 20 ítems, que mide en qué medida una persona tiene una vida orientada hacia metas y propósitos vitales, SeV, y satisfacción vital. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 7 puntos, que permite situar el SeV a lo largo de un continuo que va desde 20 a 140 puntos, pudiendo distinguir tres niveles: a) puntuaciones inferiores a 90

indican "*Ausencia de SeV o vacío existencial*", b) puntuaciones entre 90 y 105 indican "*Indefinición de SeV*" y puntuaciones superiores a 105 indican "*Logro de SeV*".

La adaptación española del PIL para personas con TCA (García-Alandete et al., 2018) fue realizada por nuestro grupo de investigación en una muestra de 250 personas diagnosticadas con TCA, con edades comprendidas entre 12 y 60 años, procedentes de diferentes unidades especializadas en el tratamiento de estos trastornos. Los diagnósticos incluidos fueron: AN restrictiva, AN purgativa, BN, TdA, y TCANE. Los resultados confirmaron una estructura factorial de 19 ítems (uno menos que en versión de la población general). Asimismo, el PIL mostró correlaciones positivas con la satisfacción corporal, y negativas con la desesperanza y la preocupación por el sobrepeso, una consistencia interna ($\alpha = .93$) y una adecuada validez convergente (AVE = 0.51). Respecto a las diferencias en función de la edad, los adolescentes con TCA presentaron niveles significativamente más altos de SeV que los adultos, en consonancia con las predicciones del modelo MESTA. En conjunto, estos resultados indican que el PIL constituye una medida fiable y válida para evaluar el SeV en personas con TCA.

4. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DESDE EL MODELO DE ELABORACIÓN DEL SENTIDO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los estudios revisados sugieren que un subgrupo de pacientes con TCA podría beneficiarse de una intervención orientada desde el modelo MESTA. Estudios realizados desde la perspectiva de los propios pacientes indican que estos desean ser tratados como "personas completas" (Rance et al., 2017), mostrando preferencia por abordajes terapéuticos que tengan en cuenta sus necesidades psicológicas y sociales, y señalando que los tratamientos rígidos centrados exclusivamente en el peso y la alimentación resultan insuficientes o poco eficaces (Westwood y Kendal, 2012). En esta línea, Norbo et al. (2012) observaron que uno de los motivos por los que algunas pacientes con AN muestran resistencia a la recuperación, es que el trastorno les proporciona experiencias subjetivamente positivas, como sentimientos de seguridad o la percepción de sentido y propósito vital. Estos efectos pueden llegar a compensar las consecuencias negativas del trastorno, disminuyendo la motivación para el cambio. En consecuencia, considerando la evidencia que señala al sentido y propósito vital como factores relevantes en la recuperación, resulta plausible que orientar la psicoterapia hacia valores y metas vinculados a fuentes auténticas y genuinas de sentido incremente la motivación hacia la recuperación.

Desde el modelo MESTA, se plantea así la conveniencia de incorporar intervenciones basadas en el SeV en aquellos pacientes con TCA que presenten niveles bajos de SeV o un SeV disfuncional que mantenga el trastorno.

No obstante, es importante enfatizar que desde el modelo MESTA no se propone la intervención sobre el SeV como un componente necesario en todos los casos de personas con TCA. Por el contrario, en algunos casos, el desarrollo y el mantenimiento del trastorno puede explicarse por otros factores como la baja autoestima, la depresión, la insatisfacción corporal o el perfeccionismo (Fairburn, 2008), y la intervención eficaz sobre estas variables puede facilitar, les permitirá desarrollar un SeV y un propósito vital auténtico, que les conducirá a una vida plena. Sin embargo, una parte importante de los pacientes presentará problemas relacionados con el SeV. En estos casos, se sugiere ampliar las psicoterapias basada en la evidencia —especialmente, la terapia cognitivo-conductual— incorporando un componente de intervención basado en el SeV.

5. LA LOGOTERAPIA Y LA PSICOTERAPIA BASADA EN EL SENTIDO

El origen de la Psicoterapia Basada en el Sentido (PBS) se encuentra en la propuesta original de Viktor E. Frankl (1946/2015), quien desarrolló la logoterapia como un enfoque psicoterapéutico centrado en la dimensión existencial del ser humano, orientado especialmente a la intervención en personas que experimentan un bajo SeV. Desde esta perspectiva, el objetivo fundamental de la logoterapia es facilitar el descubrimiento de un SeV concreto y personal, situado en las circunstancias actuales del individuo, que actúe como una fuerza motivacional hacia metas y propósitos vitales auténticos. En este sentido, la logoterapia promueve la adopción de una actitud vital que permita construir una vida con sentido en las circunstancias reales de la persona, incluido el sufrimiento. Con posterioridad a Frankl, los principios de la logoterapia han sido adaptados e integrados en varias propuestas psicoterapéuticas. Entre las más recientes se encuentran la *Meaning Centered Therapy* (MCT) (Breitbart et al., 2015) y la PBS (Marco y Guillen, 2023). Aunque todas estas intervenciones comparten los mismos fundamentos teóricos derivados de la logoterapia, presentan diferencias importantes entre ellas. Por ejemplo, cada una ha propuesto unos procesos de cambio diferentes, en el grado de estructuración y directividad en la intervención, así como en la inclusión de modelos psicoeducativos y estrategias psicoterapéuticas posteriores a Frankl. De este modo, si bien todas parten del modelo conceptual de la logoterapia, cada enfoque organiza y operacionaliza sus principios de forma diferente.

5.1. Descripción de la psicoterapia basada en el sentido

El objetivo general de la PBS (Marco y Guillen, 2023) es promover y consolidar el sentido vital en la persona. En este contexto, se espera que, al finalizar la intervención, los participantes lleguen a vivenciar su existencia como una totalidad inteligible, integrada y coherente, articulada en torno a propósitos vitales propios y significativos, y que se reconozcan a sí mismos como agentes centrales en la configuración de su proyecto de vida. Asimismo, la PBS pretende favorecer el desarrollo de una actitud de libertad responsable frente a las circunstancias vitales ante las que se encuentra actualmente, como padecer un TCA, atravesar una pérdida o afrontar una situación vital adversa, incrementando la capacidad de respuesta consciente y comprometida ante las mismas. Este proceso actúa como un facilitador clave para la construcción de una vida plena y significativa, ajustada a las condiciones singulares, irrepetibles y dinámicas que caracterizan la experiencia vital de cada individuo a lo largo de su trayectoria vital (Marco y Guillen, 2023).

Las metas específicas del programa, tal y como sen presentan a los pacientes (Marco y Guillen, 2023, p. 45) son las siguientes:

- Aprender los principios fundamentales de la PBS.
- Comprender qué son las fuentes de sentido y cómo se ha llegado a una situación de bajo sentido vital en el contexto del TCA.
- Reconocer y reconectar con las propias fuentes de sentido en las circunstancias actuales.
- Dejar de utilizar fuentes de sentido disfuncionales relacionadas con el TCA.
- Descubrir e integrar las fuentes de sentido del pasado.
- Descubrir la propia libertad ante las circunstancias actuales como es el TCA.
- Entender el papel de la responsabilidad en el momento actual.
- Incrementar la percepción de coherencia en las circunstancias de la propia vida.
- Aumentar la percepción de importancia y valor en el desarrollo de mi vida.

El protocolo tratamiento de la PBS se compone de diez módulos, que pueden organizarse en sesiones estructuradas en función de las necesidades del paciente. Estas sesiones incluyen componentes de psicoeducación, ejerci-

cios experienciales específicos para cada módulo y tareas para casa. La intervención cuenta con un manual de terapeuta y un manual del paciente, lo que permite su replicabilidad y consistencia metodológica, con el objetivo de facilitar su aplicación por psicoterapeutas de distintas orientaciones. El número de sesiones se ajusta a las características y necesidades de cada paciente, ya que el ritmo de la intervención depende del grado de motivación y del progreso terapéutico individual, pudiendo variar considerablemente entre casos. El protocolo de la PBS está diseñado para poder aplicarse en grupo (con sesiones de dos horas de duración) o de manera individual (sesiones de una hora de duración). A continuación, en la Tabla 1 se presentan los contenidos de cada uno de los módulos que componen la PBS adaptado a las personas con TCA (Marco y Guillen, 2023).

Tabla 1. Protocolo de tratamiento de la PBS para los TCA (adaptado de Marco y Guillen, 2023).

Módulo 1. ¿Qué es el sentido en la vida?
1. Presentación de los terapeutas, presentación de la estructura y de las normas del grupo.
2. Presentación de los participantes.
3. Psicoeducación: ¿Qué es el sentido en la vida?
3.1. Componentes básicos que conforman el sentido en la vida:
a) Comprensión/coherencia.
b) Propósito.
c) Importancia.
4. Modelo MESTA: ¿Por qué tenemos un bajo sentido en la vida las personas con TCA?
5. Actividad 1: ¿Por qué he llegado a tener un bajo sentido en la vida?
6. Tareas para casa.
Módulo 2. Principios básicos de la PBS
1. ¿Qué es la PBS?
2. Psicoeducación:
• Principio 1. La voluntad de sentido.
• Principio 2. La vida siempre tiene sentido.
• Principio 3. Encontrar sentido es un factor protector y el TCA es una fuente de sentido disfuncional.
3. Ejercicio en sesión: "La vida nunca deja de tener sentido a pesar de sus circunstancias".
4. Tareas para casa.

Módulo 3. Los anclajes experienciales

1. Psicoeducación: Las tres dimensiones del ser humano física, psicológica y noética.
2. Las fuentes de sentido.
3. Ejercicio en sesión: "Los anclajes experienciales."
4. Tareas para casa.

Módulo 4. Fuentes de sentido creativas y experienciales

1. Psicoeducación: Fuentes de sentido creativas y experienciales.
2. Ejercicio: ¿Hacia qué fuentes de sentido está orientado mi día a día? El TCA como una fuente de sentido disfuncional.
3. Tareas para casa.

Módulo 5. La dimensión noética o del sentido es nuestra brújula.

1. Psicoeducación: La dimensión noética.
2. Ejercicio: La brújula ¿en qué cuadrante me sitúo?
3. Tareas para casa.

Módulo 6. Fuentes de sentido actitudinales.

1. Psicoeducación:

   Principio 4. La libertad de la voluntad.
2. Psicoeducación: Fuentes de sentido actitudinales.
3. Ejercicio: Otros ejemplos de libertad de voluntad.
4. Ejercicio en sesión: ¿Cómo convertir una situación adversa (el TCA) en un triunfo personal?
5. Tareas para casa.

Módulo 7. La responsabilidad como fuente de sentido.

1. Psicoeducación:

   Principio 5. La Responsabilidad como fuente de sentido.
2. Ejercicio: ¿De qué me pide la vida que me responsabilice aquí y ahora?
3. Psicoeducación: El pasado como una potencial fuente de sentido.
4. Ejercicio en sesión: "Mis graneros tras la cosecha".
5. Tareas para casa.

Módulo 8. El libro de mi vida.
1. Ejercicio: El libro de mi vida. 2. Psicoeducación: Principio 6. La conciencia es el órgano del sentido. 3. Tareas para casa.
Módulo 9. La autotrascendencia es la autopista hacia el sentido.
1. Psicoeducación: Principio 7. La capacidad de auto-trascendencia. 2. Psicoeducación: Los estilos de pensamiento hiperreflexión vs derreflexión. 3. La intención paradójica. Aplicado a las conductas de evitación del TCA. 4. Ejercicio: Revisando mis fuentes de sentido. 5. Tareas para casa.
Módulo 10. Cuidar tus fuentes de sentido, te hará sentir una vida plena.
1. Revisión del ejercicio "El libro de mi vida". 2. Revisar las fuentes de sentido de cada participante. 3. Revisar lo que han aprendido en el grupo. 4. Despedida del grupo.

5.2. Aplicación de la Psicoterapias Basada en el Sentido en personas con Trastornos de Conducta Alimentaria

La PBS ha sido diseñada como un programa de intervención transdiagnóstico que, desde el modelo MESTA, que podría ser útil en las siguientes situaciones:

En primer lugar, la PBS se podría aplicar como un componente de tratamiento para incrementar la motivación para el cambio en aquellos casos en los que un factor central de mantenimiento del TCA es la orientación del sentido vital hacia fuentes de sentido disfuncionales como es el perfeccionismo clínico, el control rígido del cuerpo, la restricción alimentaria o la identidad ligada al AN, BN u otra identidad disfuncional, etc. Hacer consciente que el TCA funciona como una fuente de sentido disfuncional que obstaculiza el desarrollo de una vida plena constituye un paso clave para favorecer el tránsito desde una fase de precontemplación hacia fases de preparación o acción para el cambio.

En segundo lugar, la PBS puede resultar especialmente indicada en personas con TCA que experimentan un SeV indefinido o bajo, y un elevado

nivel de sufrimiento emocional. En estos casos, se hipotetiza que el proceso de búsqueda y construcción de sentido vital puede contribuir a una mejora del estado emocional del paciente (fundamentalmente depresión, ansiedad) y facilitar un afrontamiento más fortalecido del TCA. A través de la reconexión con fuentes de sentido creativas y experienciales, la persona puede empezar a reconstruir su sentido vital, reducir el malestar emocional y avanzar hacia una vida más plena.

En tercer lugar, el desarrollo de las fuentes de sentido actitudinales (entendidas como la capacidad de transformar una situación adversa en un triunfo o logro personal) puede permitir que la lucha contra el TCA se convierta en una fuente de sentido central posibilitando un afrontamiento activo del trastorno. Cuando la persona decide convertir su problema con el TCA en una fuente de sentido, se propone integrar la PBS con intervenciones específicas de la TCC específicas para los TCA, trabajando ambos enfoques de manera paralela y complementaria.

En cuarto lugar, a través del trabajo sobre la dialéctica Libertad-Responsabilidad, la PBS posibilita que el paciente pueda tomar decisiones adecuadas respecto a sus metas y objetivos vitales, más allá de la influencia del TCA.

En quinto lugar, mediante el desarrollo de la capacidad de auto-trascendencia las personas con TCA pueden distanciarse progresivamente del trastorno y ampliar su foco vital hacia aspectos y proyectos que trascienden el TCA, favoreciendo la construcción de objetivos significativos fuera de este. Finalmente, el trabajo con las fuentes de sentido del pasado permite integrar de forma coherente, con propósito e importancia, los acontecimientos vitales más importantes tanto positivos como adversos, contribuyendo a la construcción de una identidad adaptativa, y de una vida con mayor plenitud, coherencia y sentido al margen del TCA.

Desde el MESTA se propone que la intervención con la PBS se podría realizar en las diferentes etapas del desarrollo de los TCA:

1. Antes de la aparición del TCA, interviniendo con personas que tienen alto riesgo de desarrollar un TCA, pero que todavía no presentan síntomas clínicamente significativos. La intervención sería preventiva con estos grupos de riesgo y podría producir una mejoría en el sentido vital, la depresión, ansiedad, el estado de ánimo bajo, la ausencia de identidad o los síntomas del duelo, todos ellos factores predisponentes y precipitantes del TCA. Por otra parte, serviría para que tomaran conciencia de la identidad disfuncional y

meta vital desadaptativa que es el TCA, la delgadez, la perfección, y el control del cuerpo.

2. Una vez el paciente ya ha desarrollado el TCA, se puede integrar la PBS con la TCC u otra terapia basada en la evidencia para los TCA. Tal y como se puede observar en la Tabla 2 la integración de la PBS con la TCC se podría realizar en las tres fases de la intervención con las personas con TCA.

- En la Fase I de la TCC, como terapia motivacional, para que el paciente entienda que el TCA es una fuente de sentido disfuncional que le impide llevar una vida plena, y que mientras viva orientado hacia el TCA persistirá en la construcción de una vida vacía, alejada de las metas vitales importantes y con la depresión como principal consecuencia a medio y plazo.
- En la Fase II de la TCC, haciéndole ver al paciente que puede convertir su lucha con el TCA en una amplia gama de fuentes de sentido actitudinal, lo que le permitirá construir sentido en su vida. También en esta fase, deberá tratar de construir una nueva identidad adaptativa y una vida plena al margen del TCA.
- En Fase III de la TCC, actuando como prevención de recaídas. Tener una vida plena, coherente y con fuentes de sentido funcionales, mejorará el estado de ánimo y evitará recaídas. Además, estar orientados hacia fuentes de sentido fuera del TCA, y tomar conciencia de que el TCA es una meta desadaptativa, será también un factor protector de las recaídas.

3. Como psicoterapia para pacientes con TCA resistentes al tratamiento. Tal y como se ha descrito en la introducción, un porcentaje entre el 10 y 20 % de las personas con TCA se mantienen resistentes al tratamiento (Bulik et al., 2002). Es con estas personas donde la PBS puede tener un papel muy importante enseñándoles a construir una vida que merezca la pena ser vivida en sus circunstancias adversas. Enseñarles a desarrollar fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales en sus circunstancias concretas, así como aprender el principio de la PBS *"La vida siempre nos da posibilidades de encontrar sentido"* puede reducir los niveles de depresión, vacío, desesperanza y con ello el riesgo de suicido.

5.3. Eficacia de las Psicoterapias Basadas en el Sentido en pacientes sin Trastornos de Conducta Alimentaria

Respecto a la eficacia de la logoterapia u otras terapias (por ejemplo, MCT o PBS) en pacientes sin diagnóstico de TCA y con limitaciones físicas,

existen estudios de metaanálisis y revisiones sistemáticas que muestran que se han mostrado eficaces para mejorar el SeV, la calidad de vida, el estrés psicológico, la esperanza, optimismo, y la autoeficacia, con un tamaño del efecto grande y la psicopatología general con un tamaño del efecto moderado (Vos et al., 2015; Vos y Vitali, 2018). Es en la depresión y el estado de ánimo deprimido, donde existen más evidencias de la eficacia de la logoterapia y las PBS (Aiello-Puchol y García-Alandete, 2025; Dietrich et al. 2021; Marco et al., 2023; Marco et al., 2025).

Cuando se ha comparado la PBS con la TCC los resultados indican que la PBS fue igual de eficaz que la TCC para mejorar la depresión y, sin embargo, participantes que recibieron la PBS obtuvieron una mejoría mayor en crecimiento postraumático, y sentido vital en personas con enfermedades sobrevendías como el cáncer (Marco et al., 2024). Por tanto, estos estudios sugieren que la PBS es eficaz para mejorar el sentido vital, el crecimiento postraumático y reducir la depresión en personas sin TCA.

5.4. Eficacia de las Psicoterapias Basadas en el Sentido en personas con riesgo o con diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Aunque sí que disponemos evidencia de la aplicación de la PBS en personas con depresión, en situaciones sobrevenidas y con bajo sentido vital, las investigaciones sobre la aplicación de las PBS en el sentido en personas con TCA están en fase inicial y en contextos experimentales.

Hasta la fecha disponemos de dos estudios controlados aleatorizados realizados con poblaciones de alto riesgo de padecer un TCA. Concretamente, Schutzeichel et al., (2025) y Van Doornik et al., (2024) aplicaron la MCT a mujeres jóvenes, con sobre preso, con alta preocupación por el cuerpo, y con insatisfacción corporal, y los resultados indicaron que las participantes que recibieron la MCT mejoraron en SeV, depresión, ansiedad y redujeron la sintomatología específica del TCA en mayor medida que los participantes que no recibieron la MCT. Estos dos estudios, son de la más alta calidad científica y nos sugieren que las PBS pueden ser útiles en la prevención primaria de los TCA.

En personas diagnosticadas con TCA, hasta la fecha se ha aplicado la PBS en varios estudios de caso con personas con BN, con AN y con TCANE en un contexto experimental. En estos casos se ha realizado una integración de la TCC para la BN (Fairburn, 2008) con la PBS (Marco y Guillen, 2023) tal y como describimos en la Tabla 2. Los resultados obtenidos en estos estudios de caso (como veremos a continuación en el punto 6) son similares a los

encontrados en personas con trastornos emocionales sin diagnóstico de TCA (Dietrich et al. 2021; Vos y Vitaly, 2018) y a las personas con alto riesgo de desarrollar TCA (Schutzeichel et al., 2025; Van Doornik et al., 2024). Es decir, después de la aplicación de la PBS se produce un incremento del sentido vital auténtico y funcional, así como una reducción en la depresión, la ansiedad. Por otra parte, se reduce la sintomatología característica de los TCA como son los atracones y vómitos, así como las conductas restrictivas, lo que lleva a un incremento del IMC en el caso de la AN. El resultado más importante, es que los pacientes reconocen que el TCA es una fuente de sentido disfuncional y comienzan a reconocer y materializar nuevas fuentes de sentido funcionales, de manera que el TCA va perdiendo importancia con fuente de sentido principal. Los pacientes son capaces de construir una vida plena, fuera del TCA.

Sin embargo, tal y como hemos dicho anteriormente, los estudios de caso que presentamos son estudios no experimentales, por lo que estos resultados esperanzadores es necesario confirmarlos con estudios experimentales del más alto rigor metodológico como son los estudios controlados aleatorizados para poder hablar de si la PBS es eficaz o no en personas con TCA.

6. ESTUDIO DE CASO

6.1. Datos sociodemográficos

Mujer, 24 años, soltera y trabaja como abogada en una empresa privada que compagina con la preparación de oposiciones para la administración pública. Es la menor de tres hermanas y reside en el hogar familiar junto a su padre y su madre.

6.2. Motivo de consulta

La paciente acude a psicoterapia debido a un incremento de la frecuencia de atracones y vómitos, así como la preocupación excesiva por su peso y la toma de decisiones con respecto a su trabajo futuro. Se queja de un estado de ánimo deprimido, caracterizado por sentimientos de tristeza, culpabilidad y apatía, siendo su principal temor el miedo a aumentar de peso.

La paciente presenta, además, un patrón generalizado de preocupación ansiosa respecto a varias áreas: a) En el área social, ya que tiene un número muy reducido de amistades significativas, además está muy preocupada sobre la posibilidad de tener pareja y poder compatibilizarlo con su nuevo empleo tras el examen de oposición y, b) Ante los resultados de la futura oposición, y con respecto a la toma de decisiones si finalmente aprueba (el centro en el que trabajará, la ciudad de destino o si estará satisfecha en el nuevo puesto de trabajo, etc..).

6.3. Antecedentes personales y familiares

Presenta antecedentes familiares de depresión y de ansiedad. La relación familiar es adecuada.

6.4. Intervenciones previas relevantes y sus resultados

La paciente recibió una intervención basada en la TCC para la BN (Fariburn, 2008) durante 2 meses anteriormente, cuyos objetivos fueron: eliminar los atracones y vómitos, manejar la ansiedad ante la idea de que "se había quedado sola y sin amigas" y exponerse ante situaciones en las que podía ver a sus antiguas amistades, puesto que estas circunstancias le causaban miedo y las evitaba continuamente.

A pesar de mejorar su estado de ánimo, disminuir su ansiedad, desarrollar un afrontamiento más activo ante situaciones temidas y eliminar los vómitos durante los 2 meses en los que se desarrolló la TCC, la paciente decide abandonar la terapia describiendo una falta de adherencia terapéutica y un significativo aumento de atracones alimentarios.

6.5. Descripción de los síntomas clínicos relevantes

A través de los registros de ingesta, se observa que su patrón alimentario es restrictivo en cantidad y calidad, consistente en 3 comidas diarias; y ciclos de atracones y vómitos (una frecuencia de 4 por semana) que suelen producirse a últimas horas del día, además de restricciones alimentarias de cantidad y de determinados alimentos hipercalóricos.

La paciente tiene una imagen corporal negativa de sí misma, describiendo marcadores (se mira al espejo para ver si sus costillas se pronuncian más, se mide el volumen de sus piernas, se mira el abdomen después de haber comido, se prueba pantalones ajustados para ver si el volumen de sus piernas y caderas ha aumentado); realiza conductas de seguridad (llevar pantalones holgados, taparse los brazos siempre que puede) y conductas de compensación (salir a correr todos los días después de haber comido a mediodía). Además, evita realizar cualquier actividad social en la que tenga que utilizar ropa de baño y presenta un ritual de peso diario.

Tal y como indican en los cuestionarios administradas (Tabla 4), la paciente presenta un estado de ánimo ansioso-depresivo moderado (OASIS=6 y BDI-II=20). El sentido en la vida de la paciente es alto (PIL=113) aunque no funcional, ya que para la paciente se identifica totalmente con la identidad que le proporciona el TCA (perfeccionista, controladora del peso y del cuerpo, delgada, etc.). Esta identidad disfuncional se confirma con la alta Presencia

de sentido (MLQ Presencia = 30) que, sin embargo, no lleva a reducir la Búsqueda de sentido que también es elevada (MLQ Búsqueda = 27) sugiriéndonos que el sentido en la vida descubierto no le lleva a la plenitud, sino a la búsqueda y por tanto a la depresión, por lo que no es funcional.

6.6. Historia del problema

A los 16-18 años se produjo una gran pérdida de peso asociado a un patrón alimentario de restricciones, atracones y vómitos por lo que llegó a IMC = 18, siendo el peso mínimo que ha tenido hasta la actualidad. Esta fase de restricción alimentaria se produjo por un estado emocional depresivo y ansioso relacionado con problemas con una relación de pareja. Posteriormente, comienza sus estudios universitarios en otra ciudad, viaja, conoce a gente nueva y persiste su patrón de restricción alimentaria, sin embargo, aunque siempre ha estado preocupada por su peso, durante estos años no hubo atracones ni vómitos.

Posteriormente, comienza a trabajar como abogada en la empresa privada actual y tiene un conflicto con sus amigas más cercanas tras el cual, la paciente describe que comienza a percibir sentimientos de soledad, tristeza, apatía y ansiedad. Comienza a aislarse, deja de hacer deporte y evita ir a sitios en los que cree que pueden estar sus amigas más cercanas; tiene restricciones alimentarias, atracones y vómitos por lo que su peso tiene oscilaciones significativas durante el resto de eso mismo año (IMC entre 18.8 y 21.2). Es en este momento, recibe una psicoterapia TCC para la BN durante 2 meses, durante los cuales, su estado de ánimo mejora y elimina los vómitos; aunque, abandona la psicoterapia por el aumento de los atracones.

6.7. Evaluación

Registro de conductas disfuncionales del TCA. Se creó un registro para evaluar las siguientes conductas: frecuencia de atracones, vómitos, ingestas alimentarias, situaciones de evitación relacionadas con el cuerpo y con la comida.

Inventario para la Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck et al., 1996). Instrumento de evaluación de la presencia de sintomatología depresiva; evalúa las cogniciones sobre uno mismo, el mundo que le rodea y el futuro a través de 21 ítems. Se responde en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, relacionando “0” con ausencia de sintomatología. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 63 puntos, diferenciando 4 niveles de estados depresivos: valores entre 0 y 13 indican un nivel mínimo, entre 14 y 19 indican un nivel leve, entre 20 y 28 indican un nivel moderado y entre 29 y 63

indican un nivel severo. Se utilizó la versión española (Sanz et al., 2003) con una fiabilidad adecuada (α = .87).

Inventario de Propósito en la Vida (Purpose in Life Test, PIL; Crumbaugh y Maholick, 1969). El PIL mide el sentido en la vida y está formado por de 20 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 7. Las puntuaciones oscilan entre 20 y 140 puntos, pudiendo distinguirse 3 niveles: inferiores a 90 indican nivel de vacío existencial, entre 90 y 105 indican nivel de indefinición con respecto al sentido de la vida y superiores a 105 indican nivel de logro de sentido. La versión española (Noblejas de la Flor, 2000) cuenta con una fiabilidad adecuada (α = .88).

Cuestionario de Sentido en la Vida (Meaning in Life Questionnaire, MLQ; Steger et al., 2006). Este autoinforme está compuesto por 10 ítems con respuesta tipo Likert de 7 puntos (distribuidos en un continuo desde "1= totalmente falso" hasta "7= totalmente verdadero") organizados en 2 subescalas: Presencia de sentido y Búsqueda de sentido. La versión española (Marco, et al., 2022) presenta una adecuada fiabilidad para la escala de presencia (α = .87) y para la de búsqueda (α = .99).

Escala Multidimensional de Significado Existencial (The Multidimensional Existential Meaning Scale; George y Park, 2016). Instrumento de medición de significado en la vida a través de tres subescalas: comprensión, propósito e importancia de la propia vida con respuesta tipo Likert de 7 puntos sobre un continuo desde "1= completamente en desacuerdo" hasta "7= totalmente de acuerdo". Ofrece 15 ítems como: "comprendo mi vida", "mi sentido en la vida es motivador para mí" o "estoy seguro de que mi vida es importante". Utilizamos la versión española. que ha mostrado adecuada consistencia interna: Comprensión (ω = 91), Propósito (ω = 92), e importancia (ω = 86) (Marco, García-Alandete, et al., 2022)

Escala de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad General (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, OASIS; Norman et al., 2006). Escala de medición de la frecuencia, intensidad e interferencia de la ansiedad en la vida del paciente durante la última semana por medio de 5 ítems tales como: "durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿en qué medida tu ansiedad fue intensa o severa?", o "durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y tus relaciones?". Ofrece una escala tipo Likert de 4 puntos (desde "0= nada o poco" hasta "4= extrema o constante"). Aplicaremos la versión española (González-Robles et al., 2018) que ha mostrado adecuada consistencia interna (α = .86).

6.8. Diagnóstico

Tras la evaluación se confirma que la paciente presenta F50.2 Bulimia Nerviosa, Moderada; F.32.1 Trastorno Depresivo Mayor, Moderado, Episodio Recurrente. Rasgos del Trastorno de la Personalidad Obsesivo Compulsivo.

6.9. Intervención

Como podemos ver en la Tabla 2 se realizó una intervención en la que se integró la PBS (Marco y Guillen, 2023) con la TCC para la BN (Fairburn, 2008). La intervención se realizó durante un año con un total de 35 sesiones de manera individual y con una hora de duración.

Tabla 2. Integración de la PBS con la TCC para los TCA desde el MESTA.

Fase I de la intervención con los TCA	**Fase II de la intervención con los TCA**	**Fase III de la intervención con los TCA**
Objetivos:	Objetivos:	Objetivos:
Conciencia de enfermedad.	Reducción atracones y vómitos.	Construcción de la identidad alternativa al TCA.
Alianza terapéutica.	Normalización de los patrones de intesta.	Prevención de recaídas.
Adherencia al tratamiento.	Eliminación de la dieta.	Construir una vida con plenitud y propósito.
Motivación para el cambio.	Normalización del peso.	
Toma de conciencia del TCA como fuente de sentido disfuncional.	Mejora de la psicopatología específica del TCA.	
	Mejora de la psicopatología general.	
	Desarrollo de fuentes de sentido creativas, experienciales y actitudinales.	
PBS (Marco y Guillen, 2023).	TCC (Fairburn, 1985).	PBS (Marco y Guillen, 2023).
TCC (Fairburn, 1985).	PBS (Marco y Guillen, 2023).	

Nota: TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; PBS = Psicoterapia Basada en el Sentido; TCA= Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En la Tabla 3 se puede ver el nº de sesiones y el orden de aplicación, así como, los objetivos de cada una de las intervenciones.

Tabla 3. Número de sesiones y objetivos terapéuticos alcanzados con la TCC y con la PBS.

nº sesiones	Intervención realizada	Objetivos
4	TCC FASE I	Establecer marco de confianza y directrices de intervención.
		Reducción del círculo atracón/vómito.
6	PBS	Modelo MESTA, motivación y adherencia terapéutica.
18	TCC FASE II	Introducción de alimentos prohibidos.
	PBS	Exposición a la imagen corporal.
		Desarrollo de fuentes creativas y experienciales.
4	PBS	Construir una vida fuera de la BN.
		"La brújula de nuestra vida".
		Dialéctica Libertad/Responsabilidad.
		Fuentes de sentido actitudinales .
		Capacidad de autotrascendencia.
3	PBS	Nueva identidad fuera de la BN.
		Realización del "Libro de la vida".

Nota: BN= Bulimia Nerviosa; MESTA= Modelo de Elaboración del Sentido en los Trastornos Alimentarios; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; PBS = Psicoterapia Basada en el Sentido.

6.10. Resultados

Como podemos ver en la Tabla 4, tras la intervención de TCC+PBS la paciente ya no presenta atracones ni vómitos, mantiene un peso estable (IMC= 21), presenta un patrón normalizado de alimentación, sin evitar alimentos prohibidos. Ha afrontado las situaciones sociales relacionadas con las amigas y con el malestar corporal, por lo que actualmente no cumple criterios para el diagnóstico de BN.

Además, la paciente ha desarrollado un nivel de sentido alto y funcional (PIL= 132) y dirigido a metas alejadas del TCA (MLQ Presencia = 35). La pa-

ciente se ha centrado en fuentes de sentido creativas como es el desarrollo de un nuevo trabajo como abogada penalista en una localidad cercana y, de vez en cuando, trabaja en el turno de oficio, a lo que anteriormente le tenía mucho miedo. También ha desarrollado fuentes de sentido experienciales como son, retomar amistades pasadas, y ha hecho nuevas, puesto que, actualmente, es miembro activo de una asociación de su barrio. También realiza viajes con su familia y actividades de ocio junto a su nueva pareja sentimental, como salir a comer a nuevos restaurantes, ir al gimnasio o hacer senderismo.

Durante la PBS ha desarrollado fuentes de sentido actitudinales, ya que descubrió que el sentido centrado en el TCA es disfuncional y descubrió sentido en afrontar las situaciones relacionadas con el TCA como por ejemplo, crearse un perfil de web para citas e interactuar y quedar con gente que conoció a través de internet, acudir a las reuniones familiares sin miedo a que notasen algún cambio en su aspecto físico, salir por su barrio sin miedo a encontrarse con sus antiguas amistades, poder salir a comer con amigos y elegir lo que le apetece con total libertad, sin miedo a que la juzguen por comer alimentos hipercalóricos, realizar deporte cuando le apetece, disfrutar de ir de compras junto a su madre y probarse ropa, además, ha eliminado su ritual de peso diario, por lo que, se suele pesar 3-4 veces al año e ir a la playa sola o acompañada con traje de baño.

Otras fuentes de sentido actitudinales han sido aprender a vivir sin un control extremo en varias facetas de su vida (viajar en grupo sin saber específicamente los itinerarios diarios, elegir su especialidad laboral, enfrentarse a nuevas situaciones de urgencia en el trabajo, conocer a su actual pareja a través de una web de citas). Por lo que podemos indicar que la realización de fuentes de sentido funcionales y dejar de realizar las fuentes de sentido disfuncionales (el TCA) le ha producido un incremento de sentido vital.

Tabla 4. Resultados antes y después de la aplicación de la intervención de TCC integrada con PBS.

Medidas	Pretratamiento	Intermedia (4 meses)	Postratamiento (8 meses)
BDI-II	20	10	8
OASIS	6	2	2
PIL	113	125	132
MLQ Presencia	30	33	35
MLQ Búsqueda	27	23	5
Atracones	4	1	0
Vómitos	4	1	0
IMC	18	19	21

Nota: PIL = Purpose in Life; MLQ= Meaning Life Questionnaire; BDI= Beck Depression Inventory; OASIS= Overall Anxiety Severity and Impairment Scale; TCC = Terapia Cognitivo Comportamental; BN=Bulimia Nerviosa; PBS = Psicoterapia Basada en el Sentido; IMC = Índice de Masa Corporal.

Muestra de este sentido vital funcional es que otra variable que se ha reducido significativamente durante la intervención es la variable Búsqueda (MLQ Búsqueda = 5), es decir, al encontrar una fuente de sentido vital auténtica y funcional que le lleva a dejar de buscar sentido. Consecuencia de estos cambios en sus fuentes de sentido y sus metas fuera del TCA vemos que se ha producido una remisión total del trastorno depresivo mayor, que se manifiesta en que la paciente presenta un estado de ánimo adecuado (BDI = 8), con metas y propósitos funcionales y es capaz de disfrutar del día a día. Finalmente, hay que subrayar que se ha producido una remisión clínicamente significativa de los niveles de ansiedad del paciente (OASIS = 2). Esto se manifiesta en que ha reducido su evitación a las situaciones sociales y relacionadas con el cuerpo.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este capítulo de libro mostrar un nuevo marco teórico que pueda aportar nuevas perspectivas a la prevención, la evaluación y el tratamiento de los TCA.

Afortunadamente disponemos de varios tratamientos que han demostrado eficacia para los TCA, sin embargo, un número considerable de pacientes no responden suficientemente. Por este motivo, es una necesidad imperiosa considerar otras opciones de intervención para estas personas que no se beneficia de las TCC. Una opción es comenzar a considerar otros tipos de in-

tervención que se puedan integrar de una manera secuencial con la TCC para poder ayudar a este subgrupo de pacientes para maximizar la probabilidad de éxito (Cuijpers et al., 2025).

Existen numerosos estudios que indican que el SeV es un factor protector y predictor de la salud mental (Steger et al. 2009) y que está asociado positivamente con mejores resultados de salud física, (Sutin et al., 2025) en personas con y sin psicopatología. En las personas con TCA se ha encontrado que presentan niveles más bajos de SeV que la población no clínica (Marco et al., 2017) y que el SeV se está asociado de forma positiva con la satisfacción corporal y de manera negativa con la preocupación por el peso y las actitudes negativas hacia la comida (Marco et al., 2019) y que actúa como un factor de protección frente a actitudes y conductas disfuncionales hacia la comida, depresión, desesperanza, ideación suicida, impulsividad e inestabilidad emocional (Marco et al., 2021).

En este contexto se ha propuesto MESTA como un nuevo modelo heurístico para abordar la evaluación, la prevención y mejorar los tratamientos para el TCA. El MESTA ha sido confirmado en varios estudios con personas con TCA. En el que se comprobó que el SeV fue un mediador entre la desregulación emocional y la psicopatología de los TCA en tres muestras diferentes de participantes con TCA: mujeres jóvenes, participantes con obesidad mórbida y participantes con diagnóstico de TCA (Marco et al., 2021 2025) así como, en población de alto riesgo para desarrollar un TCA (Schutzeichel et al., 2024). Además, se han adaptado instrumentos de evaluación para evaluar el sentido en la vida en personas con TCA (Purpose in Life Test, PIL; García-Alandete et al., 2018).

La principal implicación clínica del MESTA es que se sugiere la necesidad de incorporar intervenciones basadas en el sentido para los pacientes con TCA que presenten niveles bajos de SeV o un SeV disfuncional que mantenga el TCA y con ese objetivo se ha adaptado la PBS (Marco y Guillen, 2023) para las personas con TCA. Esta intervención se podría realizar en las diferentes etapas del desarrollo de los TCA: 1.-Antes de la aparición del TCA como prevención primaria, 2.-Una vez el paciente ya ha desarrollado el TCA, se puede integrar la PBS con la TCC u otra terapia basada en la evidencia para los TCA y 3.- Como psicoterapia para pacientes con TCA resistentes al tratamiento.

Aunque tenemos evidencia de que la PBS se ha mostrado eficaz en personas con depresión, en situaciones sobrevenidas y con bajo sentido vital, sin embargo, las investigaciones sobre la aplicación de las PBS en el sentido en personas con TCA están en fase inicial y en contextos experimentales: a)

en población de riesgo de TCA (Schutzeichel et al., 2025; Van Doornik et al., 2024) y b) en personas diagnosticadas con TCA, en dos estudios de caso en se ha realizado una integración de la TCC para la BN (Fairburn, 2008) con la PBS (Marco y Guillen, 2023).

En este capítulo se muestran los resultados de un estudio de caso de una paciente con BN en el que la TCC junto con la PBS produce un incremento del sentido vital auténtico y funcional, así como, una reducción en la depresión y la ansiedad. Por otra parte, se reduce la sintomatología característica de los TCA como son los atracones y vómitos, así como, las conductas restrictivas, lo que lleva a un incremento del IMC. Sin embargo, estos resultados esperanzadores es necesario confirmarlos con estudios experimentales del más alto rigor metodológico como son los estudios controlados aleatorizados para poder hablar de si la PBS es eficaz o no en personas con TCA.

En conclusión, proponemos el MESTA como un modelo heurístico para mejorar la comprensión de los TCA y de esta manera, repensar y ampliar el foco para mejorar la evaluación y el tratamiento de los TCA, así como la prevención. Desde este modelo se sugiere la necesidad de intervenir desde la PBS como una intervención que, integrada con los tratamientos basados en la evidencia para los TCA, mejoren los tratamientos que actualmente disponemos. El siguiente paso será realizar estudios de eficacia para confirmar si la PBS mejora los tratamientos actuales para los TCA que actualmente disponemos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[70] Aiello-Puchol, A., y García-Alandete, J. (2025). A systematic review on the effects of logotherapy and meaning-centered therapy on psychological and existential symptoms in women with breast and gynecological cancer. *Supportive Care in Cancer 33,* 465. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09519-1

[71] Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation

[72] Brassai, L., Piko, B. F., y Steger, M. F. (2015). A reason to stay healthy: The role of meaning in life in relation to physical activity and healthy eating among adolescents. *Journal of Health Psycholy, 20*(5), 473–482. https://doi.org/10.1177/1359105315576604

[73] Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., y Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology:*

Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 33(7), 749–754. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198

[74] Bulik, C. M. (2002). One half of patients with anorexia nervosa fully recovered after 21 years but the other half had a chronic or lethal course. *Evidence Based Mental Health, 5*(2), 59. https://doi.org/10.1136/ebmh.5.2.59

[75] Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Keshen, A., Karyotaki, E., y Linardon, J. (2025). Absolute and relative outcomes of cognitive behavior therapy for eating disorders in adults: a meta-analysis. *Eating Disorders*, *33*(6), 783-804. https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2421057

[76] Crumbaugh, J. C. y Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute of logotherapy.

[77] de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., y van Furth, E. (2007). The patient's view on quality of life and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*(1), 13-20. https://doi.org/10.1002/eat.20338

[78] Deska, K., Mirocha, G., Bak. B., Mirgos-Wierzchowska, A., Kosmalski, M., Rozycka-Kosmalska, M., y Pietras, T. (2025). People with symptoms of depression and those at significant risk of suicide show differences in their personality profile and sense of meaning in life. *Frontiers in Psychiatry, 16,* 1508791. https://doi.org/ 10.3389/fpsyt.2025.1508791.

[79] Dietrich, N., Estrade, A., y Cruzado, A.J. (2021). Eficacia de la Psicoterapia Centrada en el Sentido en pacientes adultos con cáncer avanzado: revisión sistemática y metaanálisis. *Psicooncología,18,* 227-244. https://doi.org/10.5209/psic.77752

[80] Fairburn C.G. (2008). Eating disorders: the transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In, C.G. Fairburn (ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

[81] Fox, A. P., y Leung, N. (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa preliminary investigation. *European Eating Disorders Review, 17*(1), 24-30. https://doi: 10.1002/erv.895

[82] Frankl, V. E., (2015). *El hombre en búsqueda de sentido.* Herder editorial. Frankl, V.E. (1946). *Trotzdem Ja zum Leben sagen*. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager.

[83] González-Robles, A., Mira, A., Miguel, C., Molinari, G., Díaz-García, A., García-Palacios, A., y Botella, C. (2018). A brief online trans-diagnostic measure: psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLoS One, 13*(11), e0206516.

[84] George, L, S, y Park, C. L. (2017). The multidimensional existential meaning scale: a tripartite approach to measuring meaning in life. *Journal of Positive Psychology, 12*, 613–627. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546

[85] García-Alandete, J., Ros, M. C., Salvador, J. H. M., y Rodríguez, S. P. (2018). Psychometric properties of the purpose-in-life test and age-related differences among women diagnosed with eating disorders. *Psychiatry Research*, *261*, 161-167. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.052

[86] Gongora, V. (2014). Satisfaction with life, well-being, and meaning in life as protective factors of eating disorder symptoms and body dissatisfaction in adolescents. *Eating Disorders, 22*, 435–449. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.931765

[87] Grilo, C. M. (2024). Treatment of eating disorders: Status, challenges, and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 20*, 97-123.

[88] Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Skårderud, F., y Holte, A. (2017). Four pathways to anorexia nervosa: Patients' perspective on the emergence of AN. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(4), 846-858. https://doi.org/10.1002/cpp.2050

[89] Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S., y Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018*(2), 7. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003909.pub2

[90] He, X. X., Wang, X. Q., Steger, M. F., Ji, L. J., Jing, K., Liu, M. F. fan, y Ye, B. J. (2023). Meaning in life and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, *104*. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2023.104381

[91] Hilbert, A., Hoek, H. W., y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(6), 423–437. https:// doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360

[92] Khalsa, S.S., Portnoff, L.C., McCurdy-McKinnon, D. *et al* (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 5*, 20. https://doi.org/10.1186/s40337-017-0145-3

[93] Lock, J., y Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2nd ed.).

[94] Guilford Press.Lorca, F., Pérez, S., Giner, F., y Marco, J. H. (2021). What dimension of meaning in life is the stronger predictor of borderline personality disorder symptom? *Journal of Constructivist Psychology*, *34*(4), 365-377.

[95] Macdonald, P., Hibbs, R., Corfield, F., y Treasure, J. (2012). The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Research, 200*(1), 1-11. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.013

[96] Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., Guillén, V., Botella, C., y Baños, R. (2021). El modelo de elaboración de sentido en los trastornos alimentarios (MESTA): Un análisis preliminar del modelo. *Psicología Conductual, 29* (1), 5-8. https://doi.org/10.51668/bp.8321101s

[97] Marco, J. H., Cañabate, M., Llorca, G., y Pérez, S. (2020). Meaning in life moderates hopelessness, suicide ideation, and borderline psychopathology in participants with eating disorders: A longitudinal study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 27*(2), 146-158. https://doi.org/10.1002/cpp.2414

[98] Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., y Llorca, G. (2017). Associations among meaning in life, body image, psychopathology, and suicide ideation in Spanish participants with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology, 73*(12), 1768-1781. https://doi.org/10.1002/jclp.22481

[99] Marco, J. H., Cañabate, M., y Pérez, S. (2019). Meaning in life is associated with the psychopathology of eating disorders: differences depending on the diagnosis. *Eating Disorders*, *27*(6), 550–564. https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560852

[100] Marco, J.H., Cañabate, M., Martínez, C., Baños, R.M., Guillen, V., y Pérez, S. (2021). Meaning in life mediates between emotional deregulation and eating disorders psychopathology: a research from the meaning-making model of eating disorders. *Frontiers in Psychology, 12* :635742. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635742

[101] Marco, J.H., Gallego-Hernández de Tejada, González, F., Pérez, S., y Guillen, V. (2025). Meaning-based psychotherapy for participants

with depression: a feasibility pilot study. *Journal of Constructivist Psychology, 38* (4), 485-503. https://doi.org/10.1080/10720537.2024.2446773

[102] Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez Rodríguez, S., Guillén, V., Baños, R. M., y Tormo-Irun, M. P. (2022). Spanish validation of the multidimensional existential meaning scale: which dimension of meaning in life is more associated with psychopathology in people with mental disorders? *Frontiers in Psychiatry*, *21*. https://doi.org/doi.org/10.3389/fpsyt.2022.832934.

[103] Marco, J. H. y Guillen, V. (2023). *Psicoterapia Basada en el Sentido: Construyendo una vida con plenitud*. McGraw Hill.

[104] Marco, J. H., Llombart, P., Romero, R., García-Conde, A., Corral, V., Guillen, V., y Pérez, S. (2024). Meaning-centered psychotherapy versus cognitive behavioral therapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *55*(5), 1071-1083. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.03.005

[105] Marco, J. H., Martínez-Mico, A., García-Alandete, J., Guillén, V., Grimaldos, J., Pérez, S., y Quero, S. (2023). A systematic review of the effectiveness of meaning-centred psychotherapies in depressed participants. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 31*(1), e2936. https://doi.org/10.1002/cpp.2936

[106] Marco, J. H., Martínez, C., y Pérez, S. (2025). Meaning in life mediates the relationship between neuroticism traits and depression and binge eating in participants with morbid obesity. *Ansiedad y Estrés*, *31*(3), 130-135. https://doi.org/10.5093/anyes2025a17

[107] Marco, J. H., Privado, J., Guillen, V., Quero, S., Pérez, S., Baños, R., y Tormo, P. (2022). Psychometric properties of the Spanish version of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in adults. *Behavioral Psychology, 30* (3), 809-826 https://doi.org/10.51668/bp.8322313n

[108] McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., y Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(8), 625–632. https://doi.org/10.1002/eat.20343

[109] Martela, F. y Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *Journal of Positive Psychology, 11*(5), 531–545. https://doi.org/10.1080/17439760.2015. 1137623

[110] National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017). *Eating disorders: recognition and treatment.* https://www.nice.org.uk/.

[111] National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020). *Eating disorders: recognition and treatment*. https://www.nice.org.uk/.

[112] Noblejas de la Flor, M. A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial, 4,* 81-90.

[113] Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., y Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*(1), 60-67. https://doi.org/10.1002/erv.1097

[114] Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety, 23*(4), 245-249. https://doi.org/10.1002/da.20182

[115] Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., y Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(6), 654–657. https://doi.org/10.1002/jts. 20460

[116] Park, J., y Baumeister, R. F. (2017). Meaning in life and adjustment to daily stressors. *Journal of Positive Psychology*, *12*(4), 333–341. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209542

[117] St Quinton, T., y Trafimow, D. (2025). Meaning in life research: the importance of considering auxiliary assumptions. *The Journal of Positive Psychology*, 1-10. https://doi.org/10.1080/17439760.2025.2459389

[118] Rance, N., Moller, N. P., y Clarke, V. (2017). 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of Health Psychology, 22*(5), 582-594. https://doi.org/10.1177/1359105315609088

[119] Robinson, P. H., Kukucska, R., Guidetti, G., y Leavey, G. (2015). Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SEED-AN): A Qualitative Study of Patients with 20+ Years of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 23*(4), 318-326. https://doi.org/10.1002/erv.2367

[120] Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, *16*(2), 121-142.

[121] Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., y Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1): 80–9. https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80

[122] Schutzeichel, F., aan het Rot, M., van Doornik, S. F., Glashouwer, K. A., Frey, M. I., y de Jong, P. J. (2025). A meaning-centered intervention for undergraduate women with high weight and shape concerns—replication of a randomized controlled trial. *European Eating Disorders Review*, *33*(4), 719-729. https://doi.org/10.1002/erv.3175

[123] Schutzeichel, F., Waldorp, L. J., Rot, M., Glashouwer, K. A., Frey, M. I., Wiers, R. W., y de Jong, P. J. (2024). Life meaning and feelings of ineffectiveness as transdiagnostic factors in eating disorder and comorbid internalizing symptomatology–A combined undirected and causal network approach. *Behaviour Research and Therapy*, *172*, 104439. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104439

[124] Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., y Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *International Journal of Eating Disorders, 25*(2), 177-186. https://doi: https://doi.org/ 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177: AID-EAT7>3.0.CO;2-D

[125] Schmidt, U., Wade, T. D., y Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 28*(1), 48–71. https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48St

[126] St. Quinton, T., y Trafimow, D. (2025). Meaning in life research: the importance of considering auxiliary assumptions. *The Journal of Positive Psychology, 21* (1)163-172. https://doi.org/10.1080/17439760.2025.2459389

[127] Steen, A., Berghuis, H., y Braam, A. W. (2019). Lack of meaning, purpose and direction in life in personality disorder: A comparative quantitative approach using Livesley's General Assessment of Personality Disorder. *Personality and Mental Health, 13*(3), 144-154. https://doi.org/10.1002/pmh.1446

[128] Stein, K. F., y Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: Content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 15,* 58–69. https://doi.org/ 10.1002/erv.726.

[129] Steger, M. F., Oishi, S., y Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging

adulthood to older adulthood. *Journal of Positive Psychology, 4*(1), 43–52. https://doi.org/10.1080/17439760802303127

[130] Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American *Journal of Psychiatry, 159*, 1284-1293. https://doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284

[131] Sutin, A. R., Luchetti, M., Karakose, S., Stephan, Y., y Terracciano, A. (2025). Meaning in life and all-cause and cause-specific mortality in the UK Biobank. *Journal of Psychosomatic Research, 188*, 111971. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111971

[132] Tomba, E., Tecuta, L., Schumann, R., y Ballardini, D. (2017). Does psychological well-being change following treatment? An exploratory study on outpatients with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 61-69. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.01.001

[133] Touyz, S., y Hay, P. (2015). Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): In search of a new paradigm. *Journal of Eating Disorders, 3,* 26. https://doi:10.1186/s40337-015-0065-z

[134] van Doornik, S. F., Glashouwer, K. A., Ostafin, B. D., y de Jong, P. J. (2024). The effects of a meaning-centered intervention on meaning in life and eating disorder symptoms in undergraduate women with high weight and shape concerns: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 55*(1), 177-190. https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.012.

[135] Vos, J., Craig, M., y Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(1), 115–128. https://doi.org/10.1037/a0037167

[136] Vos, J., y Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliat Support Care, 16*(5), 608-632. https://doi.org/10.1017/S1478951517000931

[137] Westwood, L.M. y Kendal, S.E. (2012) Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*(6), 500–508. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x

[138] Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., ... y Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived ex-

perience. *International Journal of Eating Disorders,1*, 16. https://doi.org/10.1002/eat.23260

[139] Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., y Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study). *The Lancet, 383*(9912), 127–137. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8

APROXIMACIÓN INTEGRAL A LA ANOREXIA NERVIOSA: UN CASO CLÍNICO

Cristina Vallés López
Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos
Cristina.valo.6@gmail.com

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un grupo de patologías complejas cuya valoración clínica continúa dependiendo en gran medida del Índice de Masa Corporal (IMC), a pesar de las limitaciones ampliamente descritas en la literatura. El presente estudio tiene como objetivo analizar un caso clínico que ejemplifica cómo la utilización del IMC como principal criterio de gravedad puede conducir a una evaluación insuficiente y a decisiones asistenciales inadecuadas. Se empleó un diseño de estudio de caso descriptivo y analítico a partir de la historia clínica, entrevistas semiestructuradas y la administración del MCMI-IV y el EAT-26. El caso corresponde a una mujer de 38 años con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, múltiples ingresos previos y un IMC moderadamente bajo pero estable, cuya sintomatología alimentaria, afectiva y cognitiva mostró un deterioro significativo no reflejado en los parámetros ponderales. Los resultados psicométricos evidenciaron un patrón severo de restricción, alteraciones afectivas y consumo problemático de alcohol, factores que incrementaban el riesgo clínico pese a no cumplirse los criterios clásicos para ingreso hospitalario. El análisis del caso subraya la necesidad de incorporar criterios multidimensionales que contemplen aspectos psicológicos, conductuales y psicosociales, así como riesgos asociados no visibles en el IMC. Se discuten implicaciones éticas y asistenciales relevantes para los servicios públicos de salud mental.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y epidemiología

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), según Belloch, Sandín y Ramos (2020), forman un grupo heterogéneo de alteraciones psicológicas caracterizadas por patrones persistentes de restricción, descontrol o compensación alimentaria, acompañados de una significativa distorsión de la imagen corporal y una sobrevaloración del peso y la forma corporal. Estos trastornos son fruto de una combinación de diferentes factores psicológicos, biológicos y socioculturales. Como consecuencia, pueden provocar un posible deterioro clínico severo que afecta tanto al funcionamiento físico como

al psicológico y social. En particular, la Anorexia Nerviosa (AN) destaca por presentar una de las tasas de mortalidad más elevadas dentro de los trastornos psiquiátricos, debido a las complicaciones derivadas de la desnutrición y al aumento del riesgo suicida. Se resumen los criterios diagnósticos de la AN en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5º edición revisada (DSM-5-TR) y la clasificación Internacional de Enfermedades, 11º edición (CIE-11, 2019) en la Tabla 1.

Tabla 1: Resumen de criterios de la Anorexia Nerviosa

DSM 5-TR	CIE-11
Disminución de la ingesta dando lugar a un peso bajo en consideración a las características de la persona.	Peso bajo dependiendo de las características de la persona o pérdida del 20% del peso en 6 meses.
Miedo al aumento de peso.	Umbral inferior a 18,5 kg/m2 y percentil 5 en población infantil.
Distorsiones perceptivas sobre el cuerpo o peso, escasa/nula conciencia de enfermedad o falta de reconocimiento corporal.	Patrón comportamental que impide el aumento de peso como restringir, purgar o compensar.
Especificador: restrictivo o con purgas.	
Especificar si remisión parcial o total.	
Especificar gravedad:	
Leve (>17 kg/m2).	
Moderado (16-16,99 kg/m2).	
Grave (15-15,99 kg/m2).	
Extremo (<15 kg/m2).	

En términos epidemiológicos, los TCA han experimentado un ascenso prolongado y sostenido durante las últimas décadas, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, aunque también se observa un crecimiento significativo en poblaciones previamente no representadas, como hombres, personas mayores y comunidades no occidentales. Estudios recientes estiman que la prevalencia global de los TCA se sitúa en torno al 2,2% en Europa (Arija-Val et al., 2022), aunque estas cifras pueden subestimar el fenómeno debido al infradiagnóstico y al estigma asociado. La AN, pese a presentar una prevalencia más baja (0,14%–0,88%), constituye uno de los cuadros más letales, con un curso clínico especialmente resistente y fluctuante.

Respecto a las comorbilidades más frecuentes de la AN, destaca la sintomatología afectiva en fases tempranas (depresión, ansiedad o irritabilidad marcada); síntomas obsesivos en variantes más restrictivas y trastornos de personalidad (DSM-5-TR señala como más comunes el trastorno histriónico,

antisocial o el límite). En el caso de la bulimia y atracón aparecen, además de lo mencionado, trastornos más relacionados con el descontrol de los impulsos como el consumo de sustancias.

La AN atípica se incluye en la categoría de otros TCA y de la ingestión de alimentos especificados según el DSM-5-TR, siendo eliminada de la CIE-11. Este cuadro se caracteriza por una pérdida de peso que no alcanza el umbral diagnóstico establecido para la AN (IMC < 17). A pesar de ello, se mantiene una intensa psicopatología alimentaria, un elevado malestar percibido y un deterioro funcional comparable al de los trastornos tradicionales. La evidencia reciente indica que su prevalencia es superior a la de la AN típica, aunque su identificación clínica continúa siendo limitada. Este desconocimiento resulta especialmente relevante, dado que la AN atípica puede asociarse a factores de riesgo médicos y psicológicos iguales o incluso superiores a los observados en otros TCA. Todo ello subraya la necesidad de una mayor visibilización, investigación y precisión diagnóstica (Harrop et al., 2021).

1.2. Índice de Masa Corporal

Históricamente, el Índice de Masa Corporal (IMC) ha sido el principal indicador utilizado para evaluar la gravedad de la AN, tanto en la práctica clínica como en la investigación. Manuales diagnósticos como el DSM-5-TR y la CIE-11 continúan otorgándole un papel central en la determinación del nivel de gravedad. Este predominio se debe en gran parte a su sencillez, su supuesta objetividad y su utilidad para clasificar de manera rápida el estado nutricional del paciente. No obstante, múltiples estudios han cuestionado la validez del IMC como único marcador de gravedad en los TCA. Machado et al. (2017) demostraron que dicho indicador no refleja adecuadamente variables clínicas críticas, como el deterioro cognitivo, la desregulación emocional, la impulsividad, la comorbilidad psiquiátrica o la función metabólica.

Además, la dependencia excesiva del IMC puede invisibilizar la gravedad de pacientes cuyo peso corporal no ha descendido a niveles considerados "extremos", pero que presentan patrones de restricción severa, fluctuaciones ponderales bruscas, conductas compensatorias peligrosas o deterioro psíquico significativo. Esto resulta especialmente problemático en perfiles clínicos caracterizados por presentaciones atípicas, comorbilidad con trastornos afectivos o de ansiedad, o presencia de consumo de sustancias, que pueden modular el peso corporal sin reducir el riesgo clínico. En estas situaciones, el IMC puede generar una falsa percepción de estabilidad, dificultando el acceso a recursos asistenciales intensivos, como los ingresos hospitalarios.

En el contexto asistencial español, esta problemática se ve acentuada por la ausencia de criterios homogéneos de hospitalización a nivel nacional. Aunque la Guía de Práctica Clínica sobre TCA del Ministerio de Sanidad (2009) establece ciertos parámetros para valorar la necesidad de ingreso, estos continúan centrados principalmente en indicadores somáticos. Únicamente la Junta de Andalucía ha desarrollado un protocolo más amplio que incorpora criterios psiquiátricos, sociales y evolutivos. Sin embargo, la falta de un marco común puede generar desigualdades en la atención, ambigüedad en la toma de decisiones y posibles riesgos de infravaloración de casos graves.

En este sentido, la literatura científica insiste en la importancia de adoptar un enfoque multidimensional que considere no solo el estado nutricional, sino también variables como la función cognitiva, las comorbilidades, el deterioro psicológico, las conductas de riesgo y el contexto psicosocial. Autores como Westmoreland (2024) destacan que los TCA requieren una evaluación integral centrada en la persona y no únicamente en el síntoma alimentario o en el peso corporal, especialmente cuando existen dilemas éticos relacionados con la autonomía, el consentimiento y los límites de la intervención clínica.

1.3. Objetivos

El presente capítulo tiene como objetivo analizar un caso clínico que ejemplifica estas dificultades. Se trata de una mujer adulta con anorexia nerviosa con un IMC moderadamente bajo pero estable, cuya sintomatología alimentaria, afectiva y cognitiva evidenció un deterioro significativo que no se reflejaba en los criterios clásicos basados exclusivamente en el peso. A través de este caso se pretende mostrar cómo el uso aislado del IMC puede llevar a decisiones asistenciales insuficientes o tardías, y se reflexiona sobre la importancia de incorporar criterios multidimensionales para la evaluación y el manejo clínico de los TCA en los servicios públicos de salud mental.

2. METODOLOGÍA

Este trabajo adopta un diseño de estudio de caso con finalidad descriptiva y analítica. La selección del caso se basó en dos criterios fundamentales: (1) presencia de un diagnóstico de TCA tipo restrictivo con evolución clínica fluctuante y (2) discrepancia entre el IMC y la gravedad funcional observada.

El estudio contó con el consentimiento informado de la paciente (en adelante A.) para el uso de la información con fines científicos y formativos, garantizando en todo momento la confidencialidad y la adecuada anonimización de los datos.

2.1. Procedimiento

La evaluación se realizó por profesionales de Psicología Clínica mediante la integración de distintas fuentes de información: revisión de la historia clínica, entrevistas semiestructuradas y aplicación de instrumentos psicométricos. El objetivo fue obtener una valoración amplia y precisa del estado clínico de la paciente, especialmente en áreas que no quedan reflejadas en parámetros somáticos como el IMC.

Para ello, se administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - 4º edición (MCMI-IV, adaptación española de Sánchez López et al, 2020), seleccionado por su utilidad para identificar patrones de personalidad y psicopatología que suelen influir directamente en el curso y la gravedad de los TCA. Este instrumento permite detectar rasgos desadaptativos, tendencias afectivas y posibles síndromes clínicos que pueden modular tanto el riesgo como la respuesta terapéutica, aportando una visión más completa del funcionamiento psicológico general.

El Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (Garner et al., 1982) se utilizó como medida específica de actitudes, pensamientos y conductas relacionadas con los TCA. Su elección responde a su sensibilidad para identificar niveles elevados de restricción, preocupación por el peso y conductas compensatorias, permitiendo valorar la severidad del cuadro de forma complementaria a la observación clínica.

Ambos instrumentos fueron administrados a finales de mayo, tras el último ingreso hospitalario en psiquiatría. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo en el marco del seguimiento habitual del Centro de Salud Mental (CSM), con sesiones de aproximadamente 60 minutos. La información documental y observacional se recogió de manera longitudinal hasta la redacción del capítulo (diciembre de 2025). Los datos obtenidos fueron integrados mediante análisis clínico cualitativo, contrastando la información procedente de las fuentes documentales, las observaciones clínicas y los resultados de las pruebas psicométricas, con el fin de elaborar una comprensión coherente del caso. Todos los diagnósticos se establecieron siguiendo los criterios de la CIE-11, como es habitual en el sistema sanitario público español.

2.2. Descripción del caso

La paciente A es una mujer de 38 años, casada, madre de cuatro hijos y actualmente en una incapacidad temporal laboral por motivos que se explican posteriormente. Presenta un diagnóstico actual de TCA de tipo restrictivo. Entre sus antecedentes personales destaca un cuadro de anorexia nerviosa de inicio en la adolescencia, con múltiples ingresos hospitalarios a lo largo de

su evolución. Ha recibido tratamiento tanto en dispositivos públicos como privados de salud mental. En la Tabla 2 se puede consultar un resumen de sus características.

En el seguimiento actual en la red pública inició tratamiento psiquiátrico en noviembre de 2024 e intervención psicológica en marzo de 2025, recibiendo además un diagnóstico comórbido de trastorno de pánico. Su adherencia a las consultas ha sido intermitente, especialmente con los servicios de psicología clínica y enfermería especialista. Presentando más incomparecencias con este último, ya que eran los profesionales encargados del control del peso y la alimentación.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la paciente

Características	Datos
Género	Mujer
Edad	38 años
Nacionalidad	Española
Estado civil	Casada
Hijos	4
Empleabilidad	Incapacidad laboral temporal

Entre 2024 y la actualidad, la paciente ha requerido varios ingresos hospitalarios: dos en la unidad de psiquiatría (noviembre de 2024 y mayo de 2025) debido, principalmente, al empeoramiento del cuadro de AN restrictiva, y uno en medicina interna en verano de 2025 secundario a un episodio de hepatitis. Su IMC no descendió por debajo de 17,81, si bien se registraron fluctuaciones ponderales relevantes.

En las semanas previas al ingreso de mayo de 2025, el equipo del CSM detectó una exacerbación significativa de la sintomatología alimentaria y afectiva. Ante la gravedad del cuadro, los profesionales de psiquiatría, psicología clínica y enfermería coordinaron actuaciones para optimizar la atención dentro de las posibilidades del dispositivo, otorgando al paciente seguimiento casi semanal. El día del ingreso, A. acudió a la consulta de psiquiatría presentando signos clínicos de severidad, entre ellos desorientación espacio-temporal, disartria, inestabilidad motora y disminución del nivel de conciencia. Su pareja informó de restricciones alimentarias intensas y conductas compensatorias frecuentes (vómitos). Desde el CSM se recomendó su derivación inmediata al servicio de urgencias, donde fue ingresada. Sin embargo, pocas horas después solicitó el alta voluntaria. Al no cumplir los criterios establecidos por el protocolo nacional para la continuidad del ingreso sin consentimiento, se procedió

a su alta, junto con la recomendación de iniciar un recurso terapéutico más intensivo, como el hospital de día, alternativa que la paciente ha rechazado en varias ocasiones, según refiere, por conciliación familiar.

3. RESULTADOS

Actualmente, A. se encuentra en seguimiento en su CSM habitual, con intervenciones orientadas a favorecer su vinculación con dispositivos de mayor intensidad terapéutica, como el hospital de día, aunque hasta el momento la paciente mantiene una actitud ambivalente hacia este recurso. En el transcurso del seguimiento reciente, A. ha reconocido un consumo problemático de alcohol de larga data, ingesta habitual y prolongada, el cual se ha incrementado tras su último ingreso hospitalario. A nivel clínico, se ha observado una recuperación parcial de algunas funciones cognitivas y biológicas (especialmente en la capacidad atencional, la orientación y la estabilidad motora) pero persiste de manera significativa la sintomatología relacionada tanto con el trastorno por uso de alcohol, así como con el TCA. Se mantienen las restricciones alimentarias, la preocupación intensa por el peso y la presencia ocasional de conductas compensatorias, lo que indica una evolución clínica fluctuante.

En relación con los instrumentos administrados, el MCMI-IV (Tabla 3) muestra un perfil clínico caracterizado por: elevación leve en los patrones de personalidad límite, dependiente y evitativo, lo que sugiere la presencia de rasgos emocionales inestables, tendencia a la dependencia interpersonal y evitación social que podrían influir en su manera de afrontar el malestar y en su adherencia al tratamiento; elevación leve en abuso de alcohol, coherente con la problemática que A. reconoce en la actualidad; elevación moderada en depresión, compatible con el cuadro afectivo que ha acompañado su evolución en los últimos meses y con la interferencia funcional observada, y elevación grave en el síndrome de trastorno por AN, que constituye el resultado más destacado del perfil. Este hallazgo confirma la persistencia del patrón restrictivo severo y la presencia de cogniciones y conductas asociadas al TCA, en consonancia con su historia clínica y con los episodios de descompensación recientes. En esta prueba, los criterios de validez se mantuvieron en rango, siendo esta prueba interpretable.

Tabla 3. Resultados destacados del test MCMI-IV

Variables	Resultados (Tasa Base)
Evitativa	76
Dependiente	70
Límite	78
Depresiva	83
Síndrome de Trastorno Anoréxico	80
Abuso de alcohol	73
Sinceridad	23
Deseabilidad Social	36
Devaluación	41

Por otro lado, los resultados del EAT-26 (Tabla 4) se sitúan en un rango grave, indicando un riesgo clínico elevado. La subescala de dieta es la más elevada, lo que refleja una preocupación intensa por el peso y una restricción alimentaria marcada. Las subescalas de bulimia y control oral también muestran puntuaciones clínicamente relevantes, lo que sugiere la coexistencia de impulsos o episodios relacionados con el descontrol alimentario y una elevada vigilancia respecto al acto de comer, aspectos que probablemente facilitan el mantenimiento del diagnóstico.

Tabla 4. Resultados del test EAT-26

Variables	Resultado
Control oral	8
Bulimia	7
Dieta	17
Total	32

4. CONCLUSIÓN

El caso analizado pone de manifiesto las limitaciones de una valoración clínica de los TCA basada de forma predominante en el IMC, al evidenciar que este indicador no refleja de manera adecuada la complejidad ni la gravedad del cuadro clínico. La identificación tardía de variables clínicas relevantes, como el consumo problemático de alcohol no detectado en ingresos previos, sugiere que una evaluación centrada principalmente en el peso corporal puede conducir a una infravaloración del riesgo clínico, con consecuencias significativas para la salud y la calidad de vida de la paciente. En este contexto, a pesar de presentar un diagnóstico formal de AN y de no cumplir criterios ponderales de AN atípica, su perfil clínico comparte características nucleares con esta pre-

sentación, mostrando una sintomatología y un perfil de riesgo comparables, lo que pone de relieve la necesidad de revisar los criterios utilizados para la evaluación de la gravedad en este tipo de presentaciones clínicas (Walsh et al., 2022).

En consecuencia, resulta necesario avanzar hacia criterios de evaluación más claros, sistematizados y multidimensionales que orienten la toma de decisiones clínicas y éticas, especialmente en relación con los ingresos hospitalarios. Dichos criterios deberían permitir un equilibrio adecuado entre los principios de beneficencia y autonomía, evitando tanto intervenciones insuficientes como medidas excesivamente restrictivas. La literatura científica respalda esta necesidad, ya que diversos estudios advierten que el IMC constituye una medida limitada, incapaz de recoger aspectos fundamentales como la composición corporal, la distribución de la grasa o la presencia de comorbilidades clínicas relevantes (Sommer et al., 2020).

Asimismo, la evidencia disponible señala la escasez de marcos clínicos suficientemente precisos y consensuados para la valoración de la gravedad en los TCA, especialmente en los casos que no cumplen los criterios tradicionales de bajo peso. Lo relatado con este caso clínico, pone de manifiesto las limitaciones de una primera impresión dirigida por el peso, sin profundizar en otras áreas potencialmente peligrosas. De este modo, si se hubieran administrado test de screening o entrevistas más abiertas en procesos iniciales de la evaluación, hubiera sido posible una detección más temprana. Esta carencia contribuye a una variabilidad en la práctica clínica y refuerza la urgencia de desarrollar herramientas de evaluación más integrales y sensibles a la heterogeneidad y complejidad de estos trastornos, que permitan una detección precoz de riesgos y una planificación terapéutica más ajustada.

Por lo reflejado, puede ser de interés, en la estructura pública de salud mental, establecer criterios de ingreso hospitalario más flexibles y específicos en los TCA. La existencia de los mismos podría facilitar la toma de decisiones más rápida y ajustada, mejorando así la calidad asistencial y reduciendo el malestar de los profesionales. En este sentido, se podría extrapolar el protocolo de la Junta de Andalucía a nivel nacional o crear otro sistema inspirado en el mismo. Asimismo, debido a la alta carga asistencial en los CSM, el tiempo disponible para una evaluación profunda se limita a una o dos sesiones. Por lo tanto, resulta de vital importancia incrementar los recursos en esta área para poder ofrecer un servicio más temprano y eficaz.

No obstante, el presente trabajo presenta limitaciones inherentes a su diseño. Al tratarse de un estudio de caso cualitativo (sin manipulación de

variables ni aleatorización), los resultados no permiten establecer relaciones causales ni generalizar los hallazgos a poblaciones más amplias. Asimismo, es importante destacar otros elementos como la dependencia del contexto y/o la influencia de los clínicos a la hora de trabajar en el caso.

En conclusión, este caso remarca la importancia de promover valoraciones clínicas globales y multidimensionales que trasciendan el uso del IMC como criterio central para estimar la gravedad de los TCA. El desarrollo de indicadores clínicos más sensibles y robustos resulta fundamental para favorecer un diagnóstico más preciso, una intervención oportuna y un abordaje ético y personalizado, contribuyendo así a la mejora de la calidad asistencial y a la protección de la salud y el bienestar de las personas afectadas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[140] Arija-Val, V., Santi-Cano, M. J., Novalbos-Ruiz, J. P., Canals, J., y Rodríguez-Martín, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria, 39*(spe2), 8-15. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173

[141] American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).* https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

[142] Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología.* (3.ª ed.). McGrawHill.

[143] Harrop, E. N., Mensinger, J. L., Moore, M., & Lindhorst, T. (2021). Restrictive eating disorders in higher weight persons: A systematic review of atypical anorexia nervosa prevalence and consecutive admission literature. *International Journal of Eating Disorders, 54*(8), 1328–1357. https://doi.org/10.1002/eat.23519

[144] Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*(4), 871–878. https://doi.org/10.1017/S0033291700049163

[145] Machado, P. P., Grilo, C. M., & Crosby, R. D. (2017). Evaluation of the DSM-5 severity indicator for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 25*(3), 221-223. https://doi.org/10.1002/erv.2508

[146] Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *Millon Clinical Multiaxial Inventory–IV (MCMI–IV).* PearsonPearson Clinical & Talent Assessment.

[147] Sánchez López, M. P., Cardenal Hernáez, V., Hernández, A., Aguilar Delgado, C., & Vallar, F. (2020). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV)* (Adaptación española).

[148] Sommer, I., Teufer, B., Szelag, M., Ali, A., Rehberg, M., Gartlehner, A., Klerings, C., Herkner, G., Hamacher, M., Langer, M., & Gartlehner, M. K. (2020). The performance of anthropometric tools to determine obesity: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports* 10, 12699 (2020). https://doi.org/10.1038/s41598-020-69498-7

[149] Walsh BT, Hagan KE, Lockwood C. (2023). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders,* 56(4):798-820. https://doi:10.1002/eat.23856. Epub 2022 Dec 12. PMID: 36508318.

[150] Westmoreland, P., Yager, J., Treem, J., & Mehler, P. S. (2024). Ethical challenges in the treatment of patients with severe anorexia nervosa. *FOCUS, 22*(3), 344-349. https://doi.org/10.1176/appi.focus.2023003

[151] World Health Organization (CIE-11, 2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.). https://icd.who.int/

BLOQUE 2:
Ciclo vital e imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

IMAGEN CORPORAL Y ACTITUDES ALIMENTARIAS EN MUJERES DE MEDIANA EDAD TARDÍA BAJO TRATAMIENTO DIETOTERÁPICO

Patrizia Carmen Marruffi Bonfante
Centro Sanitario Polivalente Marruffi Bonfante. Cádiz
patriziamarruffi@gmail.com

Resumen

Las actitudes alimentarias dirigidas al control del peso, asociadas a insatisfacción corporal, son un factor de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Aunque más prevalentes en la juventud, estas preocupaciones no son infrecuentes en la edad adulta mayor, donde los TCA suelen estar infradiagnosticados y mal abordados. Los centros de nutrición constituyen un entorno privilegiado para su detección. El objetivo es evaluar actitudes alimentarias y relación con la imagen corporal en mujeres ≥ 50 años a régimen por motivos estéticos o de salud, identificando riesgo de TCA mediante cuestionarios de cribado. Se incluyeron 41 mujeres sin diagnóstico previo de TCA. Se aplicaron EAT-26, EDE-Q7, BAS-2, un test de siluetas y preguntas sobre conductas compensatorias. Según EAT-26 ≥ 30, participantes presentaron riesgo (68,3 %) y conductas compensatorias: atracones (26,8 %), ejercicio excesivo (19,5 %) y uso de laxantes (14,6 %). En EDE-Q7 destacaron restricción dietética (media = 13,3) e insatisfacción corporal (media = 9,4) : Mientras que BAS-2 mostró baja apreciación corporal (media = 31,7). En análisis bivariados, mayores puntuaciones en EDE-Q7 y menores en BAS-2 se asociaron significativamente con riesgo de TCA ($p < 0,01$). Por lo tanto, en mujeres mayores a régimen dietético, dos tercios presentan riesgo de TCA, asociado a insatisfacción corporal y baja apreciación del propio cuerpo. Se recomienda integrar la terapia nutricional con el apoyo psicológico como estrategia preventiva.

Introducción

El cuerpo femenino ha sido históricamente un territorio de regulación social y simbólica. Desde las representaciones clásicas hasta las actuales narrativas mediáticas, la imagen corporal se configura como un espacio donde se entrelazan ideales estéticos, normas culturales y experiencias subjetivas (Cash & Smolak, 2011). En este sentido, las actitudes alimentarias, entendidas como el conjunto de creencias, pensamientos, emociones y conductas relacionadas con la comida, el peso y la figura, constituyen un reflejo del modo en que las

mujeres se relacionan con su propio cuerpo, especialmente en sociedades que vinculan la valía personal con la apariencia física (Grogan, 2021).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por ser un conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados a una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal (Castro-Fornieles, et al., 2007). Son alteraciones psicopatológicas graves que implican una distorsión persistente del patrón alimentario y que conllevan importantes alteraciones conductuales como consecuencia del intento de controlar el cuerpo y el peso (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Los TCA más prevalentes son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Aunque tradicionalmente se han vinculado con adolescentes y mujeres jóvenes, las investigaciones de las dos últimas décadas han demostrado que los TCA también se manifiestan, con frecuencia subclínica o enmascarada, en mujeres de mediana edad y mayores, especialmente en el contexto de cambios corporales asociados al envejecimiento y a la menopausia (Behar, 2018; Mangweth-Matzek et al., 2014;).

La transición menopáusica supone un periodo de especial vulnerabilidad psicológica y corporal. La disminución de estrógenos y progesterona produce alteraciones metabólicas, redistribución de la grasa corporal y cambios en la composición muscular que pueden afectar y alterar la percepción de la propia figura y activar preocupaciones relacionadas con la pérdida de juventud o el aumento de peso y, por consiguiente, desencadenar mecanismos de control alimentario (Kilpela et al., 2023). Lejos de inmunizar frente a la presión estética, la edad madura se vincula con nuevas formas de insatisfacción corporal ligadas al miedo al envejecimiento y al deterioro físico (Samuels et al., 2019).

En el contexto actual, la cultura digital y las redes sociales amplifican las comparaciones corporales, incluso entre mujeres mayores. Las plataformas visuales, inicialmente dominadas por públicos jóvenes, se han convertido en espacios donde proliferan contenidos de dietas, ejercicio y "*anti-aging*" que reactivan la vigilancia sobre el cuerpo. El uso frecuente de redes sociales se correlaciona con mayor insatisfacción corporal y restricción alimentaria también en mujeres de mediana edad (Thompson et al., 2023). La idealización de la juventud y la delgadez refuerzan un modelo de belleza que excluye la naturalidad del envejecimiento y acentúa el edadismo estético.

En este marco, los centros de nutrición y las consultas dietéticas se configuran como lugares privilegiados para detectar tempranamente actitudes alimentarias de riesgo. Las mujeres que acuden a tratamiento dietoterápico,

ya sea por razones estéticas o de salud, pueden presentar patrones de restricción o de culpa asociados a la comida que no alcanzan el umbral clínico del TCA, pero que sí implican malestar significativo. La insatisfacción corporal y la baja apreciación del propio cuerpo se han identificado como factores mediadores entre la práctica de dietas restrictivas y el desarrollo de trastornos alimentarios (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

El presente estudio parte de esta necesidad de visibilizar una población escasamente explorada: las mujeres mayores de 50 años sometidas a tratamiento dietoterápico. A pesar de representar un grupo creciente en las consultas nutricionales, su realidad psicológica ha sido escasamente abordada por la investigación empírica. Se propone, por tanto, analizar las actitudes alimentarias y la imagen corporal en este grupo de mediana edad tardía, identificando posibles indicadores de riesgo para TCA.

Los resultados, presentados en el II Congreso Internacional de Salud desde un Abordaje Interdisciplinar y XVIII Encuentro Nacional de Técnicos y Directivos FEACAB (CISAI, Burgos, 2025), evidencian que un alto porcentaje de mujeres mayores en régimen dietético presentan conductas y cogniciones compatibles con riesgo de TCA, acompañadas de baja apreciación corporal y discrepancia significativa entre la figura percibida y la ideal. Estos hallazgos invitan a replantear los modelos de prevención y detección, incorporando la variable edad como eje fundamental en el estudio de los TCA y de la relación entre cuerpo, salud y bienestar emocional.

La mayoría de los programas de prevención y detección de los TCA se dirigen a población adolescente o universitaria, invisibilizando los casos que emergen o persisten en etapas vitales posteriores (Behar, 2018).

La normalización social de las dietas restrictivas y la medicalización del control del peso, particularmente en mujeres que buscan mejorar su "salud" o "bienestar", pueden enmascarar síntomas clínicos de riesgo (Grogan, 2021). Los centros de nutrición y consultas dietéticas se convierten, por tanto, en un escenario ideal para la detección precoz de patrones alimentarios disfuncionales y de malestar corporal persistente.

En este contexto, el presente estudio se propuso examinar las actitudes alimentarias, la apreciación corporal y la presencia de conductas compensatorias en mujeres de mediana edad tardía bajo tratamiento dietoterápico. Se planteó como hipótesis que la baja apreciación corporal y la discrepancia entre la figura percibida e ideal estarían asociadas con un mayor riesgo de TCA, medido a través de cuestionarios validados.

1. MÉTODO

1.1. Tipo de investigación

Se desarrolló un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y comparativo, de carácter no experimental, orientado a identificar la presencia de actitudes alimentarias de riesgo y su relación con variables psicológicas vinculadas a la imagen corporal. Este diseño resulta adecuado para estudios de cribado inicial o de prevalencia (Ato, et al., 2013), especialmente en poblaciones donde el fenómeno ha sido poco explorado.

1.2. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 41 mujeres mayores de 50 años que se encontraban bajo tratamiento dietoterápico en distintos centros de nutrición de la provincia de Cádiz.

Los criterios de inclusión fueron: sexo femenino, edad igual o superior a 50 años, participación voluntaria, estar siguiendo una dieta hipocalórica o de control nutricional por motivos estéticos o de salud y ausencia de diagnóstico previo de TCA.

Se excluyeron los casos con patologías psiquiátricas graves o deterioro cognitivo que impidieran la comprensión del cuestionario.

1.3. Instrumentos de evaluación

Para la recogida de información se aplicaron instrumentos psicométricos validados en población femenina adulta, seleccionados por su fiabilidad, brevedad y capacidad para detectar actitudes alimentarias disfuncionales y alteraciones en la imagen corporal.

Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)

Diseñado por Garner y Garfinkel (1979), evalúa actitudes alimentarias de riesgo mediante 26 ítems agrupados en tres subescalas: *dieta* (restricción y preocupación por el peso), *bulimia y preocupación por la comida* y *control oral*. Se responde en una escala Likert de seis puntos (de "nunca" a "siempre"). En este estudio se adoptó un punto de corte ≥ 30, más estricto que el habitual ≥ 20, para evitar sobredetección en mujeres que ya seguían un régimen dietético (Fairburn & Beglin, 1994).

Eating Disorder Examination–Questionnaire Short Form (EDE-Q7)

Versión abreviada del instrumento de Fairburn y Beglin (1994), con siete ítems que valoran cogniciones y emociones asociadas a la restricción alimentaria, preocupación por el peso y la figura e insatisfacción corporal du-

rante las últimas cuatro semanas. Se puntúa en una escala de 1 a 6, donde puntuaciones más altas indican mayor gravedad sintomática.

Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)

El BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015) mide la apreciación positiva del cuerpo, entendida como aceptación, respeto y valoración funcional del mismo. Consta de 10 ítems con formato Likert de 1 ("nunca") a 5 ("siempre"), que se suman para obtener una puntuación total (rango 10–50). Puntuaciones más altas reflejan mayor aceptación corporal y menor internalización de ideales estéticos.

Test de siluetas

Se empleó una escala visual compuesta por figuras femeninas progresivas que representan distintos tamaños corporales. Las participantes seleccionaron la figura que mejor describía su cuerpo actual y la figura ideal deseada. La discrepancia entre ambas (percibida > ideal) se consideró indicador de insatisfacción corporal (Cash & Smolak, 2011).

Cuestionario de conductas compensatorias

A través de preguntas dicotómicas (sí/no), se exploró la presencia de atracones, vómitos autoinducidos, uso de laxantes o ejercicio excesivo con fines de control del peso. Estas variables se codificaron como indicadores conductuales complementarios de riesgo (Figura 1).

Por favor, indique si ha realizado alguna de estas conductas para el control del peso durante los últimos tres meses (sí/no).
¿Ha tenido episodios en los que come una gran cantidad de comida en poco tiempo, sintiendo pérdida de control sobre lo que ingiere? (atracones).
¿Se ha provocado el vómito después de comer para intentar controlar su peso o compensar una ingesta excesiva? (vómitos autoinducidos).
¿Ha utilizado laxantes, diuréticos u otros productos con el objetivo de perder peso o "limpiarse" después de comer? (uso de laxantes/diuréticos).
¿Ha realizado ejercicio físico de forma excesiva o con la sensación de obligación para compensar lo que ha comido o controlar su peso? (ejercicio excesivo).

Figura 1. Cuestionario de conductas compensatorias

1.4. Variables del estudio

En la Tabla 1, se pueden consultar el tipo de variables, indicadores e instrumentos aplicados en el presente estudio.

Tabla 1. Tipo de variables, indicadores principales e instrumentos

Tipo de variable	Indicadores principales	Instrumento
Sociodemográficas	Edad, nivel educativo, estado laboral, menopausia	Cuestionario de elaboración propia
Antropométricas	Peso, talla, IMC	Autoinforme y cálculo IMC (kg/m^2)
Actitudes alimentarias	Dieta, bulimia, control oral, total EAT-26	EAT-26
Imagen corporal	Restricción, preocupación por el peso/figura, total EDE-Q7	EDE-Q7
Apreciación corporal	Valoración global del cuerpo	BAS-2
Conductas compensatorias	Atracones, vómitos, laxantes, ejercicio excesivo	Cuestionario dicotómico
Percepción corporal	Discrepancia silueta percibida-ideal	Test de siluetas

1.5. Procedimiento

Las participantes fueron reclutadas en centros de nutrición y consultas privadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Tras recibir información sobre el estudio y firmar el consentimiento informado, completaron los cuestionarios de forma presencial y anónima. El tiempo medio de aplicación fue de 25 minutos. El estudio cumplió los principios éticos de la Declaración de Helsinki (2013).

1.6. Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el paquete IBM SPSS Statistics 27. Se calcularon medias y desviaciones estándar para variables continuas (edad, IMC, EAT-26, EDE-Q7, BAS-2) y frecuencias y porcentajes para variables categóricas (conductas compensatorias). Para examinar las asociaciones entre riesgo de TCA (EAT-26 $\geq$ 30) y las puntuaciones en EDE-Q7 y BAS-2 se aplicaron pruebas t de Student para muestras independientes o, en caso de violación de normalidad, la prueba U de Mann–Whitney.

Las asociaciones entre riesgo de TCA y conductas compensatorias (atracones, vómitos, laxantes, ejercicio excesivo) se exploraron mediante tablas de contingencia y prueba χ^2 (chi-cuadrado). Se estableció un nivel de significación de $p < ,05$ y un intervalo de confianza del 95 %. Este enfoque metodológico permitió no solo describir las tendencias generales de la mues-

tra, sino también identificar patrones significativos de relación entre insatisfacción corporal, apreciación corporal y actitudes alimentarias de riesgo.

2. RESULTADOS

2.1. Resultados descriptivos

La muestra final estuvo constituida por 41 mujeres de 50 a 74 años (media = 60,8; desviación estándar = 6,3), con un IMC medio de 30,0 kg/m² (DE = 6,2), lo que sitúa a la mayoría en el rango de sobrepeso u obesidad leve (Figura 2).

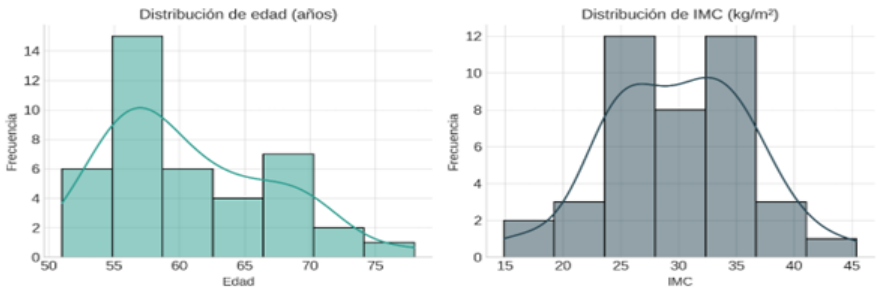


Figura 2. Gráfico de distribución de edad y IMC

La distribución de estados menopáusicos mostró que el 85,4 % se encontraba en posmenopausia y el 14,6 % en perimenopausia

Utilizando el criterio EAT-26 ≥ 30, 28 participantes (68,3 %) fueron clasificadas como en riesgo de TCA. Esta cifra indica una prevalencia alta de actitudes alimentarias desadaptativas en mujeres mayores bajo régimen dietético, incluso sin diagnóstico previo (Figura 3).

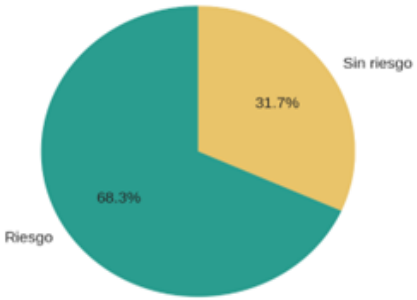


Figura 3. Proporción de participantes con riesgo de TCA (EAT-26 ≥ 30)

En la Figura 4, se observan las medias en la subescalas y en el total del EAT-26 entre mujeres sin riesgo (< 30) y con riesgo (≥ 30).

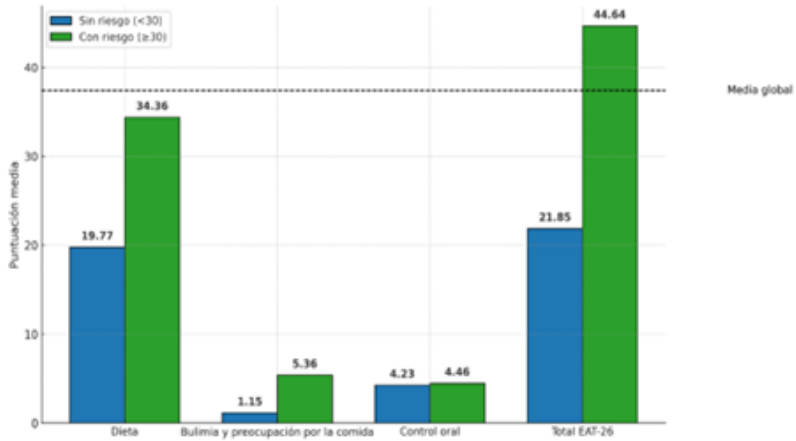


Figura 4. Comparación en las subescalas y la puntuación total del EAT-26 entre mujeres con y sin riesgo

Se observa que el grupo con riesgo presenta puntuaciones más elevadas en todas las subescalas, especialmente en dieta, lo que refleja mayor preocupación por el peso y la restricción alimentaria. En la Tabla 2, se pueden consultar los resultados descriptivos de las variables analizadas.

Tabla 2. Resultados descriptivos de las variables principales

Variable	M	DE	Rango
Edad (años)	60,8	6,3	50–74
IMC (kg/m²)	30,0	6,2	21,5–43,4
EAT-26 total	32,7	9,1	14–54
EDE-Q7 total	28,5	9,6	10–47
BAS-2 total	31,7	7,8	18–45

Nota: M = media; DE = desviación estándar

2.2. Conductas compensatorias y percepción corporal

En cuanto a la frecuencia de las conductas compensatorias, se observó que un 26,8 % reportó episodios de atracones, un 19,5 % manifestó ejercicio excesivo, un 14,6 % declaró uso de laxantes o diuréticos y un 7,3 % reconoció vómitos autoinducidos (Figura 5).

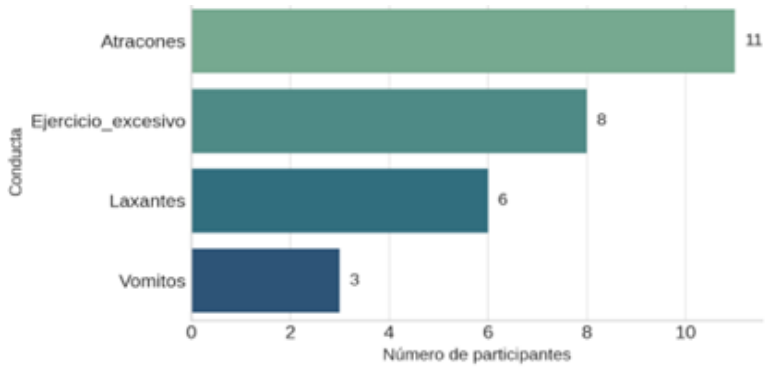


Figura 5. Frecuencia de conductas compensatorias

La discrepancia entre figura percibida e ideal estuvo presente en el 100 % de la muestra, lo que evidencia la omnipresencia de la insatisfacción corporal, incluso en mujeres que no refieren sintomatología clínica.

2.3. Diferencias entre mujeres con y sin riesgo de TCA

El análisis comparativo entre mujeres clasificadas como "con riesgo" (EAT-26 ≥ 30) y "sin riesgo" (EAT-26 < 30) mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables psicológicas. Las mujeres con riesgo obtuvieron puntuaciones más altas en el EDE-Q7 (M = 33,6; DE = 8,9), indicando mayor restricción y preocupación por el peso y la figura, y puntuaciones más bajas en el BAS-2 (M = 28,2; DE = 6,7), reflejando menor aceptación y aprecio corporal. Las diferencias fueron significativas con $p < 0,01$ y tamaños del efecto moderado-alto ($d > 0,70$) (Figura 6).

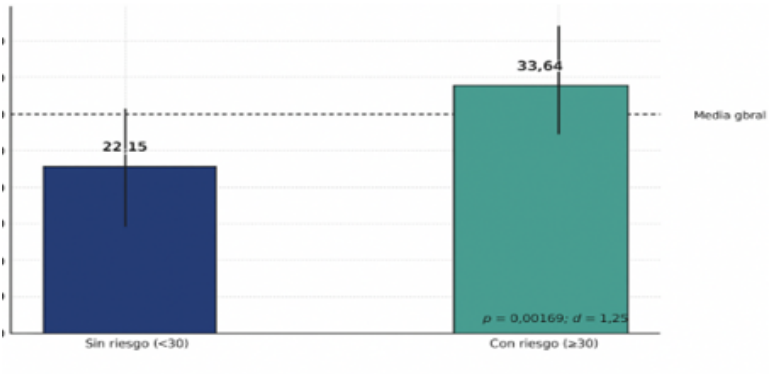


Figura 6. Puntuaciones totales en EDE-Q7 según riesgo de TCA

Las mujeres con riesgo (EAT-26 ≥ 30) mostraron valores significativamente más altos en el EDE-Q7, confirmando una relación directa entre preocupación corporal y actitudes alimentarias disfuncionales (Figura 6).

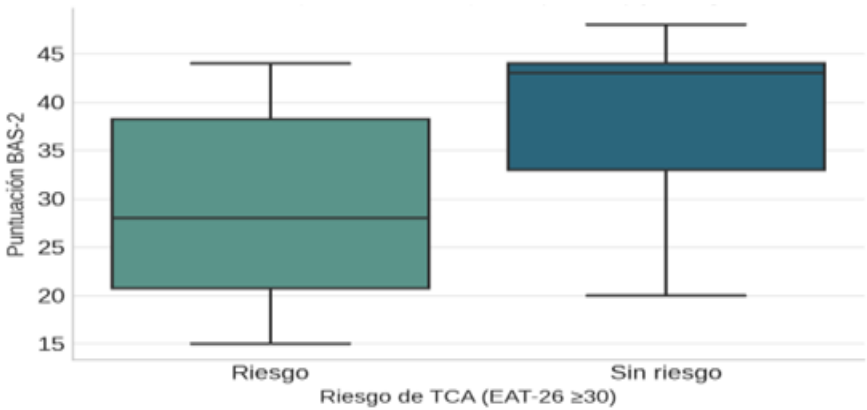


Figura 7. Relación entre apreciación corporal (BAS-2) y riesgo de TCA

Las participantes en riesgo de TCA exhibieron puntuaciones más bajas en el BAS-2, evidenciando una menor apreciación positiva del propio cuerpo y mayor internalización de ideales estéticos (Figura 7).

3. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que más de dos tercios de las mujeres mayores de 50 años bajo tratamiento dietoterápico presentan actitudes alimentarias de riesgo, acompañadas de baja apreciación corporal y elevada insatisfacción con la figura percibida.

Estos datos confirman lo señalado por Mangweth-Matzek et al. (2014) y Samuels et al. (2019), quienes advierten que los TCA en mujeres de edad media o avanzada están subdiagnosticados y poco reconocidos. En el presente estudio, aunque ninguna participante tenía diagnóstico previo de TCA, las puntuaciones del EAT-26 y del EDE-Q7 evidencian patrones cognitivos y emocionales compatibles con riesgo clínico.

En línea con investigaciones recientes, se constata que la insatisfacción corporal persiste e incluso se intensifica en la mediana edad, asociada a los cambios hormonales y somáticos de la menopausia (Kilpela et al., 2023).

La presencia de conductas compensatorias en una proporción relevante de la muestra (26,8 % atracones, 19,5 % ejercicio excesivo, 14,6 % uso de

laxantes o diuréticos, 7,3 % vómitos autoinducidos) evidencia la existencia de formas subclínicas o infradiagnosticadas de TCA en esta población.

La asociación significativa entre puntuaciones elevadas en el EDE-Q7 y baja apreciación corporal (BAS-2) refuerza la hipótesis de que la autoimagen positiva actúa como factor protector frente al desarrollo de TCA. Estudios longitudinales (Tylka & Wood-Barcalow, 2015) han mostrado que la aceptación corporal se correlaciona con mayor bienestar psicológico y menor internalización del ideal de delgadez. Promover la apreciación corporal positiva, más allá de la mera satisfacción estética, podría constituir una vía de prevención en mujeres de edad media y avanzada.

Asimismo, el hallazgo de que el 100 % de la muestra presenta discrepancia entre figura percibida e ideal pone de relieve la universalidad del malestar corporal en la cultura occidental contemporánea. Esta tendencia no puede entenderse al margen del edadismo estético, que refuerza la asociación entre juventud, delgadez y valor social. La discrepancia percibida-ideal observada en toda la muestra sugiere la normalización del malestar corporal a lo largo de la vida adulta, fenómeno descrito en la literatura sobre estabilidad y cambio de la imagen corporal en la adultez (Tiggemann, 2004) y sobre la importancia de la apariencia y las comprobaciones corporales en distintas edades (Quittkat et al., 2019).

El mantenimiento de dietas restrictivas, incluso bajo asesoramiento profesional, puede perpetuar el ciclo de insatisfacción-restricción-culpa, contribuyendo al deterioro emocional y a la cronificación de conductas alimentarias desadaptativas (Behar, 2018; Grogan, 2021).

Desde un punto de vista clínico, estos resultados respaldan la recomendación de integrar el cribado sistemático de actitudes alimentarias y malestar corporal en las consultas de nutrición y atención primaria para facilitar la detección temprana de mujeres en riesgo, permitiendo intervenciones preventivas antes de la consolidación de un cuadro clínico.

Por otra parte, los resultados invitan a repensar la noción de "control del peso" en la mediana edad, tradicionalmente enmarcada en discursos de salud, pero permeada por ideales de delgadez y juventud. Promover enfoques basados en la funcionalidad corporal, la aceptación de los cambios vitales y la autorregulación emocional podría ser una herramienta eficaz de prevención (Temple et al., 2024).

La evidencia obtenida en este estudio recalca que la prevención de los TCA en mujeres mayores requiere un abordaje biopsicosocial que conside-

re simultáneamente los factores hormonales, emocionales y socioculturales implicados.

4. CONCLUSIONES

El presente estudio aporta evidencia empírica sobre la presencia significativa de actitudes alimentarias de riesgo y baja apreciación corporal en mujeres de mediana edad tardía bajo tratamiento dietoterápico, un grupo tradicionalmente invisibilizado tanto en la investigación sobre los TCA como en la práctica clínica.

Los hallazgos revelan que un 68,3 % de las participantes presenta puntuaciones indicativas de riesgo de TCA (EAT-26 $\geq$ 30), acompañadas de niveles elevados de insatisfacción corporal y escasa valoración positiva del propio cuerpo (BAS-2). Además, se constató la existencia de conductas compensatorias en una proporción relevante de la muestra, como atracones, ejercicio excesivo y uso de laxantes, lo que refuerza la necesidad de una vigilancia clínica específica en este colectivo.

Estos resultados confirman que la edad no protege el malestar corporal ni las conductas alimentarias desadaptativas. Por el contrario, la transición menopáusica y la presión estética asociada al ideal de juventud pueden actuar como factores de vulnerabilidad que reactivan mecanismos de control del cuerpo y de restricción alimentaria (Kilpela et al., 2023). En este sentido, la experiencia corporal de la mujer madura se configura como un espacio complejo donde convergen la biología, la autoimagen y la influencia sociocultural.

Desde una perspectiva biopsicosocial, los resultados invitan a repensar el abordaje del cuerpo femenino en la madurez, incorporando estrategias de prevención, detección y acompañamiento psicológico en entornos tradicionalmente centrados en la nutrición o la medicina. El uso combinado de instrumentos breves (EAT-26, EDE-Q7 y BAS-2) puede facilitar la detección temprana de conductas y cogniciones de riesgo, permitiendo intervenir antes de que se consoliden patrones desadaptativos, en consultas de atención primaria, endocrinología, ginecología, aparato digestivo y dietética.

Asimismo, el estudio sugiere que fomentar una apreciación corporal positiva, basada en la funcionalidad, el autocuidado y la aceptación de los cambios vitales, puede convertirse en un factor protector clave frente al desarrollo de TCA (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Las intervenciones psicoeducativas centradas en la autoaceptación, la regulación emocional y la reducción del edadismo estético pueden tener un impacto significativo en la salud mental y la calidad de vida de las mujeres mayores.

En el ámbito de la práctica clínica, se recomienda integrar la terapia nutricional con apoyo psicológico especializado, abordando no solo la dieta, sino también las creencias y emociones vinculadas al cuerpo y la comida. Las estrategias de intervención multidisciplinaria, que incluyan a profesionales de psicología, nutrición y medicina, resultan esenciales para prevenir la cronificación de conductas restrictivas o compensatorias. Las políticas de salud pública deberían incluir estrategias de prevención dirigidas también a esta franja de edad.

El estudio presenta algunas limitaciones. Su diseño transversal y descriptivo impide establecer relaciones causales entre las variables; además, el tamaño muestral, aunque suficiente para detectar diferencias significativas, restringe la generalización de los resultados. Futuras investigaciones deberían incorporar muestras más amplias y diseños longitudinales que permitan analizar la evolución temporal de la insatisfacción corporal y las actitudes alimentarias en esta población.

También se recomienda explorar el papel de variables socioculturales emergentes, como la exposición a redes sociales o la percepción del envejecimiento, en la configuración del malestar corporal femenino en la madurez. Futuras investigaciones deberían construir instrumentos de detección precoz, de evaluación específicos y de cribado adaptados para esta población es decir que consideren las particularidades de esta etapa vital.

Detectar y abordar tempranamente el riesgo de TCA en la mediana edad tardía es viable y, para cumplir este propósito, es necesario mejorar el bienestar emocional y promover una relación más saludable, funcional y respetuosa con el cuerpo y la alimentación.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[152] American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC: Author.

[153] Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología, 29*(3), 1038–1059.

[154] Behar, R. (2018). Eating disorders in midlife women: Clinical characteristics and management. *Journal of Eating Disorders, 6*(1), 25–33. https://doi.org/10.1186/s40337-018-0207-1

[155] Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.

[156] Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., & Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*(6), 562–568. https://doi.org/10.1002/eat.20418

[157] Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 363–370.

[158] Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(2), 273–279. https://doi.org/10.1017/S0033291700030762

[159] Grogan, S. (2021). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (4th ed.). New York, NY: Routledge.

[160] Kilpela, L. S., Marshall, V. B., Hooper, S. C., Becker, C. B., Keel, P. K., LaCroix, A. Z., & Espinoza, S. E. (2023). Binge eating age of onset, frequency, and associated emotional distress among women aged 60 years and over. *Eating Disorders, 31*(5), 479–486. https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2058197

[161] Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Kemmler, G., Pope, H. G., & Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *International Journal of Eating Disorders, 47*(3), 320–324. https://doi.org/10.1002/eat.22232

[162] Medeiros de Morais, M. S., Macêdo, S. G. G. F., do Nascimento, R. A., Vieira, M. C. A., Moreira, M. A., da Câmara, S. M. A., ... & Maciel, Á. C. C. (2024). Dissatisfaction with body image and weight gain in middle-aged women: A cross sectional study. *PLOS ONE, 19*(1),e0290380.

[163] Quittkat, H. L., Hartmann, A. S., Düsing, R., Buhlmann, U., & Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 864.

[164] Samuels, K. L., Maine, M., & Tantillo, M. (2019). Disordered eating, eating disorders, and body image in midlife and older women. *Current Psychiatry Reports, 21*(8), 75. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1052-9

[165] Temple, S., Hogervorst, E., & Witcomb, G. L. (2024). Differences in menopausal quality of life, body appreciation, and body dissatisfaction between women at high and low risk of an eating disorder. *Brain and Behavior, 14*(7), e3609.

[166] Thompson, K. A., Miller, A. J., Walsh, E. C., & Bardone-Cone, A. M. (2023). Social media and disordered eating among middle-aged women: Not just an adolescent concern. *Eating Behaviors, 50,* 101748. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101748

[167] Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image, 1*(1), 29–41.

[168] Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image, 12*, 53–67. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006

EMBARAZO Y CRIANZA SUFRIENDO UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

Carmen Bayo Fernández
Médico Psiquiatra
Ángeles Taladriz Gallego
Psicóloga Psicoanalista
Colaboradoras de la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER)

Resumen

El presente trabajo analiza el embarazo y la crianza en mujeres con Trastorno de Alimentación (TA), destacando la importancia del diagnóstico precoz, la prevención y el trabajo en equipo interdisciplinar. A lo largo de las últimas décadas se ha mejorado la detección temprana del TA y se han desarrollado recursos asistenciales específicos, aunque factores como las redes sociales y la pandemia por SARS-CoV-2 han contribuido a un aumento de casos y a una mayor comorbilidad ansioso-depresiva.

En relación con la gestación, se describe que la prevalencia de TA en el embarazo ha aumentado cuando se incluyen formas subclínicas y síndromes parciales, con riesgos relevantes de descompensación durante el embarazo, complicaciones obstétricas y recaída posparto, así como depresión posparto. La autora presenta una experiencia de Seguimiento Preventivo de diecisiete años con embarazadas y madres con TA, que se centra en una relación terapéutica de apoyo, sin sustituir a los tratamientos específicos, e incluyendo a la pareja, al bebé y al entorno familiar y social.

Se analizan estudios recientes sobre trayectorias del TA durante el embarazo, supresión de peso, insatisfacción corporal, trauma infantil, depresión posparto y "adicción a la comida", que subrayan la complejidad evolutiva y la necesidad de valorar cuidadosamente la historia clínica y el contexto emocional. Además, se desarrolla el papel de herramientas como la vinculación precoz materno-fetal, la escala de vínculo, el concepto de pretemperamento y los grupos "Parque" para apoyar la crianza y detectar problemas alimentarios tempranos en los hijos.

Por último, se resalta el papel central de las matronas y de un equipo multidisciplinar (obstetras, pediatras, psicólogos, psiquiatras, diabetólogos, enfermería especializada, etc.) para abordar las complicaciones médicas y

psicológicas, favorecer una nutrición adecuada y acompañar a las madres en la construcción de una relación suficientemente buena con sus hijos.

1. EVOLUCIÓN DE LA DETECCIÓN Y LA PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

En los último veinte años se ha observado una mejoría notable en la detección precoz de casos de Trastornos de Alimentación (TA) en la infancia y en la adolescencia, relacionada, en parte, con la intervención de los servicios de Pediatría y de atención especializada en Salud Mental en la Infancia y Adolescencia.

En las últimas décadas del siglo XX (finales de los años setenta y mediados/finales de los ochenta), existían importantes dificultades y gran confusión para lograr un diagnóstico rápido de TA. A partir de las primeras décadas de los años noventa, se produce un avance en el conocimiento clínico, en las técnicas de detección y en las intervenciones psicoterapéuticas, con tratamientos cada vez más específicos y especializados. De forma paralela, se desarrollan y consolidan dispositivos asistenciales: hospitalizaciones completas, hospitalizaciones domiciliarias, hospitales de día, grupos terapéuticos de familias o grupos paralelos de padres y de pacientes. También se fortalece la organización de asociaciones de profesionales con carácter interprofesional y de familiares, generando redes de apoyo mutuo y de sensibilidad social.

La prevalencia del TA se mantiene relativamente estable durante los años noventa y dos mil. Sin embargo, aparece una variable importante que se relaciona con el aumento de casos a partir del año 2010, se trata de la aparición de Instagram con la difusión de imágenes de cuerpos falsamente "perfectos", con la expansión en redes del "bulliying" en la infancia y la adolescencia, y con la divulgación de otros contenidos perturbadores.

En 2020 irrumpe la pandemia SARS-CoV-2 y con ella, el confinamiento, la soledad, el miedo, la ansiedad generalizada, y los sentimientos y los pensamientos depresivos ante un futuro percibido como difícil de afrontar. En este contexto, se observa un aumento de la prevalencia de los problemas de salud mental, no solo de los TA. La comorbilidad con otros trastornos y la exposición a edades especialmente vulnerables contribuyen a este aumento. En el XIV Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA), celebrado en 2024 se define el concepto de "TA precoz en menores de trece años". Este hecho motiva a abrir nuevas salas de ingreso en unidades hospitalarias dedicadas a TA en la infancia y la adolescencia.

2. GESTACIÓN Y CRIANZA CON TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN

2.1. Epidemiología

Desde finales de la década de 1980 hasta acabada la de 1990, se valoraba que aproximadamente el 1% de las mujeres embarazadas padecían un TA en los países occidentales. A partir de la década de 2000-2010 los estudios incluyen los casos de TA subclínicos y se valoraba en 7,3% la afectación de embarazos en occidente. En los últimos 7-10 años, los estudios estiman, al incluir cuadros completos, subclínicos, síndromes parciales, Trastornos de Alimentación No Especificados (TANES), síntomas aislados etc., una cifra superior al 25% de embarazos. El principal riesgo es la posible descompensación del cuadro durante el embarazo, así como, la asociación con sintomatología añadida: comorbilidad, compromiso de la perinatalidad, recaída total del TA en el posparto y, presencia de depresión posparto con sus riesgos añadidos (Mackenna al., 2021).

2.2. Seguimiento Preventivo

A lo largo de la década de 1990, se inició un estudio sobre el embarazo y la crianza en pacientes y expacientes que habían sido tratadas de TA en su adolescencia, entre doce o quince años antes, es decir, desde finales de los años setenta. La iniciativa, responsabilidad y coordinación de dicho trabajo fue del doctor Gonzalo Morandé Lavín, referente y maestro para muchos de los profesionales implicados en el proyecto. Durante casi veinte años, se desarrolló una labor interdisciplinar de profundización en la comprensión y el conocimiento de estos problemas clínicos.

En 2021, fruto de la colaboración voluntaria en el citado proyecto, se publicó el libro "Gestación y crianza con trastornos de alimentación" (Bayo Fernández y Taladriz Gallego, 2021). El trabajo se realizó en el Hospital Universitario Infantil del Niño Jesús en Madrid en calidad de voluntarias de ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia). De este modo, el proyecto se inscribe en un contexto asistencial especializado en salud mental infanto-juvenil y en el marco de una colaboración sostenida entre profesionales de la psiquiatría, la psicología y una asociación de ayuda a pacientes.

Los principales objetivos de esta experiencia fueron conocer los problemas y su evolución en madres y futuras madres que presentan TA y organizar un Seguimiento Preventivo. Este Seguimiento Preventivo realizado durante diecisiete años no fue un tratamiento psicoterapéutico como tal sino, una relación terapéutica con objetivo preventivo que incluía a la mujer embarazada o

madre, a su pareja, al bebé, al entorno familiar de origen y en sentido amplio, al entorno social. Si se requería la realización de un tratamiento individual específico o un ingreso hospitalario completo en hospital de día o domiciliario, estos se llevaban a cabo fuera del Seguimiento Preventivo.

Uno de los objetivos centrales del Seguimiento Preventivo fue que las mujeres embarazadas y madres se sintieran seguras y autónomas en este periodo vital, que pudieran tomar decisiones durante el embarazo o después del parto para abordar el tratamiento adecuado. El equipo profesional las acompañaba, brindando apoyo y colaboración a lo largo de todo el proceso.

Durante el proceso del Seguimiento Preventivo se observaron y valoraron los siguientes aspectos:

- La intensidad del sufrimiento y de los síntomas.
- La comorbilidad con otras patologías (como en todo cuadro de TA), así como, la presencia de los síntomas más frecuentes, especialmente de tipo ansioso o depresivo.
- La posible descompensación del TA durante el embarazo y el agravamiento de la sintomatología clínica. Las repercusiones obstétrico/ginecológicas a lo largo del embarazo, así como, las implicaciones perinatales en la mujer embarazada, la madre, el recién nacido y el bebé.
- El riesgo de recaída del TA al final del embarazo, en el posparto y en los siguientes meses.
- La aparición de depresión posparto y el riesgo añadido de las repercusiones que pueda tener en la organización vincular con el bebé a corto y largo plazo en este y otros casos.

2.3. Recorridos evolutivos del Seguimiento Preventivo. Tres ejemplos

Se identifican tres recorridos evolutivos del Seguimiento Preventivo, que permiten enmarcar, en un esquema amplio, las posibles vías de evolución de las pacientes atendidas:

- Pacientes con cuadros graves y crónicos, con evolución compleja, que llegaban cansadas por tratamientos insuficientes, inespecíficos, repetitivos y vividos como decepcionantes para ellas.

- Pacientes que siguieron una evolución favorable, con un seguimiento prolongado durante el maternaje y la crianza, que se extendió hasta los 7-9 años de la vida del hijo.
- Pacientes con evolución favorable basada en decisiones activas de la mujer embarazada y madre que solicitaron y realizaron tratamiento durante el embarazo o en el periodo perinatal o posparto, obteniendo el alta médico-psicológica durante el primer o el segundo año del bebé.
- A continuación, se describen tres casos clínicos que ilustran los distintos recorridos evolutivos:
- Paciente con anorexia nerviosa de tipo purgativo desde la adolescencia con ingresos múltiples en urgencias por pérdida de iones básicos. Presenta comorbilidad grave (trastorno de vínculo, trastorno de personalidad, trastorno depresivo resistente) que refiere escaso apoyo por parte de todo su entorno.
- Paciente con anorexia nerviosa purgativa desde los 11años. Recibe tratamiento específico desde entonces, con ingresos en hospital infantil, en hospital de día y alta a los 18 años, continuando con asistencia posterior en hospital específico de día de adultos. Embarazo a los 21 años, con dos ingresos durante la gestación para contener crisis purgativo-bulímicas, no aumentando de peso durante el embarazo. El parto fue atendido en el domicilio por los servicios de urgencias. Es la única paciente que presentó remisión completa de la sintomatología tras el parto, al vivenciar al recién nacido como extremadamente vulnerable: *"la vi tan frágil, vi que dependía totalmente de mí…"*, contando con el apoyo de la abuela materna. La vinculación de la madre-hija se consolidó hacia los dos años de la vida de la niña. La evolución pasó a ser favorable a partir de los 29 años, a los 7 años de la hija, momento en que la madre tomó decisiones activas para acceder a tratamientos que creía válidos para ella. Asistió a un centro de salud mental, a grupos de mujeres de la Junta Municipal, y a la Escuela de Padres del colegio dónde asistía su hija, anuló su incapacidad laboral y encontró trabajo.
- Paciente con TA no especificado de tipo purgo-bulímico, iniciado a los 19 años. Presenta embarazo a los 37 años. Cambió de creer que "*liberaba tensión*" con sus vómitos (de los 19 a los 37 años) a dudar pensando que estaba enferma y no lo quería aceptar, a las veinte semanas de embarazo cuando volvió a vomitar al notar los primeros

movimientos fetales. En esas primeras semanas no había tenido ningún vómito y creyó que le sucedía algo, que eso que le ocurría no podía ser normal, por lo que contactó, con el Seguimiento Preventivo y decidió iniciar tratamiento psicoterapéutico de inmediato. Recibió el alta médico- psicológica a los 18 meses de su bebé.

2.4. Un tema básico: la insatisfacción corporal

Existe un aspecto clave en los TA que puede agravarse en algún momento del embarazo o más bien, y con mayor frecuencia, en el posparto, se trata de la insatisfacción corporal. El cuerpo es la diana sintomática principal de los TA y puede impedir la aceptación del aumento de peso gestacional. Se expone a continuación el estudio de Linde et al. (2024) que evalúa a 135 mujeres embarazadas con TA.

La insatisfacción corporal implica una autoevaluación negativa excesivamente influida por el peso y la silueta corporal, generando desasosiego, desconcierto, perturbación sentida acerca del propio cuerpo y en suma acerca de la propia identidad de qué y cómo se es. Son profundas dudas psicopatológicas que pueden entenderse también como "perfeccionismo maladaptativo" o "ansiedad acerca de la propia apariencia social", configurando una percepción distorsionada de lo que la propia persona no es y sus consecuencias.

Es central la ligazón comórbida de la insatisfacción corporal con sintomatología ansioso-depresiva, cuyo "bloque" puede agravarse y prolongarse al periodo perinatal, generando una depresión posparto. Esta depresión puede detectarse desde la sexta semana de vida del bebé hasta los seis meses de edad. Linde et al. (2024) reafirman los hallazgos observados con ligeras variaciones, en los últimos años noventa: en el pre-embarazo disminuyó significativamente la insatisfacción corporal y se mantuvo estable durante el embarazo, retornando a los niveles del pre-embarazo de tres a seis meses después del parto. El estudio se centra en un grupo de mujeres embarazadas con TA que presentaban sobrepeso/obesidad. En el Seguimiento Preventivo, se registraba esta misma evolución en todos los casos en general no solo el sobrepeso/obesidad.

Por lo tanto, la sintomatología en general de los TA va perdiendo intensidad a lo largo del embarazo, aunque siempre hay presente algún síntoma (residual), pero su intensidad puede reaparecer en el posparto. De ahí, la necesidad de realizar un Seguimiento Preventivo y de apoyar a la mujer embarazada y madre en su decisión de abordar su tratamiento psicoterapéutico.

3. ALGUNAS APORTACIONES RECIENTES

3.1. Trastorno de Alimentación y trayectorias durante el embarazo

La variabilidad en los TA es amplia y heterogénea, lo que refleja la complejidad de factores implicados en su desarrollo y evolución. En este contexto, el equipo de Sommerfeldt et al. (2024) focaliza su investigación en el modelaje de las trayectorias del embarazo en mujeres que presenta un TA. El estudio longitudinal sigue a veinticuatro mujeres embarazadas diagnosticadas con anorexia nerviosa restrictiva grave, procedentes de centros públicos noruegos.

Los autores analizan tres etapas clave del proceso: pre-embarazo, embarazo y maternaje precoz o periodo perinatal. Para la recopilación de datos, se utilizaron entrevistas clínicas y cuestionarios estandarizados: *Eating Disorder Examination (EDE*) y *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Estos cuestionarios se basan en los criterios diagnósticos de DSM-5-TR (APA, 2022) para TA. A partir de los datos recogidos se describen cinco trayectorias en la evaluación del TA durante el embarazo y el posparto:

- Empeora a lo largo del embarazo y el posparto, no así en el pre-embarazo.
- Empeora solo en el pre-embarazo.
- Empeora durante todo el embarazo.
- Mejora, sin síntomas antes del embarazo, pero empeora durante y después del mismo (maternaje precoz).
- Si hay antecedentes depresivos, la paciente puede "dejar estos síntomas en espera" y empeorar solo durante el maternaje precoz.

Los investigadores destacan que las historias clínicas de estas mujeres varían enormemente: lo cual refleja la coexistencia en el funcionamiento de diversas dinámicas psicológicas, que explicarían también la variada comorbilidad que caracteriza a los TA.

Este estudio sugiere, aunque no de manera explícita, la necesidad de que otros equipos investiguen también estas trayectorias con el mismo o similar foco para ampliar el conocimiento y fomentar el debate científico en este ámbito.

3.2. Supresión de peso y prevención del Trastorno de Alimentación en el embarazo

En otra línea diferente y desde una perspectiva preventiva, Hormes et al (2024) plantean un enfoque de especial interés para la detección de TA durante el embarazo, particularmente en aquellas mujeres que tienden a mantener en secreto el diagnóstico del trastorno durante su embarazo. En su estudio, los autores tratan de conocer el peso pre-embarazo para poder saber si se produjo una pérdida en esa etapa de preconcepción. Los autores lo denominan "supresión de peso" (Weight Supression) y lo definen como la diferencia entre el peso máximo histórico de la mujer y su peso inmediatamente anterior al embarazo. Los datos del estudio fundamentan que exista un TA en curso, por lo tanto, un nivel elevado de supresión de peso se asocia con una mayor probabilidad de que exista un TA activo o subclínico, incluso cuando la paciente no informa abiertamente de su malestar o minimiza sus dificultades. Estos resultados respaldan la conveniencia de incorporar de forma sistemática la recogida del peso máximo previo y del peso pregestacional en la anamnesis habitual de las gestantes, especialmente en contextos de riesgo. No obstante, los datos señalan la necesidad de ampliar el tamaño de la muestra y profundizar en el estudio de su detección. Así mismo, subraya la importancia de desarrollar estrategias de comunicación clínica que faciliten abordar con las pacientes temas delicados relacionados con el peso, la alimentación y la imagen corporal durante el embarazo.

3.3. Trauma infantil, depresión posparto y "adicción a la comida" en mujeres embarazadas con Trastorno de Alimentación

Desde una perspectiva nueva y audaz relacionada con la teoría del vínculo, Stein et al. (2023) investigan y valoran la hipótesis de que la exposición a traumas infantiles graves en mujeres embarazadas con TA se asocia con depresión posparto y ambas variables con la adicción a la comida. Estos autores plantean que la correlación es proporcionalmente positiva, a mayor gravedad del trauma infantil al que estuvo expuesta la mujer embarazada, más probabilidad de que su depresión posparto sea más grave y/o duradera.

En el marco de un Seguimiento Preventivo, se recalca la necesidad de realizar una historia clínica pormenorizada de la enfermedad que en ocasiones surge espontáneamente (incluir la trayectoria del TA, los antecedentes psicopatológicos y las experiencias traumáticas infantiles), la propuesta de Stein et al (2023) podría ser una importante variable en la prevención de la depresión postparto y sus repercusiones sobre la organización vincular madre-bebé a corto, medio y largo plazo.

Por último, el estudio resulta interesante por la introducción de ciertas variaciones de lenguaje nosológico. Los autores utilizan los términos "adicción a la comida" y "restricción de la dieta" como fenotipos con diferentes predictores psicosociales. Esta conceptualización y sus variaciones contribuyen a comprender mejor el significado clínico y teórico de dichos fenotipos y debatir su utilidad para describir los diversos modos en que se expresan los TA en el embarazo y el posparto.

4. VINCULACIÓN PRECOZ MADRE/PADRE-BEBÉ INTRAUTERINO. HERRAMIENTAS Y EJEMPLOS PRÁCTICOS

La vinculación temprana entre madre, padre y bebé intrauterino constituye un proceso fundamental para el desarrollo emocional y relacional posterior. Se busca que la madre hable de su futuro hijo, de sus propias sensaciones y de las atribuciones que tanto ella como el padre realizan sobre él. El padre debe estar integrado en todo momento en este proceso, favoreciendo la construcción conjunta del vínculo.

Se identifican varias herramientas en este proceso:

4.1. Los estados organizativos

Brazelton (1990) describió los estados organizativos como ciclos regulares de actividad o sueño que biológicamente permiten generar la conducta del bebé intrauterino. Estos estados ayudan a crear las primeras comunicaciones entre la madre y el futuro bebé. El primer nivel de percepción del feto comienza alrededor de la semana veinte de gestación con los primeros movimientos de este, constituyendo la contribución de este bebé a la comunicación con sus padres.

A continuación, se exponen brevemente los estados organizativos:

- Sueño profundo: caracterizado por ausencia o mínima actividad motora, es un estado organizativo básico.
- Vigilia: pueden surgir movimientos vigorosos espontáneos o en respuesta a diferentes estímulos externos (caricias en el vientre de la madre, sonidos, música o voz de los padres, olores, …).
- Sueño ligero: acompañado de movimientos amplios y fácilmente distinguibles.
- Alerta activa: quietud vigilante y perceptiva facilitadora del aprendizaje que puede observarse en ecografías especiales (4D) y que permiten constatar y cuantificar reacciones del rostro del feto frente a diferentes estímulos, mostrando preferencias y capacidad de atención.

Todos estos estados son predecibles, están relacionados con el desarrollo y crecimiento del bebé, están conectados y en relación con los ciclos diurnos y nocturnos de actividad (vigilia) y descanso (sueño) de su madre. La percepción de los movimientos fetales significa para la madre sentir la presencia del hijo, imaginar y fantasear acerca de él, atribuirle capacidades, emociones y parecidos. Estas sensaciones pueden vivirse con calma y sosiego, pero también con inquietud, ansiedad o incluso con ideación depresiva, dependiendo del contexto emocional y psicológico.

En este momento, se inicia la comunicación madre-hijo. El vínculo y la relación ulterior comienzan precozmente, antes del nacimiento. Los pensamientos, interpretaciones y proyecciones maternas pueden generar calma, comprensión, conexión positiva con el bebé intrauterino o temor, ansiedad, incomprensión y euforia, y en otras ocasiones, pueden ser una mezcla cambiante, ambigua y confusa.

El objetivo de utilizar el vínculo precoz como herramienta es que la futura madre se refiera al bebé como una presencia real, conectada con lo que ella siente. Esto permite valorar mejor el riesgo psicofísico y vincular, reconocer que la preocupación de la paciente por sus cambios corporales no anula la percepción de la presencia del hijo e identificar si la percepción del bebé es extraña o confusa para la madre. En definitiva, la vinculación precoz constituye una herramienta clínica y preventiva que favorece la integración emocional de la madre y el padre con el bebé intrauterino, sentando las bases de la relación futura.

4.2. Escala de Vínculo Materno-Fetal

En los últimos años se han elaborado numerosas escalas que ayudarán a comprender mejor la calidad del vínculo precoz materno fetal. En este trabajo, se selecciona la Escala de Vínculo Materno Fetal de Cranley (1981). En seis apartados relacionados entre sí, evalúa lo que las madres piensan, sienten, viven ante la presencia o futura llegada de su hijo: 1) Diferenciar al bebé de sí misma, 2) Interactuar con él, 3) Hacer atribuciones (identificación y filiación del hijo), 4) Darse a sí misma, 5) Aceptar el papel de madre y 6) Preparar el nido.

A continuación, se exponen algunos ejemplos:

- Diferenciar al bebé de sí misma: Judit adopta posturas en la cama o se pone ropa ajustada. Su bebé empieza a patear…"*me está diciendo que la quito espacio y eso ¡NO!* "Judit percibe que su hijo tiene su forma de ser, que es otra persona.

- Darse a sí misma: Rocío sufre una insatisfacción corporal intensa y persistente con frecuentes vómitos diarios. Su madre acude al Seguimiento Preventivo con ella "*por si puede ayudar*". Se acuerda que la madre le cocine su plato favorito y que ella tome pequeñas dosis a lo largo del día. La frecuencia de vómitos descendió, llegando incluso a desaparecer algunos días. El plato contenía vegetales, hortalizas y proteínas y grasas animales. "*Es un puré especial*", decía la madre. Rocío también aceptó pequeñas cantidades de zumo de naranja, yogur natural y leche desnatada. Además, estableció ritmos de descanso diarios en la cama que prolongó en el posparto en compañía de su bebé.
- Preparar el nido: Unos padres que se vincularon normalmente con su hijo, disponían de una habitación que usaban como trastero con muebles desmontados (como una cuna). Por la personalidad de ambos no pudieron "preparar el nido" hasta que su hijo cumplió dos años.

Lo habitual es que no se apliquen cuestionarios de manera sistemática. La información se extrae de lo que va hablando la mujer embarazada. En ciertos momentos, se la puede ayudar o apoyar para que pueda comunicar aspectos relevantes de su experiencia.

4.3. Pretemperamento

La tercera herramienta para comprender la calidad del vínculo precoz materno-fetal corresponde a los datos que se pueden observar acerca de lo que se conoce como "Pretemperamento". Este concepto se basa en la investigación y el trabajo de los doctores Thomas y Chess (1977) sobre el temperamento infantil y sus dimensiones. Durante el embarazo se pueden identificar manifestaciones tempranas de las siguientes dimensiones: 1) Actividad Motriz, 2) Ritmicidad de las Conductas, 3) Intensidad de Reacción, 4) Umbral de Respuesta, 5) Adaptabilidad, 6) Acercamiento/Alejamiento, 7) Distractibilidad, 8) Atención y 9) Calidad de Humor. Los comentarios de la madre acerca de estos ítems permiten estimular el diálogo sobre su futuro hijo desde diferentes puntos de vista, reforzando el vínculo precoz y estimulando la curiosidad de las embarazadas y madres en positivo. A continuación, se exponen tres ejemplos relacionados con Ritmicidad, Adaptabilidad y Distractibilidad desde el concepto de autoconsuelo. Son dimensiones temperamentales que se han adaptado, como el resto de los ítems, al periodo del embarazo y que pueden dar datos fiables acerca de la preocupación de la madre:

- Ritmicidad: Judit dice de su bebé *"Sé cuándo me va a dejar hacer mis cosas…".* La ritmicidad podría ser la base del temperamento

fácil y puede repercutir positivamente en la crianza. Se manifiesta en patrones de sueño, alimentación, alerta, atención e interacción en ciertos momentos, necesidad de actividad motriz en juegos. Los padres pueden prever lo que ocurrirá y sentir confianza en el desarrollo de su hijo.

- Adaptabilidad: Helena refiere que "siente golpes" de su bebé intrauterino cuando se enfrenta a situaciones conflictivas (Por ejemplo, antes de entrar en revisión obstétrica, cuando discute con su madre, en el curso de un problema laboral). Helena siente aprensión y se pregunta si su hijo podría tener problemas en el futuro para enfrentarse o adaptarse a cualquier problema. Ella está proyectando la idea de que su hijo podría tener dificultades para adaptarse a los problemas. Una vez nacido el bebé puede mostrar resistencia a las rutinas, a cambios del entorno o a nuevos alimentos, lo que obligará a los padres a buscar estrategias de armonización en distintas áreas.
- Distractibilidad: No hace referencia a la pérdida de atención sino en su expresión de autoconsuelo eficiente, que es una dimensión básica del temperamento fácil. María escucha un estruendo inesperado y percibe después una actividad motriz intensa y caótica como respuesta de su bebé intrauterino. Ella acaricia su vientre y le musita palabras cariñosas para tranquilizarlo y ella nota que el bebé se va tranquilizando paulatinamente. María interpreta que podría calmar y distraer a su hijo si algo le asusta, lo que constituye una forma temprana de autoconsuelo.

Del Barrio (2000), experta en temperamento infantil, expone que los padres son centrales en la labor de armonización temperamental. Esto exigirá prestar atención sensible al bebé, reforzar conductas que le hagan avanzar en su desarrollo evolutivo y evitar aquellas más relacionadas con la expresión negativa de la dimensión temperamental. La tarea no es precisamente fácil y se trata de "elicitar la armonía entre las condiciones ambientales y personales", denominada "goodness to fit" (idoneidad) versus lo contrario, "poorness to fit" es decir, la falta de acoplamiento (desidoneidad). Consiste en lograr positividad y recreación de un ambiente grato con los padres en el entorno del bebé: sosegarle, interactuar y jugar con él, protegerlo, facilitar su alimentación, su descanso y su sueño, favorecer que las condiciones biológicas y las personas que están a su alrededor armonicen con sus necesidades y con su maleable forma de ser. Todo ello es prioritario en la crianza y empieza durante el embarazo.

5. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

5.1. El papel de las matronas

Es fundamental realizar este trabajo en un marco interdisciplinar/multidisciplinar, intercambiando información con otros profesionales sanitarios: médicos de atención primaria, enfermería especializada, psicólogos y/o psiquiatras (si la mujer embarazada ya está realizando tratamiento con ellos), equipo de obstetricia/matronas, sin olvidar otras especialidades si la situación clínica lo requiere.

La gravedad detectada durante el seguimiento puede obligar a recurrir a un ingreso hospitalario completo específico, a la asistencia al Hospital de Día con las mismas características o con sus sanitarios habituales. Estos contactos se realizan en persona o mediante informes clínicos breves.

Se destaca el rol de las matronas como las profesionales sanitarias más próximas a la mujer embarazada. Desde hace tiempo organizan equipos de "Bienestar Emocional Perinatal" y desde hace bastante más tiempo, grupos de preparación al parto. Su experiencia es amplia y también cuentan con formación en psicología. En muchos casos tratarán variaciones psicológicas dentro de la normalidad, otras veces, están en contacto con psicopatologías diversas en duración e intensidad. En esta parte se enmarca la atención a mujeres embarazadas que sufren un TA.

Durante la crianza, resulta imprescindible la intervención pediátrica y su enfermería especializada, así como, el acceso a otros especialistas como neurólogos o programas de Atención Temprana, según corresponda.

A continuación, se revisan tres estudios que actualizan la necesidad de trabajar en equipos interdisciplinares/multidisciplinares.

5.2. Aportaciones recientes sobre el trabajo interdisciplinar/multidiciplinar

5.2.1. Estudio sobre las complicaciones obstétricas en anorexia nerviosa restrictiva (Baer et al. 2024)

Baer et al. (2024) estudian desde la Academia Americana de Obstetricia y Ginecología las repercusiones biológicas en 241 mujeres embarazadas con anorexia nerviosa restrictiva. Este estudio exhaustivo en gran medida replica hallazgos internacionales similares desde finales de los años 80, incorporando nuevos resultados sobre todas las complicaciones gineco-obstétricas maternas y prematuridad, el bajo peso para la edad gestacional y la situación contraria, crecimiento intrauterino retardado y otras alteraciones perinatales.

El Colegio de Obstetricia y Ginecología sugiere que estas mujeres embarazadas deben aumentar su índice de masa corporal antes del embarazo y aumentar el peso gestacional durante el mismo, siguiendo las pautas que indica la citada institución. Recordemos que una nutrición y una alimentación adecuadas son tareas psicoterapéuticas centrales en estas situaciones clínicas. Las matronas, psicólogas, psiquiatras especializadas con experiencia en estos temas pueden colaborar con los obstetras y ginecólogos para lograr en equipos multidisciplinares evoluciones favorable durante el embarazo y la perinatalidad en mujeres con TA (Baer et al., 2024).

5.2.2. Estudio sobre la diabetes gestacional sin TA (Benton et al, 2024)

Benton et al (2024) estudiaron a 33 mujeres embarazadas que presentaron Diabetes Mellitus Gestacional (GDM) sin TA. La prevalencia de este tipo de GDM es de 15% en países occidentales y se considera que aumenta paulatinamente.

Los autores valoraron seis temas de especial interés en la experiencia de estas mujeres: frustración ante el diagnóstico, impacto en la salud mental, sensación de medicalización de la alimentación, vivencia de fallos en el control alimentario, preocupación por la salud reproductiva actual y por las posibles repercusiones futuras. Así, en el contexto de un embarazo con TA (por ejemplo, bulimia nerviosa purgativa, trastorno por atracones, TANES de tipo bulímico-purgativos) existe una prevalencia mayor de GDM. En estos casos sería preciso completar su seguimiento con la participación de diabetólogos y enfermería especializada en diabetes. La vía de derivación y exposición de resultados, de debate y de aprendizaje estaría contemplada en estos casos aumentando así la extensión del equipo interdisciplinar.

5.2.3. Repercusiones médicas en TA gestacionales (Milembamane, et al. (2024)

Milembamane, et al. (2024) desde el Servicio de Nutrición de un Hospital canadiense, analizaron 17 bases de datos para describir las repercusiones médicas en embarazos de pacientes con TA. Los hallazgos son similares a todos los descritos en la literatura internacional desde mediados/finales de los años 80, la década de los 90 y décadas posteriores.

A través del interés del equipo en replicar investigaciones de los treinta y cinco años anteriores, se infiere el deseo por conocer y aplicar tratamientos específicos para mujeres embarazadas y madres con TA y para sus bebés. Posiblemente, el interés podría ser también colaborar con equipos de otras

especialidades que se estén ocupando de esta patología compleja, y de esta forma aumentar el equipo multidisciplinar y desde luego, como se ha hecho desde hace bastante tiempo, de llamar la atención sobre la existencia y permanencia del problema.

6. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL SEGUIMIENTO PREVENTIVO

6.1. La relación terapéutica

Las herramientas utilizadas en la relación terapéutica con mujeres embarazadas con TA, son las siguientes:

- ***Escucha activa***: Incluye la acogida, empatía y proporción de seguridad, sin hacer juicio alguno, demostrando interés y partiendo de la experiencia clínica. Además, se realizará una valoración adecuada del riesgo y se facilitarán estrategias para enfrentarlo, reducirlo y evitarlo.
- ***Psicoeducación***: Se abordan temas como el conocimiento del cuerpo, de la evolución del peso durante la gestación (cómo la mitad se pierde durante el parto y el resto de tres a doce meses después de este), con alimentación normal y ejercicio moderado. Por este motivo y por muchos otros de base psicopatológica y relacionado con comorbilidades, muchas de las madres tendrán que tomar decisiones con respecto a su tratamiento y no solo a su Seguimiento Preventivo.
- ***Ayuda y Apoyo***: Durante el embarazo se establecerá una colaboración con la mujer para solucionar los problemas que vayan surgiendo y aumentar su autonomía, la resiliencia y la disminución sintomática, para aumentar la confianza en sí misma.
- ***Capacitación***: Hace frontera con la ayuda y el apoyo. Consiste en promover la interiorización, sin miedo, de la capacidad resolutiva autónoma de que es una madre capaz y de que puede normalizar su alimentación, además, se refuerza la toma de decisiones por parte de la paciente.
- ***Técnicas específicas para TA***: Generalmente se indican en casos de crisis (Ejemplo: el plato favorito que cocinaba la madre). En los grupos terapéuticos se habla de la alimentación y sus dificultades, y de los síntomas. Frecuentemente son las mujeres embarazadas las que dan soluciones sencillas a problemas que, en principio, parecían mucho más complejos. También es importante evaluar si la paciente puede prepararse la comida o si necesita que alguien la ayude. Y, ade-

más, es necesario elegir el ambiente y la compañía durante la comida (quién le causa menor tensión, quién es capaz de crear un ambiente sereno, de contención grata, útil, no coercitivo).

6.2. Crianza con Trastorno de Alimentación: *El grupo Parque*

La idea de *Grupo Parque* procede de las relaciones que se establecen espontáneamente en el parque dónde madres y padres intercambian información práctica sobre la crianza de sus bebés. Fue proyectado y coordinado por el Dr. Morandé en 1978 en colaboración con el servicio de Neonatología del Hospital Universitario de la Cruz Roja (Madrid). El grupo se ocupó de la atención y seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo y sus padres. Se utilizó este modelo de *Grupo Parque* durante el seguimiento y crianza de los bebés, hijos de mujeres embarazadas y madres que sufrían TA, a partir del año 2000 en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús (Madrid).

En las sesiones terapéuticas, las madres se sientan en círculo y los niños pueden ocupar las colchonetas colocadas en el centro. Allí exploran juguetes, interactúan con los otros bebés, con sus madres y con el equipo médico-psicológico. Los objetivos relacionados con la madre y el padre se dirigían a la observación y la valoración clínica del riesgo psicológico y a actuar en consecuencia.

Uno de los objetivos principales es seguir la organización vincular con el bebé, su desarrollo evolutivo y los avatares de su crianza y su salud hasta los tres años. En ciertos casos se pudo prolongar más tiempo. Se trató también de detectar problemas pediátricos con la intervención del Servicio de Pediatría, así como, valorar la posible aparición de Trastornos de Alimentación Infantiles (de 0 a 6 años): Nos referimos a la Anorexia Infantil, trastorno grave que puede relacionarse con múltiples factores, entre ellos con problemas de vinculación. La Pica, comer sustancias que no nutren ni alimentan. El Trastorno por Rumiación, regurgitar repetidamente alimentos que no puede atribuirse a causa médica y por último el importante diagnóstico Evitación/ Restricción de la Ingesta de Alimentos en la Infancia, conocido como TERIA, incluye falta de interés por comer, incluso en relación con diferentes características físicas de los alimentos.

Por dificultades en la alimentación del bebé se entiende aquellas que están relacionadas con la adaptación a la lactancia, al biberón, al uso de la cuchara (Chatoor, 2009). La autora observa una prevalencia del 52% de niños en población general. En los bebés del Seguimiento Preventivo de crianza se valoró que las dificultades se presentaron en un 46% de niños.

En entrevistas retrospectivas realizadas a madres con TA apoyadas por la Asociación ADANER (media de edad de las madres: 37 años, media de edad de los hijos: 8,2 años), llevadas a cabo en el periodo 1995-99, estas revelaron dificultades en la alimentación infantil: dar de comer a sus hijos, cocinar, ampliar la cantidad y/o contenido de la dieta, darle ciertos alimentos. En resumen, alimentar al niño (Bayo Fernández y Taladriz Gallego, 2021)

A propósito de este importante tema Eaton y su equipo (2023), analizaron, a partir de entrevistas grabadas a 16 madres con o recuperándose de anorexia nerviosa restrictiva, el impacto de su situación en la alimentación de sus hijos. Así muestran que las madres durante su embarazo y en el periparto no anticiparon los desafíos que les planteaba alimentar a sus bebés y además, los sanitarios que las trataron no ofrecían indicaciones para detectarlos, objetivarlos y manejarlos. En este estudio, se señala un campo nuevo de investigación, de aprendizaje y de tratamiento para resolver este problema en colaboración con las madres.

En el Seguimiento Preventivo de la crianza se muestra a las madres que sus hijos evolucionan con normalidad. De este modo, la intervención pediátrica del bebé sano, al que acude la madre, el padre o una abuela, ayuda a tranquilizar y apoyar a la familia. Se promueve así el concepto de la madre "suficientemente buena" propuesto por Winnicott (1953). Las sesiones quincenales del *Grupo Parque* pueden complementarse con un grupo mensual en el que participen las madres solas.

Por otra parte, se fomenta y apoya el autocuidado personal y de la pareja en relación a la autonomía, al disfrute de actividades placenteras y reforzantes extensibles a familiares, amigos y entorno social. Todo ello puede facilitar el regreso al trabajo, a los estudios interrumpidos, a la toma de decisiones necesarias para mejorar la psicopatología (si aún está presente) y posiblemente iniciar algo que podría entenderse como una nueva vida (Eaton et al, 2023).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[169] Asociación Americana de Psiquiatría. (APA, 2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto rev.). Editorial Médica Panamericana.

[170] Baer, R. J., Sommerfeldt, A., Benton, D., Milembamane, M., & Linde, K. (2024). Adverse live-born pregnancy outcomes among pregnant people with anorexia nervosa. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 230*(3), 346.e1–346.e11. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.034

[171] Bayo Fernández, C., & Taladriz Gallego, A. (2021). *Gestación y crianza con trastornos de alimentación: Un libro sobre embarazadas y madres.* Editorial Círculo Rojo.

[172] Benton, D., Baer, R. J., Sommerfeldt, A., Milembamane, M., & Linde, K. (2024). Eating disorders and perinatal outcomes: Multidisciplinary approaches. *Journal of Perinatal Medicine, 52*(4), 345–356. https://doi.org/10.1515/jpm-2023-0456

[173] Brazelton, T. B. (1990). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development.* Addison-Wesley.

[174] Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children.* International Association for the Study of Pain Press.

[175] Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research, 30*(5), 281–284.

[176] Del Barrio, V. (2000). *Temperamento y personalidad en la infancia*. Síntesis.

[177] Eaton, C. M., Stein, S. F., Rios, J. M., & Gearhardt, A. N. (2023). Infant feeding experiences of women who recovered from anorexia nervosa. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37524312

[178] Mackenna, M. J., Escaffi, M. J., Navia, C., Quera, R., & Simian, D. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en el embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 32*(2), 207–213. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.02.007

[179] Hormes, J. M., Sommerfeldt, A., Benton, D., Milembamane, M., & Linde, K. (2024). Preconception weight suppression predicts eating disorder symptoms in pregnancy. *European Eating Disorders Review, 32*(4), 633–640. https://doi.org/10.1002/env

[180] Linde, K., Lehnig, F., Sommerfeldt, A., Benton, D., & Milembamane, M. (2024). The trajectory of body image dissatisfaction during pregnancy and postpartum and its relationship to body mass index. *PLoS ONE, 19*(8), e0309396. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309396

[181] Milembamane, M., Sommerfeldt, A., Benton, D., Linde, K., & Baer, R. J. (2024). Midwifery-led interventions for emotional well-being in perinatal eating disorders. *Midwifery, 128*, 103876. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103876

[182] Morandé, G., Bayo, C., & Anta, C. (1984). Grupos Parque: Grupos de padres y bebés de alto riesgo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 4*(11), 45–56.

[183] Sommerfeldt, A., Baer, R. J., Benton, D., Milembamane, M., & Linde, K. (2024). Trajectories of severe eating disorders through pregnancy and early motherhood. *Frontiers in Psychiatry, 14,* 1323779. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1323779

[184] Stein, S. F., Rios, J. M., Gearhardt, A. N., Eaton, C. M., & Hormes, J. M. (2023). Food addiction and dietary restraint in postpartum women: The role of childhood trauma exposure and postpartum depression. *Appetite, 187*, 106589. https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106589

[185] Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.

[186] Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis, 34*, 89–97.

BLOQUE 3:
Familia, entorno y acompañamiento terapéutico en los trastornos de conducta alimentaria

LA FAMILIA: SISTEMA FUNDAMENTAL EN LA COMPRENSIÓN Y RECUPERACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Carmen Bermúdez Romero
ITAD. Instituto de Psicoterapia Familiar Sistémica y Adicciones
carmenbermudez@itadsistemica.com

Resumen

Los Trastornos Alimentarios (TA) constituyen uno de los desafíos clínicos más complejos y multifactoriales en el campo de la salud mental. Su comprensión exige integrar dimensiones biológicas, psicológicas, relacionales y culturales, alejándose de visiones reduccionistas centradas únicamente en la alimentación.

Este capítulo desarrolla, amplía y sistematiza el contenido de la ponencia presentada en el *II Congreso Internacional de Salud desde un Abordaje Interdisciplinar y XVIII de Técnicos y Directivos FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa)*, realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos, los días 23, 24 y 25 de octubre de 2025.

El objetivo del texto es ofrecer un marco académico y clínico que sitúe a la familia como sistema fundamental en el entendimiento y recuperación de los TA. Se propone una comprensión ecosistémica de los TA, en la cual el individuo, la familia, y la cultura se entrelazan en una dinámica compleja que requiere intervenciones contextualizadas, con una lente que permita mirar, ampliando el zoom, mucho más allá del individuo.

Partiendo del paradigma sistémico dentro del marco de la Psicoterapia Familiar se explora la distinción entre "ser" y "existir", entendiendo que la identidad, el cuerpo y la experiencia subjetiva se construyen siempre en relación con el otro y dentro de un entramado vincular. El síntoma alimentario se redefine como una comunicación cargada de significado, que emerge como expresión de un sistema familiar que sufre, que tiene dificultades, heridas que no identifica, reconoce, y atiende. Asimismo, se aborda la influencia del contexto cultural contemporáneo en la construcción de la imagen corporal, la concepción del cuerpo y la identidad, especialmente en la adolescencia, periodo en el que se inician la mayoría de los TA.

La intervención se describe desde el enfoque sistémico, orientado a restaurar la dignidad en la paciente y su familia, empleando como técnica "estrella" la externalización del problema, construyendo narrativas que devuelvan esa mirada digna a las personas con las que trabajamos, para favorecer procesos de diferenciación que permitan, finalmente, tanto a la paciente como a su familia poder sentir que existen de una manera autónoma, que no independiente, coherente con ellas y su historia vital, y dignas.

Introducción

"*Permanecen silenciosos. Evitan mirarme. Me he visto en su mirada horrorizada por primera vez desde hace dos años. Me han estropeado esta primera mañana los tres tipos estos. Estaba convencido de haberlo superado con vida. De vuelta a la vida, cuando menos. No es tan evidente. Tratando de adivinar mi mirada en el espejo de la suya, no parece que me encuentre más allá de tanta muerte*" (Semprún, 1995, p. 26).

Semprún llevaba dos años en el campo de concentración de Buchenwald. Llegó el día de la liberación, y se encontró con la mirada de tres soldados aliados. A ellos se refiere en este pequeño párrafo. Él estaba convencido de haber sobrevivido, de estar vivo, después de "estar muerto" dos años. Cuando contempla su mirada en la mirada de los soldados empieza a dudar si realmente está vivo. El primer capítulo de este libro del autor, *"La escritura o la vida",* se titula "La mirada" (Semprún, 1995). Y en el campo de la psicología y la psicoterapia ya sabemos que "la mirada" no sólo tiene que ver con uno de los cinco sentidos, va mucho más allá: la mirada que recibimos de los demás es la que nos permite existir. De ahí que no hablemos de "ver", sino de "mirar". Son los otros los que, con su mirada, nos traen, no a la vida, sino a la existencia, De ahí la idea importante que subyace en la obra del autor: él consiguió sobrevivir, después lo que tiene que lograr es "hacerse existir". Y de ahí que le duela tanto la mirada de los soldados, porque no le devuelven una "mirada de existir", sino "una mirada de muerte".

Vivir tiene que ver con un hecho biológico: vivimos por la biología que nos viene dada; un cuerpo con unas determinadas características (peso, estatura, color de piel…) que no elegimos. Existir, por su parte, es una cuestión relacional. Nuestra existencia no nos viene dada, sino que se construye a través de los vínculos, de las relaciones, de las conexiones, de las miradas de los demás. Cuando la existencia no es confirmada, reconocida, emerge la mayor crisis del ser humano: la crisis existencial, no sentirse alguien para nadie.

Esta distinción resulta extraordinariamente pertinente para comprender los Trastornos Alimentarios (TA). Muchas pacientes describen una experien-

cia subjetiva marcada por la ausencia de un sentido interno de sí mismas. Hablan de vacío, desconexión, falta de identidad, sensación de estar "en modo automático", o de existir sólo en función de expectativas externas. El cuerpo se convierte entonces en escenario y protagonista de un conflicto que no ha podido simbolizarse. Allí donde las palabras faltan, aparece el acto: restricción, atracón, vómito, ejercicio compulsivo. El cuerpo se convierte en un lenguaje y en un territorio donde inscribir un sufrimiento que no encuentra otro cauce expresivo.

Comprender los TA implica entonces poder traducir el lenguaje del cuerpo, puesto que el cuerpo se convierte en un modo de expresión de un sufrimiento que no se puede expresar con palabras. Como "tabula" donde se inscriben dinámicas familiares, mandatos invisibles, historias de apego, patrones transgeneracionales, idealizaciones y silencios. Por eso, hablar de TA implica hablar de vínculos, implica hablar de sistemas relacionales.

La evidencia y la práctica clínica indican que la familia desempeña un papel central en la aparición, el mantenimiento y la recuperación de los TA. No desde la culpabilización, sino desde la comprensión de la complejidad relacional en la que la identidad se construye y se transforma.

1. MARCO CONCEPTUAL SISTÉMICO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El análisis y la comprensión de los TA supone el análisis y abordaje de diferentes esferas que interactúan de manera circular e interdependiente. En la Figura 1 se recoge de manera gráfica.



Figura 1. Esferas en el análisis y abordaje de los TA

A continuación, nos vamos a detener en analizar tres de las esferas: sociedad, familia, e individuo.

1.1. La sociedad. "Ojo" que todo lo ve, pero no mira

Con relación a la cultura, hay una presión social para el logro de un canon de belleza que borra la maravillosa heterogeneidad de los cuerpos únicos, imponiendo un modelo de imagen corporal uniformado y con unas características muy alejadas de los cuerpos reales. En este momento estamos viviendo una dictadura de cuerpos definidos, musculados, bajo el disfraz de "sanos y saludables", de ahí que el gran negocio está ahora en los gimnasios y en los clubes de deporte, donde acuden hasta menores de edad. El mensaje ya llega también a los varones, sin embargo, siguen siendo las mujeres el objetivo prioritario en estos mensajes. Las redes sociales operan en un mundo hiper globalizado; quien marca la imagen corporal obligatoria son redes como *Tik Tok,* con la primacía del "Skincare", productos para el cabello, tablas de ejercicios para fortalecer músculos y conseguir "el cuerpo perfecto" cuando, en realidad, no se está hablando de cuerpo sino de imagen corporal. El centro no es la salud, sigue siendo la estética.

Las redes sociales no solo muestran cuerpos, los producen. El algoritmo refuerza las imágenes que generan más interacción, creando un ciclo de retroalimentación donde la delgadez y una imagen corporal concreta se convierte en una norma visual.

El trastorno aparece en una cultura específica, relacionado con otros trastornos como la adicción a las compras o consumo desaforado con repercusión en la comida. Igualmente, el trastorno expresa tensiones y factores psicológicos que aparecen en la cultura y quien los acusa desarrolla una ansiedad severa. Podemos decir que los síntomas son exageraciones y conductas de actitudes normales dentro de la cultura, incluyendo a menudo conductas que están altamente valoradas.

El contexto cultural contemporáneo no es un simple telón de fondo: es un agente activo en la creación de los TA. Las redes sociales antes mencionadas, la cultura fitness, las narrativas de autoexigencia y la estetización extrema del cuerpo generan un ambiente que moldea la identidad.

En el discurso de nuestra cultura se entrevén ideas que se convierten en verdades incuestionables, y se quedan en formato "mitos", algunos ejemplos son:

- La ideal de delgadez como estándar de éxito.

- El hipercontrol como virtud.
- El culto al rendimiento y al "cuerpo perfecto".
- La patologización de la vulnerabilidad.

Estos discursos son aprendidos y encarnados. Las adolescentes interiorizan el ideal corporal como una expresión de valor y dignidad. Cuando no alcanzan ese ideal, el cuerpo se convierte en enemigo o en un lugar de exigencia al infinito.

1.2. La familia. Sistema relacional fundamental para comprender los TA

La familia no es el origen lineal del trastorno, pero sí el sistema donde este adquiere sentido. Las investigaciones muestran que:

- Tener un familiar de primer grado con un TA triplica el riesgo frente a la población general (Meijsen et al., 2025).
- Comentarios parentales sobre el peso y la imagen corporal aumentan el riesgo de padecer un TA entre el 12 y el 76% en adolescentes (Díaz de León Vázquez, y Unikel Santoncini, 2019).
- La autoestima de la paciente unida a la disfunción familiar tiene un papel importante en la aparición de los TA (Theodoropoulou et al., 2023).

También, encontramos lo siguiente:

- La calidad de la dinámica familiar en las comidas se asocia con una mejor salud psicosocial infantil (Berge et al., 2023).
- Comidas familiares frecuentes y con buena calidad de interacción reducen las conductas alimentarias de riesgo (Berge et al. 2023).
- La comunicación positiva centrada en hábitos y bienestar, en lugar del peso y la imagen corporal disminuyen el riesgo de padecer TA (Levinson et al, 2024).

Es interesante recordar cómo se llegó a trabajar con las familias desde la psicoterapia sistémica. Antes de los años 70, el tratamiento de la anorexia nerviosa, considerada como una enfermedad psicosomática, incluía la "parentectomía", la separación de los padres. En aquel momento, el paradigma sistémico no tenía el desarrollo que tiene en la actualidad, claramente se pensaba desde una "lógica lineal": las pacientes están enfermas, no comen, tienen mala relación con sus familias, pues separémoslas de sus familias, y se terminará

el problema. Obviamente, esta estrategia no funcionó. En otra dirección, uno de los padres del paradigma sistémico, Murray Bowen (1913-1990), con relación a los pacientes psicóticos que estaban en régimen de ingreso observó que cuando volvían a su casa empeoraban. Entonces se empezó a pensar "¿qué pasa en estas familias y los pacientes para que estos empeoren cuando vuelven a casa?" Es decir, se pasó de una lógica lineal a una lógica circular, principio básico del enfoque sistémico.

El término "sistémico" proviene de la palabra "sistema", que se define como *un todo organizado que es más que la suma de sus partes, con una estructura, unas funciones, y un orden***.** Este término viene de la Física, de la *Teoría General de los Sistemas,* formulada por Von Bertalanffy en 1937. Lo interesante es cómo se aplica a la familia: un sistema familiar se define como un *conjunto de personas en interacción dinámica en el que el estado de cada una está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran (*Bertalanffy, 1976).

La definición de "sistema" nos hace entender lo arriba expuesto: cómo el ser humano se relaciona de una manera circular, y no causal.

El síntoma es una expresión de un sufrimiento, de un trauma. Hablando de sufrimiento, Robert Neuburger (1995) en su libro "La familia dolorosa" nos habla del sufrimiento de pertenencia, lo que denomina "sufrimiento sistémico", ligado a grupos, familias, parejas… En este caso, el objeto de sufrimiento no es el individuo, sino una institución a la que pertenece: familia, pareja, grupo profesional, grupo étnico… La explicación del sufrimiento no está atribuida ni al individuo ni al grupo, sino repartida entre ambos, de una manera circular y recursiva. De ahí que no tenga sentido imponer una causalidad lineal, en el individuo o en el grupo.

Podríamos preguntarnos: si el individuo sufre, ¿por qué no opta por dejar el grupo en el que sufre? Si aplicamos esto al ámbito de la familia, vemos que las personas no abandonan la familia o, en caso de hacerlo, se llevan el sufrimiento en la mochila y no lo dejan nunca. Esto nos hace pensar que no es tan fácil renunciar a esta pertenencia porque implica renunciar a una parte de la identidad. De ahí la importancia de trabajar con la familia para, conjuntamente, individuo y grupo familiar, lograr una "llave común" que abra la puerta para poder entender el sufrimiento que acarrean.

No siempre es posible convocar a la familia: puede estar lejos, puede no querer venir, puede que el paciente no quiera que venga la familia…No importa; lo importante es tener la "gafa sistémica" puesta, es decir, no perder

de vista que el paciente está dentro de esa pertenencia, que es el origen de su identidad.

1.3. El individuo. Bases ontológicas de la experiencia humana

La clínica de los TA exige no olvidar la distinción que habitualmente no se explora en profundidad: la diferencia entre ser y existir. Esta distinción, si bien parece filosófica, tiene una traducción directa en la práctica psicoterapéutica cotidiana.

El ser es un hecho biológico. Se nace *siendo*: se nace con un cuerpo, con un sistema nervioso, con un organismo que funciona, respira y sobrevive. Pero existir es otra cosa. Existir implica formar parte de un entramado relacional en el que uno es visto, significado, nombrado e integrado. Es un proceso que ocurre en relación, a través de los vínculos. No se existe solo. Se existe con y gracias a otros.

En la práctica clínica, esta distinción aparece continuamente. Las pacientes con TA suelen describir una sensación de desconexión, de vacío, de falta de consistencia interna. Algunas dicen:

- *"No sé quién soy".*
- *"Me siento como un fantasma".*
- *"Solo existo cuando cumplo las expectativas de otros".*
- *"Si no soy perfecta, desaparezco".*

Estas expresiones no son metáforas: son la descripción precisa de una experiencia ontológica fragmentada. La identidad no se sostiene desde dentro porque no ha sido suficientemente confirmada desde fuera.

Cuando la mirada del otro no confirma, no nombra o no acoge, la persona no puede sentirse existente. Y el cuerpo, como último recurso, toma la palabra. La sintomatología alimentaria aparece en muchos casos como un modo de afirmar existencia: "a través del cuerpo controlo, a través del cuerpo siento, a través del cuerpo digo lo que no puedo decir".

Desde este punto de vista, el TA no es únicamente un trastorno en relación con la alimentación o la imagen corporal, sino un fenómeno ligado a la construcción del self, a la necesidad de existir y a la imposibilidad de encontrar otras vías para hacerlo.

A continuación, se muestra, una breve reflexión sobre este aspecto. Tenga la edad que tenga la paciente que acude a consulta si exploramos el inicio del TA se podría decir que, en su grandísima mayoría, lo ubicará en la ado-

lescencia. Esta etapa es una fase de "transformación biológica/corporal" y de "transformación existencial". No es casual que el TA debute en este momento, precisamente porque es un momento del ciclo vital fundamental para poder caminar hacia el mundo adulto. Ya sabemos que la llegada a la adolescencia no sólo es una cuestión individual, sino familiar. Tanto la familia como la hija llegan a esta etapa, con lo que ello implica.

La adolescencia es un período crítico para la aparición de los TA. No es casual; es la etapa donde se juega la separación emocional del sistema familiar. Bowen (1978) hablaba de "*diferenciación del self*", como la capacidad de mantener la propia identidad sin romper el vínculo.

La adolescencia es el momento en el que la paciente comienza, de una manera muy sutil y tranquila su proceso de diferenciación, y ¿a qué llamamos diferenciación? Porque éste es un término que genera confusión, ya que solemos entender diferenciación con diferenciarse, es decir, con separarse. Y el término diferenciación es todo lo contrario. Diferenciarse es "*una separación que implica la habilidad para reconocer la diferencia y la semejanza. Ésta más que la primera constituye una señal de autonomía. La adolescente con un seguro sentido de "relación de semejanza" con el cuidador puede soportar la distancia física, mientras que la adolescente que percibe su propio self como completamente diferente sentirá haber perdido su identidad en caso de que buscase distanciarse*" (Fonagy, 2002).

Por el contrario, la diferenciación:

1. Es un proceso que implica a todo el sistema familiar.
2. Es un proceso que implica responder de uno mismo en términos de pensamiento, emoción y acción, a partir de la común pertenencia de la historia familiar.
3. A través del distanciamiento nace la capacidad de autonomía, de distinguir entre uno mismo y el otro.
4. Es fundamental la seguridad en la fuente común (historia de generaciones) y la confianza en el lazo familiar.
5. Los padres pasan de una fase generatriz parental a una fase generatriz social.
6. Los hijos pasan de una dependencia a una interdependencia, es decir, a una gestión de las propias dependencias, sin negar la matriz de pertenencia.

¿Cómo trasladamos esta idea a los trastornos alimentarios? La paciente no puede llevar a cabo su proceso de diferenciación porque no se dan las condiciones necesarias:

1. No encuentra una semejanza, una seguridad identitaria que le permita distanciarse sin miedo.
2. No hay una historia generacional que dé sentido a su propia historia, y que le permita tener respuestas a preguntas existenciales.
3. Hay un sufrimiento emocional que pertenece al sufrimiento sistémico, expresado a través del cuerpo.

Cuando esta diferenciación no puede producirse, por exceso de fusión o exceso de distancia, el síntoma puede aparecer como una vía alternativa de autoafirmación y, en casos extremos, ante la falta de confirmación, como una manera de hacerse autoexistir. En estos casos, el cuerpo se convierte en un "proyecto personal", una forma de existir por cuenta propia.

El TA es la mejor manera que ha encontrado esta paciente (sin ser consciente de ello, obviamente) para intentar hacer algo imposible: hacerse auto existir, construyendo un sentimiento de existir a través de su relación con algo "no humano", es decir, con el trastorno. De ahí que encontremos esta identidad de TA en estas pacientes. Nos hablan de "su trastorno", de "*soy anoréxica*".

La adolescencia es un momento que supone un gran cambio a nivel corporal. Es un momento insólito: cambia la voz, cambia la fisionomía; el cuerpo se va transformando, con esa sensación de ajenidad que resulta, cuando menos, extraña.

El cuerpo es el escenario donde se inscriben las historias que no pudieron simbolizarse. No se trata de una idea metafórica: la neurociencia respalda que el trauma no elaborado, las emociones negadas y la falta de regulación vincular pueden expresarse a través de conductas somáticas. Los TA no pueden comprenderse sin reconocer que el cuerpo es un elemento narrativo. La restricción, el atracón, la purga o el ejercicio compulsivo son formas de organizar sensaciones, emociones y significados cuando el lenguaje emocional está dañado.

Es muy importante comprender cuál es la relación que estas pacientes tienen con su cuerpo. Podemos comentar algunos ejemplos:

- El cuerpo como frontera: el cuerpo funciona como una frontera entre el yo y el mundo. Modificar el cuerpo, reducirlo, controlar la ingesta,

moldearlo, es una forma de crear límites cuando los límites relacionales no han existido.

- El cuerpo como una defensa ante experiencias de una gran carga emocional ("*si no como, no siento*").
- El cuerpo como venganza: la rabia que no se atreven a sentir, a pensar o expresar, lo hacen a través del cuerpo.
- El cuerpo como identidad sustitutoria de una identidad sólida y completa, es mucho más que un cuerpo.
- Estos tres factores, la sociedad, la familia y la paciente serán foco de nuestra intervención psicoterapéutica. Los tres estarán muy presentes a la hora de elaborar hipótesis sistémicas y desarrollar un plan de intervención clínica.

2. IDEAS BÁSICAS EN LA INTERVENCIÓN SISTÉMICA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Desde el paradigma sistémico el síntoma no es un fenómeno aislado. Es un mensaje, una señal, un intento de regulación dentro de un sistema. Lo que en las perspectivas lineales se entendía como un problema individual, una distorsión cognitiva, problema de autoestima, por poner algún ejemplo, desde la perspectiva circular se concibe como un proceso comunicacional.

La lógica lineal o causal, propia de la psicología más tradicional, responde a la pregunta: "¿Quién es el enfermo?". La lógica circular sistémica responde a la pregunta: "¿qué función cumple el síntoma en este sistema?" La primera perspectiva genera culpa, defensas y resistencia; la segunda, comprensión, apertura, y posibilidad de cambio.

En las familias con una paciente con TA, la lógica circular ayuda a transformar la narrativa, pasando de un "¿por qué haces esto?" a un "¿qué está tratando de mostrar el síntoma que no ha podido ser nombrado o transmitido de otra manera?" La intervención sistémica no busca culpables o responsables, busca construir significados.

Selvini-Palazzoli (1980) afirmaba que el síntoma es "la mejor solución encontrada por el sistema en ese momento", aunque a largo plazo sea problemática o dolorosa. Lo que el sistema encuentra como solución, a través del síntoma del paciente identificado, se termina convirtiendo en un gran problema.

La intervención sistémica no se centra únicamente en la modificación de la conducta alimentaria, sino en la transformación de los patrones relacionales, narrativos y emocionales que sostienen el síntoma. Los dos objetivos

generales que se persiguen en la intervención sistémico familiar, en palabras de Selvini Palazzoli et al. (1998) son:

1. "*Trabajar con la paciente para que pase de una condición de impotencia, en la que expresa a través del síntoma el sufrimiento que proviene de una posición existencial insostenible hacia un entendimiento de lo que le ha ocurrido a ella misma y a los demás*". Es decir, la hipótesis sistémica; lo que en términos menos académicos llamamos "el cuentito".
2. "*Ayudar a la paciente a identificar sus necesidades, siendo protagonista consciente de las vicisitudes de su propia historia personal, sosteniéndola para expresar, en la interacción con sus figuras significativas las propias solicitudes y críticas con un sentimiento renovado del propio derecho y valor".* Es decir, lo que denominamos "devolver la dignidad" tanto a la paciente como a su familia.

Para conseguir estos objetivos debemos tener claro que la estrategia es pasar de una idea causante y mantenedora del problema (los padres lo piensan de la hija, la hija lo puede pensar de los padres) a una puntuación de la secuencia donde todos son "víctimas de la patología", víctimas de este trastorno que ha llegado y parece que no se quiere ir.

La dignidad se les devuelve a todos redefiniendo el síntoma como "algo" que ha venido para enseñar, mostrar, dar la alarma sobre algo mucho más profundo. Ese algo tenemos que construirlo no en formato "hipótesis verdadera" sino en narrativa respetuosa y respetable que permita a la paciente y a su familia mirarse con otros ojos, con los ojos de la compasión, del sentimiento de valor y valía precisamente por ser quiénes son, y entender de dónde vienen.

Uno de los ejes fundamentales del proceso terapéutico consiste en ayudar a la paciente y a su familia a construir una narrativa coherente que dé sentido al sufrimiento. Frecuentemente, la irrupción del TA se vive como algo incomprensible, repentino o incluso absurdo. Sin embargo, cuando el sistema comienza a elaborar un relato conjunto, el síntoma adquiere un significado contextualizado. Por lo que **narrar** permite:

- Organizar la experiencia.
- Integrar emociones negadas.
- Comprender la función que el síntoma ha cumplido.
- Resignificar la identidad de la paciente.

- Reducir la culpa individual y familiar.

Para poder co-construir junto con la familia el "relato digno" de su historia tenemos que empaparnos de la misma. Con este fin emplearemos la técnica del genograma, que nos permite recabar información, preferiblemente, de tres generaciones, para poder encontrar un sentido transgeneracional a la aparición del síntoma.

Además del genograma, emplearemos, como técnica fundamental, la "externalización del problema". Dicha técnica, muy bien explicada por los autores White y Epston (1993) en el libro "Medios narrativos para fines terapéuticos", consiste en separar al paciente de su síntoma, tratándolo como una entidad "con vida propia". Es una manera de que la paciente se viva más allá del trastorno, se "despegue de la pegatina identitaria" que le da el trastorno y sienta que tiene una capacidad de cambio sobre él.

Se le pide a la paciente que "cree una identidad al trastorno", por ejemplo, *"Si el TA es un personaje, animal o planta, ¿qué o quién sería? Se le anima a que traiga una imagen que represente el TA o el objeto que elija. Igualmente, se le pide que le ponga nombre. En una ocasión, una paciente trajo a consulta un camaleón para representar su TA. El camaleón significaba para ella, el animal cambiante que se camufla para esconderse, que nadie termina de ver, que está siempre a la defensiva. Así vivía ella su TA, algo que le hacía estar oculta, no estar en la vida, porque la vida era un sitio peligroso e inseguro. Otra paciente trajo a consulta un cigarrillo que bautizó como "Piti". Piti tenía para ella dos significados: por un lado, el cigarro como medio para no comer y soportar el hambre, por otro lado, un pantalón vaquero "modelo pitillo", estrecho, que era la prenda que le determinaba si podía comer o no, en función de cómo ella veía que le sentaba cuando se lo ponía. Este "Piti" llevaba acompañándola más de 20 años, ya que el TA comenzó con 12 años, y en ese momento tenía más de 40".*

Tanto la familia como la paciente descubren ese nuevo miembro, que les lleva acompañando tantos años, que los trasciende, los determina, y les impide relacionarse de una manera sana. La estrategia es unir tanto a la paciente como a la familia para tratar de entender cómo llegó ese miembro indeseable a sus vidas, y lograr un cambio relacional y personal en la paciente, de manera que la existencia del TA ya no tenga sentido.

Así, el proceso psicoterapéutico permite lograr que la paciente:

- Pase de vivir para no decepcionar, a vivir desde su deseo.
- Pase de cumplir roles, a construir identidad.

- Pase de obedecer al cuerpo disciplinado, a habitar un cuerpo vivido.
- Pase de sostener el sistema familiar, a sostenerse a sí misma.

De igual manera, lo que se pretende con la familia es:

- Escuchar de una manera digna y compasiva.
- Generar una dignidad de pertenencia a la familia.
- Convertir la relación familiar en "espacio casa".
- Crear un relato digno de los orígenes de la familia.
- Mostrar una mirada de la familia a la paciente que trascienda el TA.

Termino como empecé, hablando de mirada. Tanto la paciente como la familia necesitan la confirmación de sus existencias como algo de gran valor; haciéndoles ver a todos que todos se necesitan para tener una existencia completa, enseñándoles a poder mirarse nítidamente a la luz que da el poder entenderse de manera humana, a uno mismo y a los demás. Esa mirada humana es la mirada de la dignidad.

3. CASO CLÍNICO. LA MUJER DESCONFIADA

C. tiene 42 años cuando inicia el tratamiento. Su demanda explícita es "*quiero dejar de comer a escondidas*". Ya en las primeras sesiones se evidencia que su malestar excede su problema con la comida. Se describe como una mujer desconfiada, hipervigilante, siempre pendiente de la posibilidad de ser defraudada, y de defraudar. Ya en la primera sesión afirmó "*no me fío de nadie, y lo peor: tampoco me fío de mí*".

La desconfianza no es un rasgo de su personalidad, es una posición existencial, una forma de estar en el mundo.

C. creció en una familia donde lo no dicho pesaba mucho más que lo dicho. Su madre padecía episodios depresivos nunca nombrados como tales, simplemente desaparecía emocionalmente durante semanas. Su padre, presente físicamente, respondía a las tensiones familiares y a las crisis de su mujer de manera hermética y con silencio. Jamás levantaba la voz, tampoco ofrecía contención emocional. La única explicación que le daba a su hija es: *"Tu madre no está bien, y necesita descansar"*.

En este contexto C., hija única, desarrolla una sensibilidad extrema a los cambios de humor, a los matices, a los gestos. Su cuerpo actuaba como "sismógrafo emocional" de esa casa. No había espacio para preguntar, tampo-

co para expresar miedo, tristeza, ni alegría. La consigna tácita era: "Aquí no pasa nada". Todo lo que pasaba lo iba registrando el cuerpo de C.

La relación "particular" de C. con la comida empieza a los 10 años. C. recuerda levantarse por las noches para comer pan o galletas en silencio. Nunca fue un atracón en sentido clínico, sino un ritual de calma, un modo de traer calor emocional a un ambiente frío. Describe esa sensación con frases como:

- *"Era como si la comida me abrazara".*
- *"Era un momento donde no tenía que vigilar a nadie".*
- *"Comer a escondidas era mi único secreto bueno".*

Cuando se trabaja con la técnica de la externalización ella lo representó como un "Gremlin", esos personajes de la película cómica de terror de 1984. Para ella su TA era como uno de esos pequeños monstruos, en momentos cálidos y adorables que se convierten en algo terrorífico si se mojan, si les da la luz brillante y si comen a partir de medianoche. Para ella esto representaba el TA. En su momento era algo que le daba calidez y seguridad, pero a partir de la adolescencia, se convirtió en algo que le daba miedo y tenía que obedecer. Resaltar lo interesante que es, en esa adolescencia, cuando la mirada de los demás, en este caso de familiares, empiezan a cuestionar su cuerpo y su imagen corporal. El contraste emocional es importante: en una familia llena de secretos dolorosos, su secreto tenía una función de cuidado.

En la adolescencia la dinámica cambia. Tras comentarios familiares sobre su peso, *"te estás poniendo rellenita", "ten cuidado, después cuesta mucho bajar*", la comida se vuelve enemiga. Aparece la restricción, luego el atracón y después la culpa. El ciclo se instaura y estructura su identidad durante décadas, convirtiendo el sitio de cuidado en un "sitio de control".

La desconfianza de C. no surge de la nada, se hereda emocionalmente. Su abuela materna, según los relatos familiares, era una mujer desconfiada y temerosa. Su madre, marcada por esa herencia, transmitió a C. una visión del mundo como espacio impredecible y peligroso. En terapia, C. verbaliza: *"Mi madre y yo siempre estuvimos en alerta, siempre desconfiando. Ella nunca se fiaba de nadie. Para ella el mundo era un sitio inseguro, peligroso. Siempre tuvo un recelo ante la vida".* Esta frase ilumina la perspectiva sistémica: la desconfianza es un patrón transmitido, no un defecto personal.

El síntoma alimentario cumple aquí una función clara: regular la ansiedad que produce un mundo vivido como amenazante. Comer a escondidas se convierte en un espacio de previsibilidad y calma.

La parte más dolorosa del caso es la desconfianza hacia sí misma. La paciente no solo espera daño del otro, espera daño de sí.

- *"No me creo cuando digo que estoy bien".*
- *"No sé si lo que siento es real".*
- *"Mi cuerpo me engaña".*

Este fenómeno aparece frecuentemente en personas que han crecido en ambientes afectivos inconsistentes. Cuando el entorno no valida la experiencia emocional, el self pierde fiabilidad interna. El TA viene a llenar ese vacío: ofrece reglas, estructura, certezas. "*Si hago esto, me siento segura"*, dice C. Aunque esa seguridad sea precaria.

La terapia es un escenario desafiante. Cualquier gesto del psicoterapeuta puede ser leído como intrusión o abandono. La relación psicoterapéutica se vuelve el espacio donde se ensayan formas alternativas de vinculación. La clave está en ofrecer:

- Previsibilidad,
- Coherencia,
- Límites claros,
- Paciencia profunda,
- Presencia emocional estable.

En términos sistémicos, el psicoterapeuta ofrece una confianza y seguridad que el sistema familiar no pudo proporcionar.

El "cuentito" en este caso, la hipótesis sistémica, es decir, la narrativa digna que se construyó para esta paciente se compartió con estas palabras: *"Vienes de una familia donde la desconfianza es lo que da seguridad. Nunca te explicaron en casa qué pasaba, qué le sucedía a tu madre, por qué ella "desaparecía" y luego volvía como si no pasara nada, sólo te decían que necesitaba descansar. Lo que me contaste en relación con tu familia de origen es que tu abuela materna fue una mujer que también hacía desapariciones, en este caso, no porque estuviera deprimida sino porque, literalmente, se iba de la vida de tu madre, y al tiempo volvía. Tu abuelo materno se encargaba de cuidar a tu madre en lo más pragmático, pero estuvo deprimido, y aceptaba*

las idas y venidas de su mujer, con resignación y sin protestar. Parece que tu abuela materna era una mujer que quería ser libre, y vivía el matrimonio y la maternidad como una jaula que no podía sostener. A veces volvía, desde la culpa, se quedaba un tiempo, y luego se volvía a marchar. Esa fue la historia de la vida de tu madre, y ahora es tu historia. Las dos tenéis algo en común: la espera desesperada, siempre esperando que la madre vuelva, y la desconfianza a que esto pasara. Tu relación con la comida ha sido el único sitio seguro y de confianza ante tanta inseguridad y desesperación, hasta que se convirtió en un problema".

Compartir la hipótesis sistémica con la paciente la salva de "*tú eres una enferma como tu madre*" a "*tu esperabas a tu madre, como le pasó a tu propia madre. El que espera desespera, y tú encontraste en el síntoma la forma de calmar tu desesperación"*.

4. CONCLUSIONES

Los TA representan uno de los desafíos clínicos más complejos dentro de la salud mental contemporánea. No solo por su gravedad y sus posibles consecuencias médicas, sino, sobre todo, por la profundidad emocional y relacional del sufrimiento que encierran. La comprensión de los TA como fenómenos exclusivamente individuales, biológicos o conductuales resulta insuficiente para explicar su aparición, su mantenimiento y, especialmente, su recuperación.

A lo largo de este capítulo, se ha desarrollado un enfoque sistémico y ecosistémico que permite comprender los TA en su complejidad: como síntoma, como mensaje y como intento de solución dentro de un sistema relacional. El cuerpo, lejos de ser un enemigo o un simple vehículo de síntomas, se convierte en un espacio de expresión simbólica donde se inscriben experiencias emocionales no nombradas, mandatos familiares, traumas silenciosos y estructuras culturales que moldean la identidad.

La distinción entre ser y existir nos permite entender la dimensión ontológica de estos trastornos. Muchas pacientes se sienten vivas, pero no existentes. La falta de confirmación identitaria por parte de su entorno, sumada a la exigencia de adaptar el cuerpo a mandatos culturales idealizados, crea el terreno propicio para que el síntoma aparezca como una forma desesperada de sostenerse.

La construcción narrativa organiza la historia y resignifica el sufrimiento; la devolución de dignidad repara heridas invisibles y abre la posibilidad de

un nuevo existir; la intervención familiar transforma dinámicas que, aunque no causaron el trastorno, contribuyen a su mantenimiento.

El abordaje de los TA requiere que se tenga en cuenta:

- La dimensión relacional del síntoma.
- La influencia del entorno familiar.
- El peso de los discursos culturales sobre el cuerpo.
- La fragilidad identitaria propia de la adolescencia.
- La necesidad humana de existir en la mirada del otro.
- La importancia de devolver dignidad tanto a la paciente como a la familia.

La recuperación de un TA no es un retorno al estado previo al trastorno: es un proceso de reconstrucción identitaria. Implica construir un self más autónomo, flexible y coherente; implica que la paciente pueda decir "yo" sin miedo a desaparecer; implica, sobre todo, que pueda existir sin necesidad de que el síntoma la sostenga.

Comprender los TA desde este prisma no solo enriquece la práctica clínica. También humaniza. Y nos recuerda que detrás de cada síntoma hay una historia, un sistema, una necesidad y un intento de sobrevivir del mejor modo posible.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[187] Berge, J. M., Wall, M., Hsueh, T., Fulkerson, J. A., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2023). Family functioning and adolescent health outcomes: A longitudinal analysis. *Journal of Adolescent Health, 72*(4), 589–597. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.11.018

[188] Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.

[189] Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

[190] Díaz de León Vázquez, C., & Unikel Santoncini, C. (2019). Parental negative weight/shape comments and their association with disordered eating behaviors: A systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 10*(1), 134–147. https://www.redalyc.org/journal/4257/425771649013/html/

[191] Fonagy, P. (2002). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press.

[192] Levinson, C. A., Brosof, L. C., Ram, S. S., & Lenze, E. J. (2024). Parent–child communication about body image and eating: Implications for prevention. *International Journal of Eating Disorders, 57*(2), 210–225.

[193] Meijsen, X., van der Heuvel, M., & Karreman, A. (2025). Familial aggregation and long-term outcomes in eating disorders: A population-based study. *European Journal of Clinical Psychology, 14*(1), 44–61.

[194] Neuburger, R. (1995). *La familia dolorosa*. Paidós. Madrid.

[195] Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). *Paradoja y contraparadoja*. Paidós.

[196] Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrrentino, M.A. (1998): *Muchachas anoréxicas y bulímicas.* Paidós. Madrid.

[197] Semprún, J. (1995). *La escritura o la vid*a. Austral.

[198] Theodoropoulou, O. et al. (2023). Effects of family functioning on eating pathology and psychosocial qualitu of life: the mediating role of self- esteem. *European Eating disorders review. The journal of eating disorders association. 31 (1),* 121-134

[199] White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós.*

FAMILIAS Y ENTORNO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. CÓMO ACOMPAÑAR

Laura Martín Pato

Asociación para la Prevención y Ayuda en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (APATCA). León.

apatca.leon@gmail.com, lauramartinpatopsicologia@gmail.com

Resumen

El papel de las familias y del entorno en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha sufrido muchas modificaciones a lo largo de la historia. A finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, la familia se culpabilizaba y se la mantenía al margen del tratamiento ya que se consideraba que lo obstaculizaba. Para ello, se institucionalizaba a la persona afectada y se la separaba del ambiente familiar, al pensarse que este era patogénico. En las décadas de 1940 y 1960, el psicoanálisis afianzó también esta idea de culpabilizar a la familia, bajo la premisa de que madres sobreprotectoras y padres distantes contribuirían al origen del trastorno.

A partir de los años setenta, autores como Minuchin o Palazzoli toman conciencia de que dicha separación de la persona afectada y su entorno no favorece el tratamiento. Es a partir de entonces cuando se empieza a considerar el papel que juegan las familias. Ambos, desde sus diferentes escuelas, contribuyeron a desplazar el foco del individuo hacia la familia como sistema, abriendo la puerta a las terapias sistémicas. Desde las terapias sistémicas, el TCA se entiende como un síntoma del sistema familiar, no sólo del individuo y se comienza a trabajar con la familia directamente en sesión, formando parte del proceso terapéutico. No obstante, todavía bajo una mirada correctiva ya que asumen que el problema está "dentro" de la dinámica familiar.

En la década de 1990 se produce un giro fundamental con el nacimiento del Tratamiento Basado en la Familia (FBT), en el que la familia deja de ser culpabilizada y pasa a considerarse un recurso terapéutico esencial, y empieza a verse como un agente competente y básico en la recuperación de la persona. El modelo Maudsley, desarrollado por Janet Treasure y en el que se basa este taller, complementa la FBT al focalizarse en el rol activo y necesario de la familia en el tratamiento. En este contexto, se aportará psicoeducación sobre el TCA a los participantes y se trabajará para identificar qué tipo de cuidadores son, utilizando un símil con animales (canguro, rinoceronte, delfín, avestruz,

medusa y san bernardo), y proporcionándoles herramientas que les ayuden a acompañar mejor a su ser querido.

El taller tiene una primera parte teórica en el que se explica el modelo, a continuación se realiza una breve actividad para relacionar los conceptos aprendidos y por último se realiza un role playing en el que varios voluntarios aplican el modelo interpretando diferentes animales: primero con los menos deseables (canguro, rinoceronte, avestruz y medusa) y después deben aplicar las técnicas para modificar su comunicación y su rol de cuidador a uno más eficaz y recomendable (delfín y san bernardo).

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves, que interfieren en todas las esferas de la vida de la persona afectada. Aunque la parte más visible es la relación con la comida, el ejercicio y la apariencia física, esto sólo es la punta del iceberg; en la parte sumergida aparecen síntomas como ansiedad, depresión, pensamientos intrusivos, miedo al rechazo, problemas académicos o laborales, deterioro de las relaciones sociales y familiares, entre otros, teniendo como denominador común en todos los casos la baja autoestima.

Su etiología es multicausal y ahí radica la dificultad de su tratamiento. En los últimos años, los casos están aumentando de forma alarmante, dándose cada vez en niños más jóvenes y también en adultos.

En los datos epidemiológicos sólo se contabilizan las personas afectadas en primera persona por el trastorno; sin embargo, debemos tener en cuenta que este tipo de patologías afectan gravemente a las familias y al entorno.

En nuestra sociedad, gran parte de la vida social gira en torno a la mesa y a la comida y bebida: desde grandes celebraciones como bodas, bautizos, comuniones o Navidad, hasta una comida para celebrar un ascenso o quedar para tomar un café. Incluso una actividad cultural como ir al cine suele venir acompañada del clásico pack de palomitas, gominolas y refresco. En la vida cotidiana, quienes conviven con una persona que padece un TCA se enfrentan a esta situación en cada comida. Esto puede generar momentos de gran tensión: discusiones al intentar que la persona coma, esfuerzos por impedir que vaya al baño después de las comidas, dudas sobre si ha ingerido los alimentos que han desaparecido y otras dificultades que afectan a la dinámica familiar.

Este entorno puede ser la figura materna, paterna, hermanos, abuelos, parejas o compañeros de piso. "*Los síntomas de los trastornos de alimentación ejercen un profundo impacto sobre los demás, además de sobre la per-*

sona que tiene el trastorno. El impacto que el trastorno ejerce sobre los cuidadores suele pasarse por alto con frecuencia" (Treasure et al., 2007, p.13)

APATCA (Asociación Para la Prevención y Ayuda en Trastorno de la Conducta Alimentaria de León) nace en 2011 gracias a la iniciativa de varios familiares de personas afectadas al ser conscientes de la falta de recursos existentes en León, de la desorientación vivida durante el proceso y de la importancia de contar con apoyo y no sentirse solos. Uno de los principales objetivos de la asociación es reclamar mejores medios para el tratamiento de estas patologías, ya que resulta fundamental que los profesionales estén especializados en la materia. APATCA atiende a personas afectadas y a familiares con el fin de escuchar su caso y orientarles sobre los recursos a los que pueden acudir.

1. ¿CÓMO SE PRESENTAN LAS FAMILIAS Y EL ENTORNO?

- Desorientadas y perdidas: no entienden qué ocurre ni cómo han podido llegar a esa situación. En muchas ocasiones no son conscientes del problema; en otras, sospechaban que algo pasaba, pero no sabían qué era o la gravedad del asunto. Incluso algunos pueden llegar a negar el problema o no querer verlo. Asustadas y angustiadas, sienten miedo a que la persona empeore, recaiga o esté en peligro.
- Culpabilizadas: a menudo se culpan de la situación y se lamentan por sentirse responsables o por no haberlo evitado o visto antes.
- Confundidas: suelen presentar dificultades para entender el TCA.
- Impotentes y frustradas: presencian el sufrimiento sin saber cómo ayudar. Tienen la sensación de que nada funciona y experimentan enfado, que a veces se vive con vergüenza.
- Tristeza y duelo: echan de menos a "la persona tal y como era antes". Pueden presentar síntomas depresivos y una sensación de deterioro del vínculo.
- Ansiedad elevada: especialmente alrededor de las comidas y también en otros momentos del día, en los que la dinámica familiar puede llegar a girar en torno al TCA.
- Ambivalencia emocional: amor y enfado al mismo tiempo; ganas de ayudar frente a las ganas de rendirse; protección excesiva frente a la necesidad de poner límites.
- Con su rol desdibujado: los conflictos familiares son frecuentes y los roles se ven afectados. Dejando a un lado el rol de madre, padre,

hermano, pareja o compañero para convertirse en "detectives" que buscan envoltorios o restos de comida en la habitación, indicios de vómitos o escuchan detrás de la puerta del baño. Pueden sentirse invisibles o sobrecargados.

2. ¿QUÉ PODEMOS HACER CON LAS FAMILIAS Y EL ENTORNO?

- Acoger y validar emocionalmente: escuchar sin juzgar y valorar el esfuerzo que están haciendo al tomar conciencia del problema y buscar ayuda. Puede que sea la primera vez que disponen de un espacio en el que expresar lo que sienten, ya que previamente lo han ocultado o vivido como un tabú. Validar las emociones que sienten y normalizarlas.
- Informar: realizar psicoeducación sobre los TCA es fundamental para ayudarles a cambiar la mirada y reducir la confrontación en el entorno. Es importante que comprendan que se enfrentan a una enfermedad mental grave, que no es una elección ni un capricho, y que puedan seguir viendo a su ser querido más allá del TCA. Asimismo, deben saber que la ambivalencia forma parte del proceso.
- Trabajar la diferencia entre culpa y responsabilidad: comprender el carácter multifactorial de los TCA, dejar de buscar errores en el pasado y centrarse en el presente y en el rol activo que pueden desempeñar en la recuperación.
- Apoyar: ofrecer un espacio seguro en el que sepan que no están solos y que existen más personas en su misma situación. Los espacios grupales para familiares son una herramienta clave.
- Guiar: la asociación no sustituye al tratamiento, pero sí orienta, proporcionando información sobre su situación y el pronóstico de su ser querido, así como facilitando el contacto con recursos especializados.
- Orientar: ayudarles a reorganizarse en el día a día y proporcionarles pautas para que redefinan su papel.
- Acompañar: respaldarlos en un proceso largo y con posibles altibajos.
- Promover el autocuidado: para poder ayudar y acompañar a su ser querido, primero necesitan cuidarse a sí mismos. Es importante ayudarles a identificar señales de agotamiento para prevenir el síndrome de burnout, permitirse momentos de descanso y de disfrute sin sentirse egoístas. Cuanto más regulados estén, mejor podrán acompañar.

3. EL PAPEL DE LAS FAMILIAS A LO LARGO DE LA HISTORIA

La historia del tratamiento de los TCA refleja un tránsito desde la exclusión y culpabilización de las familias hacia su reconocimiento como un pilar fundamental del proceso terapéutico, especialmente en población infanto-juvenil.

3.1. Primeras conceptualizaciones clínicas y exclusión de la familia:

Las primeras descripciones médicas de la anorexia nerviosa, realizadas a finales del siglo XIX, se inscribieron en un modelo biomédico incipiente que concebía el trastorno como una alteración individual, centrada fundamentalmente en la conducta alimentaria y el estado nutricional. En este contexto, la familia no fue considerada un elemento relevante ni en la etiología ni en el tratamiento, y la intervención se limitó al manejo médico de los síntomas físicos.

Esta exclusión de la familia reflejaba no solo las limitaciones teóricas de la época, sino también una concepción de la enfermedad mental desligada de los factores relacionales y sociales, que no serían incorporados de manera sistemática hasta décadas más tarde.

3.2. Enfoque psicodinámico y la construcción de la familia como factor patógeno

A mediados del siglo XX, con la expansión del modelo psicodinámico, la familia comenzó a adquirir mayor protagonismo en la explicación etiológica de los TCA. Desde esta perspectiva, se interpretó el síntoma alimentario como la expresión de conflictos intrapsíquicos y relacionales, frecuentemente vinculados a dinámicas familiares disfuncionales.

En este contexto, surgieron conceptualizaciones que señalaban a determinadas figuras parentales (especialmente la madre) como agentes patógenos, describiendo patrones de sobreprotección, control o ambivalencia emocional. Esta visión contribuyó a la culpabilización de las familias, lo que tuvo como consecuencia su exclusión parcial o total del tratamiento y un aumento de la estigmatización familiar.

3.3. Modelos sistémicos y terapia familiar

A partir de las décadas de 1970 y 1980, gracias a investigadores como Minuchin o Palazzoli, los modelos sistémicos introdujeron un cambio significativo en la comprensión de los TCA. La familia pasó a ser concebida como un sistema relacional en el que el síntoma cumplía una función comunicativa o reguladora del equilibrio familiar. Autores como Minuchin propusieron el

concepto de "familia psicosomática", caracterizada por patrones de rigidez, sobre involucramiento y evitación del conflicto (Minuchin et al., 1981). Si bien estos modelos promovieron la inclusión de la familia en el tratamiento, mantuvieron una visión estructural que, en algunos casos, continuó asociando implícitamente a la familia con el origen del trastorno.

3.4. Transición hacia modelos multicausales

Desde finales del siglo XX, la investigación empírica permitió cuestionar los modelos explicativos unidimensionales y avanzar hacia una concepción biopsicosocial de los TCA. Se reconoció la interacción de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales en el desarrollo y mantenimiento del trastorno.

Este cambio de paradigma favoreció una progresiva desculpabilización de las familias, que comenzaron a ser consideradas no como la causa directa del trastorno, sino como un recurso potencial para la intervención terapéutica, especialmente en población adolescente.

3.5. La familia como agente terapéutico: modelos basados en evidencia

En las últimas décadas, el papel de la familia ha adquirido un lugar central en el tratamiento de los TCA, particularmente a través de modelos basados en evidencia como el Tratamiento Basado en la Familia (FBT) o modelo Maudsley.

Este enfoque parte de principios fundamentales como la externalización de la enfermedad, la no atribución de culpa a los padres y la movilización de los recursos familiares para apoyar la recuperación nutricional y psicológica del paciente. La evidencia científica ha mostrado su eficacia especialmente en casos de anorexia nerviosa en niños y adolescentes, consolidando el rol de la familia como agente activo del cambio terapéutico.

3.6. El Modelo Maudsley

Uno de los aportes más influyentes del Modelo Maudsley, desarrollado por Janet Treasure y colaboradores en la década de 1980 en Londres, ha sido la incorporación de una perspectiva centrada en los patrones de respuesta de los cuidadores frente al TCA. Desde este enfoque, se reconoce que la convivencia prolongada con la enfermedad genera elevados niveles de estrés, miedo y agotamiento emocional, que pueden cristalizar en estilos de afrontamiento poco eficaces.

Con el objetivo de facilitar la comprensión y reducir la culpabilización, Treasure introduce una metáfora psicoeducativa basada en seis tipos de animales, que representan diferentes estilos relacionales adoptados por los cuidadores. Tal como señala la autora, estas respuestas no deben entenderse como rasgos estables de personalidad, sino como reacciones adaptativas al estrés extremo que produce la enfermedad (Treasure et al., 2007).

En este modelo se basa el taller realizado. A continuación, se explican los tres tipos de cuidadores (rinoceronte, canguro y delfín) y cómo reaccionan estos cuidadores antes sus emociones (avestruz, medusa y san bernardo):

3.6.1. El rinoceronte: el estilo confrontativo

Se caracteriza por un estilo directivo, confrontativo y autoritario. Su respuesta ante el TCA suele centrarse en imponer normas, exigir cambios inmediatos y enfrentarse directamente a la conducta alimentaria desadaptativa. Este estilo suele emerger del miedo intenso y de la urgencia por proteger al hijo o hija del deterioro físico. Sin embargo, Treasure advierte que la confrontación directa tiende a activar la rigidez cognitiva propia del TCA, intensificando la resistencia y el conflicto: "*La confrontación frontal con la anorexia rara vez produce flexibilidad; más bien fortalece la voz de la enfermedad"* (Treasure et al., 2011).



Figura1. Rinoceronte

Desde el Modelo Maudsley, no se busca eliminar la firmeza del cuidador, sino transformarla en una autoridad calmada, capaz de sostener límites sin recurrir a la lucha de poder (Figura 1).

3.6.2. El canguro: el estilo sobreprotector

Describe a cuidadores que responden al trastorno mediante una sobreprotección, evitando situaciones que puedan generar ansiedad o malestar en el paciente. Aunque este estilo nace de la empatía y el deseo de aliviar el sufrimiento, puede contribuir involuntariamente al mantenimiento del trastorno al reforzar la dependencia y limitar el desarrollo de tolerancia al malestar. "*La sobreprotección, aunque bien intencionada, puede convertirse en una aliada involuntaria del trastorno"* (Treasure et al., 2011).



Figura 2: Canguro

La intervención terapéutica se centra en ayudar a estos cuidadores a acompañar emocionalmente sin sustituir la capacidad progresiva de afrontamiento del paciente (Figura 2).

3.6.3. El delfín: el estilo guiador y colaborativo

Representa una forma de afrontamiento equilibrada y funcional, en la que el cuidador combina firmeza, calma y sensibilidad. Guía activamente el proceso de recuperación, mantiene límites claros frente a la enfermedad y se muestra emocionalmente disponible sin caer en la confrontación ni en la evitación. Su presencia consistente favorece la cooperación del paciente y contribuye a reducir la reactividad emocional asociada al TCA.

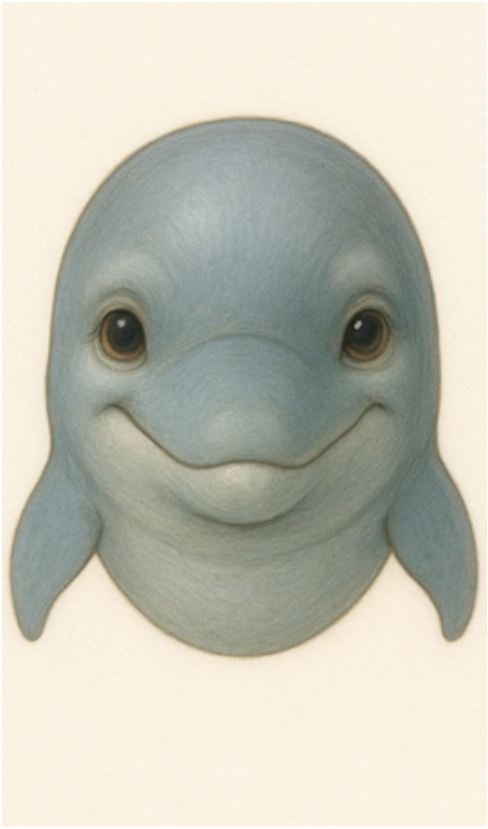


Figura 3: Delfín

El delfín encarna la capacidad del cuidador para actuar como una figura reguladora que promueve seguridad y flexibilidad (Figura 3).

3.6.4. El avestruz: el estilo evitativo

Se caracteriza por la evitación del problema, ya sea minimizando la gravedad del trastorno, o posponiendo decisiones difíciles. Este patrón suele estar asociado al desbordamiento emocional y al miedo, más que a la falta de interés o compromiso.



Figura 4: Avestruz

Desde el Modelo Maudsley, se trabaja para incrementar la implicación gradual del cuidador, reforzando su sensación de competencia y disminuyendo la evitación como estrategia de afrontamiento (Figura 4).

3.6.5. La medusa: el estilo emocionalmente reactivo

Representa a cuidadores con una elevada reactividad emocional, cuyas respuestas están marcadas por la ansiedad, la desesperanza o la desregulación afectiva. Este patrón puede generar un entorno impredecible que incrementa

la ansiedad del paciente y refuerza la necesidad de control característica del TCA.



Figura 5: Medusa

La intervención se orienta a promover habilidades de regulación emocional y una comunicación más calmada y consistente, favoreciendo una presencia afectiva estable (Figura 5).

3.6.6. El san bernardo: el estilo protector y contenedor

Describe a un cuidador cuya principal fortaleza reside en su capacidad de contención emocional, ofreciendo apoyo constante, calma y disponibilidad afectiva, especialmente en momentos de elevada angustia o desregulación emocional del afectado. A diferencia del delfín, su foco no se sitúa tanto en guiar activamente el cambio conductual como en sostener emocionalmente al ser querido durante el proceso terapéutico.

En el Modelo Maudsley, este estilo resulta especialmente valioso cuando se articula con límites claros que prevengan la sobreprotección y favorezcan la recuperación (Figura 6).



Figura 6: San Bernardo

Lo ideal es que las familias aprendan a adoptar una postura cercana a la del delfín y a la del san bernardo. En el taller, una vez explicados los tipos de cuidadores se realizó un ejercicio para relacionar estos conceptos (Tabla 1), y posteriormente, un role playing en el que los participantes representaron escenas cotidianas de convivencia con un adolescente con TCA: primero interpretando los roles menos deseables y posteriormente desde una perspectiva más deseable, basada en los estilos del delfín y el san bernardo.

Tabla 1. Ejercicio para relacionar conceptos

Rinoceronte	Agresivo y amedrantador
Canguro	Sobreprotector, servicial y complaciente
Delfín	Orientador, educador, alentador y sutil
Avestruz	Prefiere la huida y la evitación
Medusa	Demasiado emocional y sensible
San bernardo	Sereno, cálido y nutritivo

La metáfora de los animales cumple una función central dentro del Modelo Maudsley al ofrecer un lenguaje accesible que despatologiza a los cuidadores y facilita la reflexión sobre los patrones relacionales. Treasure subraya que los cuidadores pueden transitar entre distintos estilos a lo largo del proceso terapéutico, y que el objetivo no es la clasificación rígida, sino el desarrollo progresivo de respuestas más flexibles, calmadas y eficaces. La intervención familiar en este ámbito cuenta con un sólido respaldo en la evidencia científica actual.

En conclusión, resulta fundamental conocer a las familias y al entorno de las personas afectadas por un TCA, trabajar conjuntamente con ellos y favorecer su participación activa en el proceso terapéutico, de modo que todos avancemos en la misma dirección hacia la recuperación de su ser querido.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[200] American Psychiatric Association. (APA, 2022). *DSM-5-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.

[201] Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1981). *Familias psicosomáticas: Anorexia nerviosa en su contexto*. Gedisa.

[202] Treasure, J., Sepúlveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., López, C., & Whitney, J. (2007). Atención colaborativa entre profesionales y no profesionales en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria: Descripción de talleres centrados en factores interpersonales de mantenimiento. *Revista Europea de Trastornos de la Conducta Alimentaria, 15*(1), 24–34

[203] Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2011). *Los trastornos de la alimentación: Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Desclée de Brouwer.

PERCEPCIÓN FAMILIAR SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

María Yolanda González Alonso
Universidad de Burgos
mygonzalez@ubu.es

María del Mar Herrero Hernando
Colaboradora de ADEFAB, ASDIBUR y AFAEA
mar.he1@hotmail.com

María Ángeles Martínez Martín
Universidad de Burgos
amart@ubu.es

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son problemas graves de salud mental actualmente en aumento. La Atención Primaria constituye el primer punto de contacto con el sistema sanitario, clave para su detección temprana, manejo inicial y derivación.

El objetivo del presente capítulo es analizar las expectativas de las familias respecto a los servicios recibidos desde Atención Primaria en trastornos de conducta alimentaria, recogiendo las propuestas que recomiendan para una atención inicial integral.

Se realiza un estudio cualitativo del presente capítulo a través de un grupo focal con familiares pertenecientes a una asociación de familiares de personas con trastornos de la conducta alimentaria de Castilla y León (España). Participan dieciséis familiares de personas con algún diagnóstico de trastornos de conducta alimentaria. La edad media de la persona afectada es 25,81 años y la duración media de la enfermedad 7,43 años.

Se analiza de manera inductiva la información y se identifican cuatro categorías: Impacto en la familia; Satisfacción con la Atención Primaria; Servicios recibidos; Propuestas de mejora. Las familias encuentran limitaciones en el enfoque de atención, plantean la necesidad de un cambio que implique alejarse de tratamientos focalizados principalmente en el peso, y piden dar

mayor énfasis a las necesidades psicológicas y a la atención personalizada y centrada en la familia.

El abordaje requiere equipos especializados, destacando el rol del psicólogo en este nivel asistencial y la participación activa de la familia en el proceso de atención biopsicosocial. Estos hallazgos pueden ayudar a los profesionales de Atención Primaria a guiar su intervención en trastornos de la conducta alimentaria.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han consolidado en las últimas décadas como un desafío prioritario para la salud mental a nivel mundial, con especial incidencia en población infantojuvenil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) los señala como un problema de primer orden, no solo por su creciente prevalencia, sino también por sus repercusiones en la salud física y psicológica, así como por las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas (World Health Organization, 2022). Estas patologías, que incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, entre otros, afectan profundamente a la calidad de vida de quienes las padecen, repercutiendo negativamente en su desarrollo psicosocial, rendimiento académico y relaciones interpersonales (Himmerich et al., 2024; van Hoeken & Hoek 2020).

Dada la complejidad clínica de los TCA, el inicio de los síntomas en edades tempranas y sus consecuencias a corto y largo plazo, es fundamental abordarlos desde una perspectiva multidisciplinaria e intersectorial que considere factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales (García et al., 2025). Actualmente, los TCA constituyen una categoría diagnóstica bien establecida dentro de las principales clasificaciones internacionales de enfermedades mentales. Sus criterios clínicos están claramente definidos tanto en la *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión* (CIE-11), elaborada por la OMS, como en la quinta edición revisada del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5-TR), publicado por la American Psychiatric Association (APA, 2022).

La estimación exacta de la prevalencia de los TCA continúa representando un desafío significativo para la investigación epidemiológica. Diversos estudios coinciden en señalar que las cifras disponibles probablemente subestiman la magnitud real del problema, debido a múltiples factores que dificultan la detección y el diagnóstico de estos trastornos en la población general (Arija-Val, et al., 2022). Según Ruiz Lázaro (2025) los TCA representan la tercera enfermedad crónica más frecuente entre la población joven.

La comunidad científica internacional plantea el modelo biopsicosocial como marco de referencia para abordar los TCA. Este enfoque no solo permite una comprensión más amplia e integradora de su origen y desarrollo, sino que también orienta la práctica clínica hacia intervenciones más efectivas, al tener en cuenta tanto los factores individuales como los contextos familiares y sociales que condicionan la evolución de la enfermedad (Navas & Pérez, 2023).

Los familiares, parejas y amigos de las personas con TCA suelen ser los cuidadores principales que ayudan a sus seres queridos a negociar con las demandas del sistema sanitario y juegan un papel importante en el tratamiento (Wetzler et al., 2020). Las madres con frecuencia son las que más tiempo invierten en el tratamiento y el manejo de la enfermedad, tienen un papel central en las formas en que las personas con TCA encuentran significado a su diagnóstico y abordan el tratamiento (Nieto Contreras & Nigüela Pesantez, 2024).

La Atención Primaria de la salud constituye un pilar fundamental en cualquier sistema sanitario, al ser el primer nivel de contacto con la población. Su ámbito de acción abarca actividades de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, prevención específica de enfermedades prevalentes, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y, en determinados casos, rehabilitación. Se orienta principalmente a la resolución de problemas de baja complejidad mediante la atención ambulatoria, integrando recursos y procedimientos de menor dificultad técnica (Quintero, et al., 2024).

Según la OMS (2017), la Atención Primaria debe caracterizarse por su accesibilidad universal, su aceptabilidad social, su sostenibilidad económica y su capacidad para fomentar la autonomía de las personas en el cuidado de su salud. Su finalidad última es garantizar servicios sanitarios de calidad para toda la población. A lo largo del tiempo, este nivel de atención ha experimentado transformaciones con el objetivo de mantener un modelo centrado en las personas, equitativo y sostenible. Entre sus atributos esenciales destacan la accesibilidad, la coordinación, la integralidad en el abordaje de la salud y la continuidad de la relación entre el profesional sanitario y la persona enferma (Martín, 2023).

Los padres de un ser querido con un trastorno alimentario informan sobre altos niveles de necesidades insatisfechas relacionadas con la salud (Cribben et al. 2021).

De acuerdo con las guías de práctica clínica de la APA (2023), la terapia familiar es el tratamiento de primera línea para varios TCA, sobre todo en la etapa infantil y juvenil. Profesionales que intervienen en el campo de estos problemas han destacado la importancia de considerar y trabajar con el siste-

ma familiar cuando se intenta comprender y tratar sus dificultades (Langdon-Daly, & Serpell, 2017). Las familias son vistas como un recurso esencial para promover la recuperación en muchas intervenciones en el TCA (Monteleone et al., 2022).

En este trabajo se plantean preguntas sobre cuáles son las necesidades no cubiertas por Atención Primaria para las familias con una persona con TCA y cuáles son sus propuestas para resolver algunas de esas demandas. El objetivo de este estudio es analizar las expectativas de las familias respecto a la atención primaria que reciben ante los TCA y las propuestas que recomiendan para una atención inicial integral.

1. METODODOLOGÍA

El estudio siguió un enfoque cualitativo y se basó en un grupo focal formado por familiares de personas con algún diagnóstico de TCA. Se establecieron puntos de discusión sobre las necesidades de las familias, se intercambiaron ideas y se contrastaron experiencias. Se aportaron opiniones, sentimientos y puntos de vista críticos con los recursos existentes en Atención Primaria. Las preguntas se diseñaron específicamente para este estudio teniendo en cuenta la siguiente línea temática: Aspectos de la Atención Primaria negativos y positivos, opinión sobre los profesionales y sugerencia para mejorar la asistencia en los centros de salud.

1.1. Participantes

Con motivo de una futura reunión entre la Asociación de Familiares de Anorexia y Bulimia de Burgos (ADEFAB), la Gerencia de Atención Primaria y el Jefe de Psiquiatría de Burgos se invitó a participar en un grupo focal, con el objetivo anteriormente comentado, a familiares de la asociación.

De los 130 socios, aceptaron participar 16 cuidadores principales: doce madres, una abuela, un abuelo y dos parejas, el 81,25 % fueron mujeres, con un familiar diagnosticado principalmente de anorexia. Las personas con TCA son todas mujeres (hija, nieta y mujer) excepto un varón (hijo) y la duración media de la enfermedad es 7,43 años (Tabla 1).

Tabla 1: Características de los participantes (N=16)

Código	Género	Parentesco	Tipo de TCA	Edad del familiar	Año del diagnóstico
F1	Mujer	Madre	Trastorno por atracón	28	2017
F2	Mujer	Madre	Anorexia	17	2021
F3	Mujer	Madre	Anorexia	19	2020
F4	Mujer	Madre	Anorexia	35	2022
F5	Mujer	Madre	Anorexia	18	2021
F6	Mujer	Madre	Anorexia	35	2020
F7	Mujer	Abuela	Anorexia	18	2021
F8	Mujer	Madre	Anorexia	18	2021
F9	Mujer	Madre	Anorexia	45	1997
F10	Mujer	Madre	TCA no especificado	29	2016
F11	Hombre	Abuelo	Anorexia	18	2021
F12	Mujer	Madre	Anorexia	15	2019
F13	Hombre	Pareja	Anorexia	35	2022
F14	Mujer	Madre	Bulimia	26	2017
F15	Hombre	Pareja	Anorexia	46	2000
F16	Mujer	Madre	Anorexia	11	2022

Se asignó un identificador numérico a cada participante para asegurar la confidencialidad de los datos. Antes de iniciar la reunión se les informó del objetivo y se les pidió el consentimiento para recoger la información y trasladar sus demandas a la Gerencia Regional de Salud.

Los criterios de inclusión requerían que los informantes fueran mayores de 18 años, tuvieran un familiar con diagnóstico formal de TCA y quisieran participar en el grupo focal. Los criterios de exclusión comprenden los casos en los que el familiar no hubiera utilizado nunca los servicios de Atención Primaria y el no aportar el consentimiento informado.

1.2. Procedimiento

Las preguntas del grupo focal fueron planteadas por los profesionales de la asociación de manera que pudiera recogerse información en profundidad sobre lo que las familias opinan y hacen en Atención Primaria por motivos

relacionados con los TCA, explorando el por qué y cómo de sus opiniones y acciones realizadas en este servicio.

Se constituye el grupo focal en la Asociación ADEFAB, de todas las familias socias convocadas asisten 11. Otras cinco informan de su deseo de participar, pero no pueden acudir el día previsto (22 de marzo de 2022) y se acuerda enviarles las preguntas por correo electrónico.

El grupo focal estuvo liderado por una profesional con experiencia en TCA, y tuvo una duración de 90 minutos. La información que aportan los participantes se recoge por escrito por dos asistentes a la reunión para efectuar la correspondiente transcripción.

1.3. Análisis de datos

Todas las opiniones reproducidas se importan al programa informático Atlas.ti. Para su análisis cualitativo se emplea un proceso de análisis temático inductivo (Creswell & Clark, 2017), basado en datos, en el que los temas surgen directamente de las ideas de los participantes, contrastadas con los principales factores relacionados con la satisfacción que se valoran en Atención Sanitaria (Benedicto Subirá, 2021). El equipo investigador identifica y organiza las necesidades descritas por las familias, permitiendo que éstas emerjan directamente de los datos sin estar limitadas a un marco preexistente. Durante la fase de análisis, se revisan los resultados y se llega a las categorías principales. Posteriormente se realizaron subcategorías a partir de los datos analizados. Para garantizar la confiabilidad se triangulan los datos entre las tres investigadoras para ayudar en la codificación, tomar decisiones y para consensuar la discusión de las diferencias. La tabla 2 describe y define las categorías y subcategorías identificadas.

Tabla 2: Categorías y subcategorías de las opiniones de familiares

Categoría	Definición	Subcategorías
Impacto en la familia	Los TCA no solo afectan a la persona también a su entorno. Generan un impacto global en la familia a nivel psicológico, relacional, económico y social	Desafíos para la salud mental y física del familiar Habilidades, fortalezas y mecanismos de afrontamiento Impacto en las relaciones familiares Exigencias prácticas para el familiar

Satisfacción con Atención Primaria	Indicador clave de la calidad del sistema. Se refiere al grado en que las expectativas, necesidades y demandas de las personas y familias son cubiertas por los servicios de salud en el primer nivel de atención	Mala recepción y poca empatía en las consultas Percepción de apoyo insuficiente Disponibilidad escasa Problemas en la derivación Falta de recursos Desafíos en la transición y recaídas
Servicios recibidos	Servicios que buscan abordar la salud física y psicológica. Se centran en detectar, estabilizar, orientar, acompañar y coordinar la atención actuando como primer punto de contacto con otros niveles del sistema sanitario	Atención Primaria Derivación a salud mental Unidades especializadas (limitadas) Opciones en el ámbito privado (Profesionales, Unidades…) Información sobre Asociaciones de familiares o personas afectadas (como ADEFAB…) Campañas educativas en colegios y centros comunitarios (insuficientes)
Propuestas de mejora	Se presentan acciones, estrategias o recomendaciones planteadas por las familias para optimizar la calidad, accesibilidad, eficiencia y satisfacción de los servicios de salud en Atención Primaria	Formación sobre TCA a los profesionales Apoyo psicológico y formación psicoeducativa dirigida a las familias Programas innovadores accesibles Relación fluida con los servicios de atención especializada Contar con profesionales especializados en Atención Primaria (psicólogos/as, entre otros)

2. RESULTADOS

De los datos recogidos en las aportaciones de los familiares surgieron cuatro categorías de análisis (el impacto en la familia, satisfacción con el sistema de Atención Primaria, servicios recibidos y propuestas de mejora) que constituyen los temas de reflexión más relevantes (Tabla 2). A continuación, se muestran los resultados de la investigación, organizados en base a dichas categorías**.**

2.1. Impacto en la familia

Casi todos los familiares expresaron los desafíos que el TCA supone en su vida diaria. Asimismo, reflexionaron sobre sus sentimientos (incertidumbre, aislamiento y soledad, culpa, agotamiento, apatía, frustración, miedo, an-

siedad, tristeza…). Expusieron la desinformación y confusión existente ante estos trastornos y el proceso de duelo que conlleva.

Los familiares destacan las habilidades, la fuerza y los mecanismos de afrontamiento que utilizan para abordar estos desafíos y conseguir continuar con su rol familiar. Algunos piden ayuda psicológica, aunque la mayoría se basan en el apoyo, esperanza y resiliencia con la que cuentan frente a la adversidad. En este proceso refieren la importancia del movimiento asociativo. "*Estar en la asociación me ha ayudado mucho, he tenido apoyo de otras madres y de la psicóloga*" (F10).

También hablaron de cómo la enfermedad afecta negativamente en las relaciones familiares, debido a las diferentes opciones en la forma de abordar las situaciones o sobre el impacto en el bienestar de los hermanos. "*Tenemos diferentes enfoques y diferentes formas de pensar. Me he dado cuenta de que una de las cosas que sucede es que tiendes a culparte mutuamente como una forma de sobrellevar…lo cual no resuelve el problema y genera malestar*" (F9).

Se hizo referencia a las exigencias prácticas que conlleva el cuidado diario, como la necesidad de ausentarse del trabajo o solicitar vacaciones para poder atender a la persona con TCA. "*Tenía que confiar en que cuando salía estaba comiendo bien. Me sentía culpable porque no la estaba cuidando las 24 horas del día, los 7 días de la semana*" (F5).

2.2. Satisfacción con Atención Primaria

La mayoría de los familiares se quejan de la mala recepción y la poca empatía de los profesionales en las consultas, lo cual dificulta la adherencia al tratamiento y puede tener repercusiones graves en la salud. "*Cuando detectamos los primeros síntomas, nos dirigimos al médico de Atención Primaria. Después de una breve entrevista manda análisis, que en nuestro caso tardaron más de un mes. Los resultados fueron normales, por lo que el médico nos citó un mes más tarde para controlar el peso. En el hospital, nos dijeron que en un 99 %, suelen salir bien porque el cuerpo compensa como puede y cuando no puede compensar, se ve afectado. No hay que esperar a que el adolescente tenga anemia o la creatina alta. Una semana en un adolescente que no come, con un metabolismo tan acelerado, puede ser dramático*" (F3).

Las familias perciben el apoyo recibido como insuficiente y en ocasiones inadecuado. *"El médico de Atención Primaria en consulta la pesó, le habló de comida, y le aumentó muchísimo la ansiedad. Le recetó psicofármacos"* (F2).

La falta de tiempo es una de las quejas más frecuente, cuando una persona acude al Sistema Sanitario, espera encontrar no solo la competencia técnica de los profesionales, sino también personas capaces de transmitir seguridad, confianza y respeto acerca de sus decisiones. Y esto es difícil de conseguir cuando se dispone de un tiempo excesivamente breve de consulta por paciente. "*Estuvimos un rato esperando y cuando entramos la médica nos preguntó qué tal y nos despachó"* (F7). "*Todas las semanas vamos al pediatra, la pesa y nos cita para la siguiente semana, ¿por qué no nos deriva?* (F16). Los familiares relatan varios problemas relacionados con la derivación, bien cuando acuden a consulta con algún especialista. Por ejemplo, una madre comentaba que su hija les dijo "(En el ginecólogo) *Ve que tengo una embolia y antes de preguntarme por nada relacionado con su campo me ha dicho, tienes que adelgazar. Pero, esta chica, tiene anorexia, también tiene hipotiroidismo y nunca la han derivado a endocrinología. La lleva su médico de Atención Primaria"* (F4). O en el trato diario "*Deben hacer la derivación más ágil*" (F6).

A veces los profesionales de Atención Primaria no cuentan con recursos para resolver las situaciones que se les presentan, por falta de formación o estrategias, *"Los médicos deben estar formados en lo que no hay que hacer: pesar, juzgar, sobremedicar, culpar…*" (F2). *"En Salud mental infanto-juvenil preguntan a la madre por lo que ha visto en su hija delante de ella. Le dicen a la madre que el problema lo tiene ella. Y entonces la hija deja de hacer esas conductas de forma visible*" (F5). "*Una persona con atracones con subida de peso, problemas de salud (hígado, diabetes…) y los médicos no se plantean la derivación al psicólogos o psiquiatra*" (F1). O por no contar con un equipo que pueda proporcionar atención integral centrada en la persona y en la familia. "*El equipo de Atención Primaria debería estar formado por profesionales de la psicología, enfermería y trabajo social*" (F3).

Los familiares facilitan su visión de las necesidades durante todo el proceso, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento (recaídas) y recuperación, "*el profesional necesita crear una buena sintonía y vinculación con la persona con TCA para desarrollar una buena relación a lo largo de todo el proceso (empatía)*" (F16).

2.3. Servicios recibidos

El procedimiento más frecuente es el acceso inicial a través del médico de Atención Primaria o pediatra, con derivación posterior a unidades de salud mental o, en casos graves, a unidades especializadas.

Entidades como ADEFAB (Burgos) ofrece apoyo familiar, terapia psicológica, talleres familiares, grupos de apoyo y escuela de familias.

Algunas familias han buscado clínicas privadas como ITA Barcelona o Madrid que cuentan con unidades de hospital de día y equipos multidisciplinares que incluyen atención a familias, estos tratamientos suponen desplazarse de su ciudad de origen e importante desembolso económico (gastos de ingreso y servicios recibidos) que no todas las familias pueden costear.

Los centros educativos y comunitarios deben estar alerta con el fin de poder actuar antes de la aparición del TCA (prevención primaria) o bien una vez surgido actuar detectando, diagnosticando e interviniendo precozmente (prevención secundaria). Se debe promover que los profesionales de los centros reciban información veraz y contrastada científicamente sobre los TCA para favorecer su correcta detección. En caso de sospecha, a partir de ciertos síntomas, hablar con la familia sin generar alarma, para no dejar pasar demasiado tiempo y promover que la persona y su familia se impliquen en la búsqueda de un posible diagnóstico y posterior tratamiento. "*Equipo de Atención Primaria debe tratar casos, charlas en colegios, posible seguimiento domiciliario. Estar en contacto con el hospital para derivar los casos graves. Sobre todo, contacto con el endocrino*" (F3).

Sin embargo, echan en falta algunos servicios. "*Reivindicamos un Centro de Día con comedor terapéutico*" (F9).

2.4. Propuesta de mejora

Los familiares plantean algunas alternativas que podrían mejorar la Atención Primaria para personas con TCA y sus familias.

Formación especifica y actualizada sobre TCA dirigida a profesionales de Atención Primaria, adaptada al contexto comunitario, con un enfoque práctico y centrado en la persona, que capacite a los profesionales para detectar, acompañar e intervenir de forma adecuada. Esto incluye competencias en cribado, entrevista clínica, abordaje inicial, psicoeducación, estrategias breves de intervención psicológica, derivación pertinente y acompañamiento a lo largo del proceso.

Apoyo psicológico y formación para familias. El objetivo es apoyar emocionalmente a los miembros de la familia, sobre todo al cuidador principal, para que puedan mantener una relación saludable con la persona con TCA. La formación pretende dotar a la familia de herramienta para comprender y manejar el TCA en su vida diaria. Se proponen talleres, grupos de apoyo, asesoramiento o terapia por ejemplo para conocer el trastorno, aprender a res-

ponder a las conductas problemáticas, habilidades de comunicación, manejo de las comidas en familia, coordinación con el equipo profesional y reconocer señales de recaída para actuar rápido.

Programas innovadores accesibles que faciliten la prevención, detección, intervención y seguimiento de TCA en Atención Primaria que den respuesta a las necesidades de las personas con TCA, sus familias y de los profesionales. Además, se debe potenciar el uso de tecnologías digitales que faciliten la atención, el seguimiento y la continuidad asistencial.

Se pide una relación fluida con atención especializada, la creación de vínculos entre la Atención Primaria y los servicios especializados que garantice la continuidad de cuidados, evite duplicidades y permita mejor seguimiento de las personas con TCA.

Otra opinión es integrar profesionales especializados en los equipos de Atención Primaria, como psicólogos, para responder a la gran variedad de situaciones clínicas de salud psicológica sin necesidad de derivación inmediata que permitan ampliar el acceso, reducir los tiempos de espera y mejorar la satisfacción de las personas con TCA y sus familias. El profesional de la psicología, de acuerdo con el Colegio Oficial de Psicología justifica su necesidad desde las competencias de identificación y diagnóstico de los TCA, la capacidad de establecer una relación terapéutica que promueva la adherencia al tratamiento, el desarrollo de competencias comunicativas y de divulgación, la realización de investigación científica basada en la evidencia y en su papel de facilitar la coordinación dentro de equipos multidisciplinares.

3. DISCUSIÓN

Es necesario integrar la opinión de las familias en la gestión de la Atención Primaria como medida para su evaluación y mejora continua. Recoger la percepción de las familias sobre la Atención Primaria en el TCA de su familiar puede proporcionar información útil para mejorar la prestación de servicios. Los participantes realizan un proceso de reflexión partiendo del análisis de la atención inicial que reciben con el objetivo de proponer acciones que den respuesta a los retos y necesidades a los que se enfrentan.

Un hallazgo importante en el estudio fue que la mayoría de los familiares consideraban que la Atención Primaria debe dar mayor respuesta a sus necesidades, por eso plantean, por un lado, formación específica sobre TCA y, por otro, ayuda especializada desde el profesional de la psicología que asuma parte de la demanda de manera estructural (Benedicto Subirá, 2021).

Persisten barreras como la falta de recursos específicos, la escasa formación del personal, la ausencia de protocolos, estigma (Rameez & Nasir 2023) y, de acuerdo con la OMS (2022) para reforzar la atención las familias plantean dotar al personal de Atención Primaria de competencias en TCA; integrar personal especializado en los equipos como profesionales de la psicología y crear canales estructurados de coordinación como consultas enlace, circuitos asistenciales consensuados o derivación compartida que garantice la continuidad de los cuidados. Se proponen estrategias de cuidados compartidos con papel activo del profesional sanitario en el proceso de atención. Así como, redes comunitarias y modelos integrados que permitan una atención más inclusiva y adaptada al contexto social de la persona con TCA y su familia (García y Canales, 2025).

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030, aprobado en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2021, refuerza la seguridad del paciente como componente esencial en el diseño, la práctica y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo (Astier-Peña, et al., 2021). En coherencia con el objetivo estratégico 4, centrado en implicar y capacitar a los pacientes y sus familias para avanzar en el camino hacia una atención sanitaria más segura, se resalta la importancia de atender las demandas de las familias. Señala que las personas que presentan estos graves problemas deben tener la posibilidad de plantear sus propuestas de mejora y reclamaciones en los centros de Atención Primaria y poder comunicar incidentes de seguridad en los Sistemas de Notificación y Aprendizaje de la Seguridad de los Pacientes (SNASP). Estas notificaciones deben ser consideradas como informes de incidentes y no como quejas, en los servicios de atención al paciente (Astier-Peña et al., 2021).

De acuerdo con Martín (2023), la Atención Primaria precisa un cambio de modelo organizativo y de gestión. Tal vez, algunas de las propuestas de estos familiares puedan ayudar en el diseño de ese nuevo modelo.

En este estudio novedoso e innovador se analizan las necesidades de los familiares de una persona con TCA. Sin embargo, el método de muestreo por conveniencia puede tener un reclutamiento sesgado. Los hallazgos representan predominantemente los puntos de vista de las relaciones madre-hija y se presenta falta de diversidad en la muestra, lo cual dificulta la generalización. Para investigaciones futuras se pretende ampliar los grupos de TCA para familiares poco representados y tener en cuenta los diferentes tipos de TCA.

Las familias parecen estar de acuerdo con las estrategias propuestas por la OMS: mejorar las competencias de los profesionales de Atención Primaria,

la educación y la capacitación, la inclusión en los equipos de Atención Primaria de profesionales cualificados en salud mental, el fortalecimiento de los vínculos entre la Atención Primaria y los servicios especializados y fomentar la colaboración multisectorial para abordar los determinantes sociales. Poner en marcha estas estrategias requiere apoyo político, inversión en recursos humanos y físicos, mejores mecanismos de financiación y gobernanza colaborativa, pues de este modo, según la OMS, la Atención Primara mejoraría significativamente sus resultados en salud mental (OMS, 2025).

4. CONCLUSIÓN

La conclusión general es que las familias de personas con TCA identifican limitaciones en el enfoque de Atención Primaria y plantean la necesidad de un cambio. Se destacan las reflexiones más preocupantes para las familias: largas demoras en las derivaciones; necesidad de tratamiento psicológico; mayor cuidado y sensibilidad en las entrevistas con la persona con TCA y sus familias; contar con equipos multiprofesionales en Atención Primaria y mayor formación de los profesionales sanitarios sobre estos trastornos.

Una aportación fundamental de este estudio radica en las propuestas de los familiares a raíz de sus vivencias. La Atención Primaria en el caso de estos trastornos requiere un enfoque integral en el que los profesionales sanitarios tengan en cuenta la experiencia y opiniones no solo de la persona con TCA sino de toda la unidad familiar. Tener un familiar con diagnóstico de TCA repercute en toda la familia. El cuidador principal suele hacerse cargo de las demandas de salud y acompaña, a la persona con TCA, al centro de Atención Primaria. Por ello es quien directamente percibe que, aunque recibe servicios, existen necesidades no cubiertas que, si se tuvieran en cuenta, podrían mejorar la atención. Los resultados ponen de relieve las barreras con las que se encuentran las familias. La investigación futura debe aplicar estas propuestas recomendadas por los familiares y comprobar las mejoras en la intervención. Los cambios propuestos en Atención Primaria es el camino para garantizar cuidados dignos y respetuosos con los derechos humanos. Avanzar en esta dirección requiere sumar esfuerzos, innovar y creer en la transformación desde cada profesional, cada persona con TCA, cada familia y cada comunidad.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[204] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

[205] 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* (SPE2), 8-15. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173

[206] Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J. M., & Férnandez-García, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria*, *53*, 102224. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224

[207] Benedicto Subirá, C. (2021). Psicología en Atención Primaria: lo focal, lo generalista y lo posible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *41*(140), 9-16. https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200001

[208] Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.

[209] Cribben, H., Macdonald, P., Treasure, J., Cini, E., Nicholls, D., Batchelor, R., & Kan, C. (2021). The experiential perspectives of parents caring for a loved one with a restrictive eating disorder in the UK. *British Journal of Psychiatry Open*, *7*(6), e192.

[210] Escánez Sanz, J., & Pineda Alcántara, M. (2024). *Cómo afecta en la relación familiar los trastornos alimentarios en adolescentes* (Bachelor's thesis). https://hdl.handle.net/20.500.13002/1052

[211] García, R. J., Canga-Espina, C., Domenjó, A. M., Perales, G. O., & Díez-Suárez, A. (2025, June). Trastornos de la conducta alimentaria: intervención del pediatra en la prevención, detección precoz, evaluación y tratamiento interdisciplinar. In *Anales de Pediatría* (p. 503907). Elsevier Doyma. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503907

[212] García, M. D. P. P., & Canales, L. D. M. V. (2025). Lo que la Organización Mundial de la Salud nos enseña sobre la salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, *57*(8), 103296. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103296

[213] Himmerich, H., Keeler, J. L., Davies, H. L., Tessema, S. A., & Treasure, J. (2024). The evolving profile of eating disorders and their treatment in a changing and globalised world. *The Lancet*, *403*(10445), 2671-2675.

[214] Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, *5*(1), 12.

[215] Martín, R. (2023). La transformación de la Atención Primaria pasa por un nuevo modelo organizativo y de gestión. *Atención Primaria*, *55*(4), 102609. 10.1016/j.aprim.2023.102609

[216] Meneses Paredes, G. A., & Castelo Tigxi, A. M. (2025). *La familia en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo). http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/15127

[217] Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C., Zipfel S., Hay P., Schmidt UD., Castellini, G., ... & Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: a systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *142*, 104857. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857

[218] Navas, M. D. C. O., & Pérez, M. G. (Eds.). (2023). *Educación multidisciplinar en trastornos alimentarios: impulsando el cambio*. Ediciones Octaedro.

[219] Nieto Contreras, M. P., & Nigüela Pesantez, E. M. (2024). *Influencia de la figura materna en el desarrollo de trastornos de conducta alimentaria y su impacto en la susceptibilidad de género: revisión sistemática de la literatura* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay). http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/15200

[220] Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades* 11. a revisión. Ginebra: OMS.

[221] Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad – 11.ª revisión (CIE-11)*. https://icd.who.int/

[222] Quintero, M. Á. N., Bañuelos, A. G. T., Martínez, M. P. H., & Cruz, G. G. Z. (2024). Estrategia de fortalecimiento para la Atención Primaria en Salud en unidades médicas de primer nivel. *Archivos en Medicina Familiar*, *26*(5), 259-263. https://doi.org / 10.62514/amf.v26i5.88

[223] Rameez, S., & Nasir, A. (2023). Barriers to mental health treatment in primary care practice in low-and middle-income countries in a post-covid era: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *12*(8), 1485-1504. *DOI:* 10.4103/jfmpc.jfmpc_391_22

[224] Ramón-Soria, J. A. (2020). *La Atención Primaria en España 30 años tras su implantación: Revisión sistemática de alcance sobre planes y nuevas estrategias* (Master's thesis).

[225] Ruiz Lázaro, P. & de Psiquiatría Infanto, J. D. S. (2025). Conducta y alimentación. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón. *Salud Integral*, *13*, 61.

[226] van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry,*, *33*(6), 521-527. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000000641

[227] Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., ... & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(8), 1188-1203. https://doi.org/10.1002/eat.23260

[228] World Health Organization. (2017). *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services*. Author.

[229] World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Author.

BLOQUE 4:
Atención sanitaria y agentes implicados en el abordaje de los trastornos de conducta alimentaria

DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA PREVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

María Yolanda González Alonso
Universidad de Burgos
mygonzalez@ubu.es

Resumen

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria ha adquirido una creciente importancia en el ámbito de la salud pública y la psicología clínica, impulsando el desarrollo y la evaluación de programas específicos. El objetivo de este trabajo es diseñar e implementar un taller dirigido a profesionales para promover la identificación y valoración de los criterios clave que deben tenerse en cuenta, junto con las personas destinatarias, en el diseño de futuros programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

El taller *"Me miro con nuevos ojos*" combina una breve exposición teórica sobre dos bloques de contenidos: imagen corporal y autoestima y la manera en la que se desarrolla el programa. Se parte de un autoanálisis y dieciocho actividades. Estas actividades se realizan con los participantes y se presenta el material, las instrucciones y el objetivo. Se genera un espacio de vivencia, análisis y reflexión que permite determinar la calidad, la pertinencia y aceptabilidad de las actividades llevadas a cabo. Las actividades son valoradas como útiles para incluir por los profesionales en sus estrategias de prevención.

Se comprueba qué estas actividades son eficaces como formación previa para los profesionales, pero es necesario seguir mejorando su diseño y evaluación para maximizar su impacto y adaptarlo a las necesidades de la población objetivo y poder así demostrar su eficacia.

Introducción

En las últimas décadas, la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha cobrado una relevancia creciente dentro del ámbito de la salud pública y la psicología clínica (Ruiz Lázaro, 2025). Este interés se ha traducido en un aumento significativo en el desarrollo y la evaluación de programas específicos orientados a reducir la incidencia y el impacto de estos trastornos. La expansión de estas intervenciones ha permitido identificar estrategias prometedoras y generar evidencia sólida sobre los factores que contribuyen a su eficacia (Hernández et al., 2023). Sin embargo, pese a los avances alcanzados, persiste la necesidad de continuar perfeccionando tanto el diseño como la evaluación de estas iniciativas, con el fin de maximizar su

impacto y adaptarlas mejor a las características y necesidades de las poblaciones objetivo.

La prevención de los TCA ha avanzado significativamente, evolucionando desde un área con escasa evidencia hacia un campo que cuenta con intervenciones preventivas efectivas (Becker & Stice, 2017). Estas intervenciones han demostrado reducir factores de riesgo, disminuir la sintomatología y prevenir la aparición de nuevos casos. Entre las estrategias más respaldadas empíricamente se encuentran los programas basados en la disonancia cognitiva, que han mostrado efectos positivos y sostenidos en múltiples ensayos controlados aleatorizados (Ruíz-Lázaro, 2022). Este progreso subraya la importancia de implementar y continuar desarrollando programas preventivos sólidos para abordar los TCA desde una perspectiva temprana y basada en la evidencia (Ghaderi et al., 2020).

Los TCA presentan una elevada comorbilidad con otros problemas de salud mental, como los trastornos del estado de ánimo y los relacionados con el consumo de sustancias, lo que hace recomendable adoptar un enfoque integral centrado en la promoción del bienestar psicológico (Hawkins et al., 2002). Factores como la baja autoestima y el afecto negativo se han identificado como factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal y de la conducta alimentaria (Jacobi, 2005). En este contexto, la formación de los profesionales resulta fundamental para favorecer la detección temprana y el abordaje inicial desde una perspectiva biopsicosocial basada en la evidencia (Martínez-Suarez et al., 2022). Al igual que a otros niveles asistenciales, la actitud preventiva del profesional ha de basarse en la información de calidad, actualizando su formación periódicamente. Ha de saber hacer una evaluación detallada de la sintomatología central, identificando correctamente cualquier manifestación relacionada con el miedo al aumento de peso, su pérdida, el deseo de adelgazar y la alteración/insatisfacción con la imagen corporal, estableciendo la gravedad y, cuando sea posible, fijando el momento de inicio de la enfermedad (Martínez-Suárez et al., 2022).

Las directrices del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y la Atención (NICE) destacan la necesidad de una detección temprana y de un acceso rápido a servicios comunitarios especializados en el tratamiento de los TCA (NICE, 2017). También, subrayan el papel fundamental de la familia y los cuidadores como parte del proceso de recuperación. Como tratamiento de primera elección, recomiendan intervenciones psicológicas adaptadas a las características de cada trastorno, entre las que se incluyen la terapia cognitivo-conductual específica para trastornos alimentarios, la terapia familiar centrada en estos trastornos y los programas de autoayuda guiada. En cuanto

al tratamiento farmacológico, este no debe utilizarse como única intervención, aunque puede emplearse de forma complementaria cuando resulte clínicamente indicado. Además, la Guía aconseja mantener una coordinación estrecha con otros servicios sanitarios especializados para abordar de manera integral las comorbilidades físicas y los trastornos mentales asociados (Vasey et al. 2024).

Aunque las intervenciones con un enfoque amplio de promoción del bienestar ofrecen múltiples beneficios, la evidencia indica que aquellas dirigidas a factores de riesgo específicos son más eficaces para prevenir los TCA (Canals & Arija-Val, 2022). En particular, la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso se han identificado como algunos de los principales predictores del desarrollo de sintomatología alimentaria. Por ello, además de promover competencias generales, las estrategias preventivas y formativas deberían abordar específicamente la imagen corporal y otros factores de riesgo propios de estos trastornos (Leiva et al., 2020).

1. JUSTIFICACIÓN

El creciente conocimiento de los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios en las últimas décadas ha facilitado el desarrollo de programas de prevención, intervención temprana y tratamiento basados en la evidencia, destinados a reducir el inicio de estas condiciones (Barakat et al., 2023). Dada la gravedad de los TCA, los desafíos que implica su tratamiento y su creciente prevalencia global (Stice et al., 2021), los esfuerzos de investigación han priorizado estrategias de prevención centradas en mitigar los factores de riesgo y mejorar los factores protectores, junto con la identificación e intervención temprana en las primeras fases de manifestación de los síntomas. Este doble enfoque busca abordar la creciente preocupación de salud pública que plantean los TCA mediante enfoques dirigidos y fundamentados científicamente (Canals & Arija-Val 2022).

Estos programas suelen incluir actividades educativas, talleres y campañas de sensibilización dirigidas a diferentes grupos de población (Aznar et al., 2022). La implementación práctica requiere una planificación cuidadosa que considere los recursos disponibles, el contexto cultural y las necesidades específicas de la comunidad. Además, es fundamental evaluar continuamente el impacto de las intervenciones para ajustar y mejorar su efectividad (Imaz-Roncero et al., 2022).

La prevención y el abordaje de problemáticas complejas como los TCA requieren la integración de múltiples perspectivas que abarquen dimensiones psicológicas, sociales y culturales. Para la prevención primaria efectiva a nivel

comunitario se utiliza el paradigma de la promoción de la salud (Ruíz Lázaro, et al., 2022). Para lograr intervenciones efectivas, es esencial fomentar la participación activa tanto de la comunidad como de los individuos en situación de riesgo, garantizando así que las estrategias sean pertinentes y adaptadas a sus necesidades. La implementación de procesos de evaluación continua y rigurosa permite ajustar y optimizar las intervenciones.

Las revisiones realizadas por diferentes autores han seleccionado ensayos rigurosos metodológicamente y que han obtenido beneficios en la prevención de los TCA. Destacan: Weigh to Eat (Neumark-Sztainer et al., 1995), *Stewart's Untitled* (Stewart, et al., 2001), *Planet Health* (Austin, et al., 2007), *New Moves* (Neumark-Sztainer, et al., 2010), *Yager's Untitled* (Yager & O'Dea 2010).), *Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media* (González, et al., 2011), *Student Bodies* (Taylor, et al., 2006), *Body Project* (Stice, et al., 2006), *Healthy Weight* (Stice, et al., 2008), *Student Athlete Eating Disorder* (Martinsen et al., 2014) y Programa ZARIMA (Ruíz Lázaro, 2022). Estas investigaciones describieron las acciones más efectivas de los programas, pudiéndose identificar que en su mayoría se habían realizado en sesiones múltiples, en formato grupal, con algo de contenido interactivo, basados en la teoría cognitiva o conductual, y que habían incluido varios de estos temas: alimentación saludable y nutrición, alfabetización mediática, factores socioculturales, ideal de belleza y satisfacción con la imagen corporal (Ciao et al., 2014; Ruíz Lázaro et al., 2022; Stice, et al. 2019).

2. DISEÑO DEL PROGRAMA

Se diseña un programa "*Me miro con nuevos ojos*" y se lleva a cabo con un grupo de profesionales, estudiantes y familiares (n=16). El objetivo es mejorar sus competencias en el reconocimiento y abordaje inicial de los TCA, conocer actividades y comprobar si las actividades planteadas son eficaces.

El programa está distribuido en dos bloques: uno sobre la imagen corporal y otro sobre la autoestima.

Antes de iniciar cada bloque se rellenan preguntas de autoanálisis que ayudan a conocerse mejor, identificar hábitos y patrones de comportamiento, comprender emociones, tomar decisiones más conscientes y establecer metas acordes con los intereses y necesidades propios. Y así, tener una mayor conciencia sobre sí mismo.

Bloque I: Imagen Corporal.

Actividad 1: Muro de las creencias.

Objetivo: Identificar y cuestionar creencias negativas sobre la imagen corporal.

Materiales: Tarjetas.

Instrucciones:

3. Escribir una creencia negativa sobre tu imagen en cada tarjeta.
4. Coger la tarjeta de otra persona y escribir una frase que cuestione o reformule esa creencia.
5. Construir un muro con ambos lados visibles (muro viejo/muro nuevo).

Actividad 2: Mi cuerpo a lo largo del tiempo.

Objetivo: Reflexionar sobre cómo ha cambiado la relación con mi cuerpo a lo largo de mi vida.

Material: Gráfica.

Instrucciones:

1. Dibujar una línea de tiempo con momentos claves relacionados con mi cuerpo: niñez, adolescencia, adultez.
2. Marcar eventos que hayan afectado la percepción corporal (positivos o negativos).
3. ¿Qué mensajes recibí? ¿Qué he aprendido desde entonces?

Actividad 3: Mis tres versiones.

Objetivo: Explorar la identidad, revisar rigidez y descubrir potencialidades.

Material: Papel y lápiz.

Instrucciones:

1. Escribe tres listas:

- Quién creo que soy.
- Quién quiero ser (sin exigencias, desde el deseo).
- Cómo me ven quienes me aman.

2. Comprueba: ¿Qué partes se repiten? ¿Qué versión se parece más a la realidad?

Otras actividades. Objetivo: Realizar actividades que me ayuden a mejorar mi imagen corporal.

Mis frases ancla. Objetivo: Crear frases de afirmación y autovaloración para llevar como recordatorio.

El espejo con otra mirada. Objetivo: Fomentar una relación más compasiva con el cuerpo, ayudando a la persona a reconocerse como más que una imagen física.

Cartografía corporal. Objetivo: Reconocer emociones asociadas a distintas partes del cuerpo sin juzgar su apariencia.

Algunas propuestas que se presentan a los participantes a la hora de elegir actividades: conviene repasar la imagen corporal positiva y negativa y pautas para prevención del malestar con la imagen corporal. Adelantarte a la situación. Considerar qué pensamientos negativos tendrás. Valorar qué consecuencias negativas tendrá en tus sentimientos. Pensar qué técnicas emplearás para combatirlos. Imaginar que te estás enfrentando a la situación. Enfrentarte a la situación real. Y ser realista, el cambio necesita tiempo y recompénsate.

Bloque 2: Autoestima

Actividad 1: Lo que sí me gusta.

Objetivo: Facilitar el cambio del foco de la crítica hacia la apreciación.

Material: En círculo.

Instrucciones:

1. Cada persona dice una cosa de su cuerpo que valora, puede ser físico o capacidad o experiencia relacionada con el cuerpo.

2. Explicar el por qué. Validar las respuestas, no forzar.

Actividad 2: Te veo con otros ojos.

Objetivo: Fomentar la empatía y el aprecio desde lo emocional, no desde la imagen.

Material: Nos movemos por la sala nos paramos frente a alguien.

Instrucciones:

1. Cada persona se sienta frente a otra

2. Durante 30 segundos, se miran en silencio.

3. Luego, cada uno le dice al otro: "*Algo que veo en ti más allá de tu apariencia es…"*

4. Hacer dos o tres rondas con diferentes personas.

Actividad 3: Cuestiona las voces interiores.

Objetivo: Aprender a poner en duda tu diálogo interno negativo.

Material: Escribe tus pensamientos más recurrentes sobre tu cuerpo o tu valor y respóndelos con una voz más amable, como si hablaras con un amigo.

Instrucciones:

1. Pregúntate:

- *¿Este pensamiento me lo diría a mi alguien que me quiere?*
- *¿Es 100% verdad?*
- *¿Hay otra forma de verlo?*

2. No todo lo que piensas es cierto. Es solo aprendido.

Otras actividades. Realizar actividades para conseguir una percepción positiva de ti mismo/a.

Mi mapa de fortalezas. Objetivo: Reconocer cualidades personales positivas.

De quien son estas ideas. Objetivo: Identificar que partes de tu autoimagen provienen del entorno y no de tu propia experiencia.

Ronda de elogios auténticos. Objetivo: Recibir reconocimiento sincero y afectivo del grupo.

Se reflexiona si estas actividades consiguen convencer para que quede claro que hay que cambiar la mente no el cuerpo y llegar a una percepción positiva a través de la aceptación y la autoestima.

3. DISCUSIÓN

A diferencia de la mayoría de los programas descritos en la literatura, que se centran en intervenir directamente con la población diana, las personas con TCA o con riesgo, esta propuesta está dirigida a los profesionales responsables de diseñar e implementar las intervenciones preventivas. Su principal aportación consiste en promover la reflexión sobre los criterios de calidad que deben guiar el desarrollo de estos programas, incorporando un enfoque participativo en el que se tiene en cuenta la perspectiva y las necesidades de las personas destinatarias.

Además, el taller pretende facilitar la transferencia de la evidencia científica a la práctica profesional, favoreciendo que los futuros programas de prevención integren los componentes cuya eficacia ha sido respaldada por la literatura (Canals & Arija-Val., 2022), como el uso de metodologías participativas, actividades grupales e interactivas y contenidos relacionados con la imagen corporal y la autoestima (Ruíz Lázaro, 2025). La propuesta contribuye a fortalecer las competencias de los profesionales para diseñar intervenciones más adaptadas, relevantes y potencialmente más eficaces. Se comprueba que la formación de los profesionales favorece la detección y abordaje temprano (Martínez-Suárez, et al., 2022).

El programa presenta diversas fortalezas que pueden favorecer su utilidad y aplicabilidad en el ámbito de la prevención de los TCA. En primer lugar, adopta un enfoque interdisciplinar y pretende llegar a profesionales de diferentes disciplinas, con idea de comprender que hay que abordar la prevención desde una perspectiva integral (García et al., 2025). El programa se basa en metodologías de aprendizaje activo, fomentando la participación de los profesionales mediante dinámicas grupales, el análisis de casos, la reflexión crítica y el intercambio de experiencias. Este enfoque favorece la adquisición de competencias prácticas y facilita la aplicación de los conocimientos en el contexto profesional. Otra fortaleza del programa es su fundamentación en la evidencia científica disponible sobre las características de las intervenciones preventivas más eficaces que se han tenido en cuenta (Ciao et al., 2014; Ruíz Lázaro et al., 2022; Stice, et al. 2019).

El programa presenta una estructura flexible y adaptable a distintos contextos asistenciales, educativos o comunitarios, lo que facilita su implementación en diferentes entornos y con profesionales de diversas disciplinas. Esta adaptabilidad favorece su transferencia a la práctica y aumenta su potencial para contribuir al desarrollo de programas preventivos de mayor calidad.

Aunque el programa presenta algunas limitaciones. No se han evaluado los resultados de aprendizaje, se centra sobre todo en la satisfacción de los participantes y en la adquisición de conocimientos o competencias, y esto no permite valorar si estos aprendizajes se traducen en modificaciones reales de la práctica profesional o en una reducción de la incidencia de los TCA. Para ello, serían necesarios estudios de seguimiento a medio y largo plazo. La evidencia científica en la que se fundamenta el programa es aquella disponible y basada en algunos programas no en todos los existentes. Han aparecido avances en prevención nuevos centrados en las nuevas tecnologías que no han sido incluidos.

Como líneas de trabajo futuras, sería conveniente evaluar si las actividades, conocimientos y competencias adquiridos por los profesionales se traducen en cambios en el diseño y la implementación de programas de prevención de los TCA que apliquen los asistentes en los diferentes contextos en los que trabajen.

4. CONCLUSIÓN

Los programas especializados en prevención y tratamiento temprano de los TCA deben contar con disponibilidad de personal cualificado, financiación y capacidad organizativa como requisito fundamental para la implantación y el mantenimiento. La insuficiencia de estos recursos limita el acceso a una atención temprana y de calidad, favoreciendo retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento, lo que puede incrementar la gravedad, la complejidad y la cronificación de estos trastornos.

Para poder seguir los protocolos de intervención en TCA se requiere formación, supervisión y evaluación continua de los programas que integren intervenciones basadas en la evidencia.

Existe una falta de protocolos estandarizados y formación para los profesionales, lo que reduce la coherencia y eficacia de los esfuerzos de detección e intervención temprana. Sin directrices uniformes y preparación adecuada, las iniciativas de detección temprana pueden variar mucho en calidad e implementación, lo que lleva a oportunidades perdidas para un tratamiento y prevención rápidos.

Las barreras y el estigma que rodean los TCA dificultan el acceso de las personas a servicios preventivos y apoyo oportuno. Por eso los profesionales deben estar preparados para su detección y prevención. Incluso los profesionales también pueden tener prejuicios o carecer de formación lo que crea barreras añadidas para una atención eficaz.

El seguimiento a largo plazo y el seguimiento de resultados de los esfuerzos en prevención suelen ser insuficientes, limitando la capacidad de evaluar la eficacia sostenida e informar de mejoras futuras. Abordar estos desafíos es fundamental para desarrollar programas de prevención que sean culturalmente sensibles, ampliamente aceptados y demostrablemente efectivos a lo largo del tiempo.

Las estrategias basadas en la evidencia mejorarían si la colaboración entre investigadores, clínicos y partes interesadas fuese real y que el impacto de la investigación influya en las mejoras reales de la salud.

Los desafíos tecnológicos y logísticos limitan la implementación de programas de prevención escalables y accesibles.

Abordar estos trastornos de forma eficaz requiere enfoques coordinados y multisectoriales que integren esfuerzos en la sanidad, la educación, los servicios sociales y las organizaciones comunitarias. Sin embargo, a pesar de reconocer la necesidad de estrategias integrales de prevención, la coordinación entre estos sectores sigue siendo débil, lo que limita el posible impacto de las intervenciones. Por tanto, fortalecer la colaboración y la comunicación entre sectores es fundamental para desarrollar e implementar esfuerzos de prevención efectivos y holísticos que puedan abordar los diversos determinantes de los TCA.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[230] Austin, S. B., Field, A. E., Wiecha, J., Peterson, K. E., & Gortmaker, S. L. (2005). The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviours in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *159*(3), 225-230.

[231] Aznar, M., Herrero-Martin, G., & Jáuregui-Lobera, I. (2022). Diseño de un programa de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en niños. *Journal of Negative and No Positive Results*, *7*(2), 126-159.

[232] Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 8.

[233] Becker, C. B., & Stice, E. (2017). From efficacy to effectiveness to broad implementation: Evolution of the Body Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(8), 767–782. https://doi.org/10.1037/ccp0000204

[234] Canals, J., & Arija-Val, V. (2022). Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria, 39* (SPE2), 16-26. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04174

[235] Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D. (2014). Preventing eating disorders pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Report.*16:453. https://dx.doi 10.1007/s11920-014-0453-0

[236] Ghaderi, A., Stice, E., Andersson, G., Enö Persson, J., & Allzén, E. (2020). A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disor-

ders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(7), 643. https://doi.org/10.1037/ccp0000506

[237] García, R. J., Canga-Espina, C., Domenjó, A. M., Perales, G. O., & Díez-Suárez, A. (2025, August). Trastornos de la conducta alimentaria: intervención del pediatra en la prevención, detección precoz, evaluación y tratamiento interdisciplinar. In *Anales de Pediatría*, *103*, (2), p. 503907. Elsevier Doyma. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503907

[238] González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., & Raich, R. M. (2011). Disordered eating prevention programme in schools: A 30-Month Follow-up. *European Eating Disorders Review*, *19*(4), 349-356. https://doi.org/10.1002/erv.1102

[239] Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, *27*(6), 951-976. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00298-8

[240] Hernández, R. C. L., Del Angel-García, J. E., Gómez-Peresmitré, G., Acevedo, S. P., & Guzmán-Saldaña, R. (2023). Aportaciones empíricas a un modelo teórico-práctico de prevención de anorexia y bulimia nerviosas basado en el nivel de riesgo. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *12*(2), 173-185.

[241] Imaz-Roncero, C., Ruiz-Lázaro, P. M., & Pérez-Hornero, J. (2022). Enfoques utilizados en la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria: revisión de la evidencia y la efectividad. *Nutrición Hospitalaria*, 39(SPE2), 97-111. https://dx.doi.org/10.20960/nh.4185

[242] Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. *Eating Disorders Review*, *1*, 59-84.

[243] Leiva, V. A., Tapia, C. N., Bergeret, A. T. Q., & Ugarte, C. (2020). La insatisfacción de la imagen corporal y estado nutricional en estudiantes universitarios. *Revista de Psicoterapia*, *31*(116), 279-294.

[244] Martínez-Suárez, V., Suárez-González, F., & López Díaz-Ufano, M. (2022). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. *Nutrición Hospitalaria, 39*(SPE2), 112-120. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04186

[245] Martinsen, M., Bahr, R., Børresen, R. U. N. I., Holme, I., PENSGAARD, A., & Sundgot-Borgen, J. (2014). Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *46*(3), 435-447.

[246] Neumark-Sztainer, D., Butler, R., & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education*, *27*(1), 24-31. https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80262-7

[247] NICE, N. (2017). Eating disorders: recognition and treatment. *National Institute for Health and Care Excellence.*, *27*, 547-561.

[248] Neumark-Sztainer, D. R., Friend, S. E., Flattum, C. F., Hannan, P. J., Story, M. T., Bauer, K. W., ... & Petrich, C. A. (2010). New moves—preventing weight-related problems in adolescent girls: a group-randomized study. *American Journal of Preventive Medicine*, *39*(5), 421-432. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.07.017

[249] Ruíz Lázaro PM, de Diego Díaz Plaza, M.& Belmonte Cortés S. (2022). Prevention of eating disorders in the community. *Nutrición Hospitalaria*, *39* (Spec No2), 93-96. https://doi.org/10.20960/nh.04184

[250] Ruiz-Lázaro, P. M., & Martín-Palmero, Á. (2022). Nuevos abordajes en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria, 39*(SPE2), 138-149. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04189

[251] Ruíz Lázaro, P. R., & de Psiquiatría Infanto, J. D. S. (2025). Conducta y alimentación. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón. *Salud Integral*, *13*, 61.

[252] Stewart, D. A., Carter, J. C., Drinkwater, J., Hainsworth, J., & Fairburn, C. G. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(2), 107-118. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<107::SIDA-EAT1000>3.0.CO; 2-1

[253] Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(2), 263. https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.263

[254] Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(2), 329. https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.329

[255] Stice, E., Johnson, S., & Turgon, R. (2019). Eating disorder prevention. *Psychiatric Clinics*, *42*(2), 309-318.

[256] Stice, E., Onipede, Z. A., & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review*, *87*, 102046.

[257] Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cunning, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., ... & Wilfley, D. E. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry*, *63*(8), 881-888.

[258] Vasey, M., Besag, F., Bronowska, Z., & Cini, E. (2024). The NICE guideline for the recognition and treatment of eating disorders. *Cutting Edge Psychiatry in Practice*, (6), 117-127.

[259] Yager, Z., & O'Dea, J. (2010). A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. *Health Education Research*, *25*(5), 841-852. https://doi.org/10.1093/her/cyq036

COMPROMETIDAS CON LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN

María del Mar Herrero Hernando
Colaboradora de la Asociación de Familiares de Anorexia y Bulimia de Burgos (ADEFAB), Asociación de Diabéticos de Burgos (ASDIBUR) y Asociación de Familiares y Afectados de Espondilitis Anquilosante (AFAEA)
mar.he1@hotmail.com

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son trastornos emocionales con graves repercusiones físicas y psicológicas, que no sólo afectan a la persona que los padece, sino también a su entorno familiar. Por otro lado, la familia constituye un pilar fundamental en la recuperación; por ello, cuanto mejor informada esté sobre lo que hay detrás de estos problemas y sobre cómo ayudar a su ser querido, mayor será la probabilidad de que el tratamiento resulte eficaz.

En la Asociación de Familiares de Anorexia y Bulimia de Burgos se han propuesto diversos programas psicoeducativos con los siguientes objetivos: conseguir que la familia tome conciencia de la enfermedad, informar sobre las áreas a las que afecta el trastorno, motivar a la familia para que colabore activamente, darle herramientas para evitar que el clima familiar mantenga el trastorno, ayudarle a buscar soluciones, disminuir la tasa de abandono terapéutico y ofrecer un espacio donde expresar su angustia, miedo y preocupación, sintiéndose arropada por el grupo, donde pueden expresarse si lo desean y aliviar su sobrecarga emocional.

La metodología utilizada consiste en la presentación de uno o varios temas por sesión. A los participantes se les entrega material informativo sobre el tema y, además, pueden preguntar dudas, compartir reflexiones o comentar estrategias que les funciona, incluso sobre lo que han descubierto que no les ha resultado útil.

En cuanto a los resultados, los familiares que acuden a estas sesiones se sienten comprendidos por los demás, expresan lo que sienten, reducen el nivel de preocupación y logran entender mejor a su ser querido con estos trastornos.

Como conclusión, se destaca el valor del espacio ofrecido por la asociación a familiares y entorno, cómo actúa como potenciador del proceso de recuperación del trastorno.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías que tienen repercusiones muy graves, tanto físicas como psicológicas. Las personas afectadas se sienten incomprendidas e incluso, a veces, no se entienden ellas mismas. La familia y el entorno se angustia por no saber cómo ayudar.

Desde la Asociación de Familiares de Personas con Anorexia y Bulimia de Burgos (ADEFAB) se trabaja para apoyar, desangustiar y desculpabilizar a las personas que cuidan de un ser querido afectado de alguno de estos trastornos. Además de acogerles en la asociación e informarles sobre los recursos disponibles, cada primer lunes y tercer jueves de mes se realiza una reunión para familiares y amigos de personas con TCA, tanto en la sede de la asociación como a través de la plataforma Teams en horario de tarde (desde las 18:00 a las 20:00 horas).

Entre otras iniciativas, se han realizado varios programas de apoyo, como, por ejemplo: psicoeducación, comunicación positiva, apoyo emocional, emoción expresada, la parte sana de mí ser querido, manejo de conductas difíciles y autocuidado.

Por otro lado, en ocasiones se invita también a personas afectadas por TCA a asistir a las reuniones, especialmente cuando se abordan temas relacionados con la nutrición o cuando acude a la asociación alguna invitada que ha superado un trastorno de este tipo y está dispuesta a compartir su experiencia. Las sesiones denominadas "de los TCA se sale", tienen como objetivo visibilizar que la recuperación total es posible y ofrecer esperanza tanto a las personas afectadas como a su entorno.

El 30 de noviembre de 2015 se presentó el libro coordinado por Martínez Martín (2015), titulado *"Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica"*. En este libro participaron 30 prestigiosos expertos con amplia experiencia en los TCA. La finalidad de la publicación era sensibilizar, reflexionar y hacer visibles unos trastornos que causan un profundo sufrimiento en las personas afectadas y en sus familias.

También, se han realizado Jornadas de sensibilización organizadas conjuntamente entre la Universidad de Burgos y ADEFAB, coincidiendo con el Día Internacional de la Lucha contra los Trastornos Alimentarios (30 de noviembre) y el Día Mundial de Acción de los TCA (2 de junio).

En la figura 1, se puede consultar algunas de las ponencias y los enlaces a las grabaciones que desde 2018, se han organizado por ADEFAB en colaboración con la Universidad de Burgos.

Los TCA en España y México (2018). https://youtu.be/8uQJvE5z7uE

Hombres, trastornos alimentarios y viceversa (2019). https://youtu.be/0p2m4u8yq1E

Jornada de prevención y sensibilización *"Caminando y avanzando"* (2021). https://youtu.be/4pW1Qe0Yx0E

Impacto de la COVID19 en los TCA (2021). https://youtu.be/6l2Yt0g7m8Q

Los TCA y su comorbilidad con el TDAH (2022). https://youtu.be/1YV7G7pXGmQ

Una mirada a la esperanza (2023). https://youtu.be/3Qe4p0n9b2A

Desvelando mitos, reconociendo realidades (2024). https://youtu.be/x0ZDeR1GnS0?si=LuiCoQKwL8K8j8R2

Figura 1. Ponencias y enlaces a conferencias

1. ALGUNOS PROGRAMAS LLEVADOS A CABO EN ADEFAB

1.1. Psicoeducación

El programa de Psicoeducación se realiza con familiares de personas con TCA. La mayoría de las participantes son madres. Con este programa se pretende favorecer la comprensión de los trastornos para que, de esta forma, los familiares y las personas del entorno de las afectadas puedan contribuir de la manera más eficaz posible a la recuperación.

El grupo de Psicoeducación para familiares ayuda a mejorar la implicación del entorno, influyendo positivamente en la recuperación de la persona afectada, reduce los sentimientos de aislamiento y soledad de las familias, facilita la toma de conciencia y refuerza la retención de información mientras comparten sus experiencias, sin olvidar el ahorro en el coste económico que supone el acceso a este tipo de servicios (De Frutos y Brenal, 2012).

Los objetivos del programa son que la familia tome conciencia de la enfermedad, conozca mejor el trastorno e incremente su motivación para seguir apoyando el tratamiento o incluso para iniciarlo cuando aún no se ha dado ese paso.

Los contenidos que se presentan en este programa incluyen los siguientes puntos: qué son los Trastornos Alimentarios, qué factores son los causantes, cuáles son los síntomas, consecuencias y tratamiento. El material utilizado se basa en el manual de psicoeducación grupal de padres en trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario de Móstoles (Comunidad de Madrid),"*¿Qué le está pasando a mi hija?"* (de Frutos Guijarro y Bernal Gutiérrez, 2012) y la *Guía de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Respuestas sencillas a preguntas complejas"* (Martínez-Martín, et al., 2021).

El programa de Psicoeducación se ha realizado en varias ocasiones en la asociación y para los participantes es una buena forma de entender la enfermedad, compartir pautas que les han sido útiles y además, de comunicar sus necesidades. Estas aportaciones han ayudado a impulsar otros programas relacionados con temas más concretos, como la comunicación, qué hacer ante conductas complicadas de afrontar, la gestión de emociones o el autocuidado.

1.2. Comunicación: Te escucho estoy aquí

Muchas veces, en consulta, las personas que sufren TCA expresan que echan de menos que se les escuche sin darles ningún consejo. Esta idea se les explica a los familiares en las sesiones de grupo, ya que la tendencia a juzgar, opinar e incluso invalidar lo que la persona con TCA sienten o piensan es muy frecuente cuando se desconoce lo que realmente va a ayudar a su ser querido.

Para trabajar el tema de la comunicación, se utiliza como material la segunda parte del libro de Calvo (2002), *"Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas"* concretamente el apartado titulado: "*Colaboración de la familia*", que sirve de base para reflexionar sobre cómo comunicarse de manera eficaz.

Los objetivos de este programa son: disminuir la tensión en la comunicación familiar y fomentar la comunicación positiva.

Los contenidos trabajados en este programa incluyen:

- Habilidades de comunicación: estrategias para escuchar, validar y responder sin juicio.
- Reducción de tensiones familiares: pautas para evitar escaladas emocionales.
- Afrontamiento de pensamientos negativos: cómo identificarlos y sustituirlos por otros más realistas.
- Identificación, regulación y aceptación emocional tanto en la persona afectada como en los familiares.

- Inclusión de los hermanos**:** reconocer su papel y su impacto emocional.
- Establecimiento de límites saludables

1.3. Conductas complicadas

En las reuniones de familiares, es frecuente que pregunten qué hacer ante ciertas conductas relacionadas con la sintomatología de los TCA. Treassure et al. (2013), lo explica de forma muy interesante en su libro *"Los Trastornos de la Alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido*" que se utiliza como referencia para orientar a las familias.

El objetivo de este programa de manejo de conductas complicadas es ofrecer pautas e información sobre lo que se puede y no se debe hacer ante conductas especialmente complicadas.

Los contenidos que se trabajan están relacionados con cómo actuar ante conductas como por ejemplo: los vómitos, la restricción alimentaria, el exceso de ejercicio físico, el perfeccionismo, las autolesiones o las emociones intensas.

Este trabajo permite a las familias comprender mejor la función de estas conductas, responder de forma más ajustada y reducir la sensación de impotencia que suele acompañar a estas situaciones.

1.4. Emoción expresada

La forma que tiene la familia y el entorno de expresar lo que sienten ante la sintomatología de la persona afectada puede influir tanto en la recuperación como en el mantenimiento del problema. Este aspecto es especialmente relevante en el ámbito de la Emoción Expresada (EE), un constructo que ha demostrado tener un impacto significativo en la evolución de los TCA.

Grau Touriño et al. (2009) iniciaron un programa de investigación de cinco años sobre la EE familiar y los TCA que culminó en un protocolo de intervención para reducir los niveles de EE en los familiares, mejorando con ello, el pronóstico de la persona afectada. En mayo de 2011, se celebró en Burgos el VIII Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA), que se organiza cada dos años. Una de las ponencias presentadas fue "*Emoción Expresada Familiar. Grupo de intervención en familias*" impartida por Grau Touriño y Sánchez, que resulta de gran utilidad para trabajar este contenido en las sesiones con familiares. Los objetivos de esta propuesta de intervención y los contenidos se pueden consultar en la tabla 1.

Tabla 1. Objetivos y contenidos del programa EE familiar

Objetivos	Contenidos
Conocer el concepto de EE	Información general sobre los TCA y su tratamiento.
Reducir los niveles de EE en la familia	Concepto de EE familiar
Favorecer una mayor comprensión de la sintomatología para evitar relacionarse a través de ella	Criticismo
Crear un espacio de ayuda donde compartir experiencias y emociones.	Sobreimplicación
	Hostilidad
	Calidez y comentarios positivos
	Por qué son necesarias las emociones, tanto las agradables como las desagradables, y como gestionarlas de forma más saludable.

1.5. Autocuidado

La familia también debe ser consciente de sus propias emociones y reacciones ante la enfermedad, y darse cuenta de que para poder cuidar necesita cuidarse física y mentalmente.

"Junto al descubrimiento de su dimensión personal, los padres necesitan mejorar su bienestar y salud, seguramente maltrecha debido a los estragos que origina el estrés inherente a los trastornos. Las madres tienden a padecer depresión, problemas circulatorios, dolor de huesos y cansancio. Los padres varones, problemas de corazón. Al aumentar el autocuidado, desciende de forma indirecta, la cantidad de atención que dedican a las conductas negativas de la hija y les ponen límites. Además, al aceptar que ellos también necesitan descanso y distracciones, alivian a las pacientes de la culpa que tienen por el daño infligido por la enfermedad." (Calvo, 2002, p. 312-313).

En este programa se trabaja la importancia del autocuidado del cuidador, aportando reflexiones y estrategias adecuadas para cada persona. Para ello, se utiliza como material la publicación "*Pautas de autocuidado para las familias en casos de TCA*" (Sarró-Álvarez y Mitjá-Costa, 2022), disponible en el Blog de SOM Trastornos de la Conducta Alimentaria.

2. "DE LOS TCA SE SALE"

"*De los TCA se sale*" fue una frase muy utilizada en redes por la psicóloga valenciana Gema García. En la asociación se ha utilizado para visibilizar la recuperación de estas patologías y transmitir esperanza tanto a personas afectadas como a sus familias y a personas de su entorno. En estas ocasiones, colabora una persona recuperada de un TCA y pueden acudir tanto familiares, amigos y personas con un TCA.

La primera persona que contactó con ADEFAB para visibilizar su recuperación total, fue María Casas, autora del libro "*Niños perdidos*" (2012) en el que se puede leer su testimonio y entender mejor lo que hay detrás de estas enfermedades. Casas sigue acudiendo a la asociación y a eventos, junto con su padre, para seguir transmitiendo la esperanza de que estos problemas tienen solución. Así, por ejemplo, el 29 de noviembre de 2021, impartió la conferencia "*De los TCA se sale*".

A lo largo de su trayectoria, la asociación ha contado con otras personas que también han querido compartir sus experiencias con los TCA, entre ellas, Belén, Estrella, Elsa Fernández Blanco- autora de *"Un infierno donde hace frío"*-, Negu Karlsson - autor de "*kg*"-, Laura, Paula Marcos – autora de "*Mi figura no es delgada*"-, Paula, Sara González Parriego- autora de "*Nada es lo que parece*"-, Manuel Baruque - autor de "*El peso de la perfección"*- Sandra, Merche, …. En el párrafo siguiente se expone un testimonio de una de estas personas.

"*No hay baritas mágicas, pero existe una columna o pilar que son las personas que tienes a tu lado: padres, hermanos, prima. Ellos estuvieron ahí y creyeron en mí mucho más que yo misma. Ellos creyeron que yo podía. Ellos no tiraron la toalla en ningún momento. Por eso, yo pude salir. La fuerza de voluntad, es muy difícil tenerla en esos momentos. Aunque tu digas, sí, quiero salir, hay algo más fuerte que tú, que es la enfermedad y en un segundo, te rompe, te desanima y te vuelve a crear esas inseguridades. Pero la gente que está a tu lado, que está al otro lado del ESPEJO, que tiene conciencia clara de cómo eres tú, son las que te sacan de ahí. No hay baritas mágicas, pero sí personas mágicas. Hay que buscar ayuda de profesionales especializados, pero los apoyos del entorno también son necesarios para salir de los TCA" (*Merche, junio 2025)

3. MADRES

Con motivo del Día Internacional de la lucha contra los TCA, hace más de diez años que la Universidad de Burgos y ADEFAB organizan activi-

dades para sensibilizar y visibilizar estas patologías. En 2016, se presentó en la Facultad de Ciencias de la Salud el libro *"Las mentiras del hambre*" cuya autora, Feiny Encina, relató que esta obra surgió a petición de su hija con el objetivo de apoyar a personas en su situación. En este libro, la autora, madre de una joven con anorexia nerviosa, comparte su experiencia y relata como su constante entrega y apoyo posibilitaron ayudar a su hija a salir del trastorno.

En esta línea, se expone a continuación un poema escrito por una madre de la asociación, expresando el sufrimiento y la lucha de las familias afectadas.

NO NOS RENDIREMOS

Cansada, estoy cansada,
muy cansada
de luchar
contra tu alma
derrotada.
Mi corazón lo grita,
mi boca lo calla.
Cansada, estás cansada,
muy cansada
de luchar
tantas batallas
día tras día
que te parten el alma.
Tu alma dividida,
entre la cordura y
la locura.
El martirio y la tortura
de comer o no comer.
Comer, alimentarse,
tu cuerpo grita SÍ,
comer…,tu alma
grita NO.
El amor y el odio
no dejan de luchar,
y cada día, cada hora
cada instante, esa guerra,
has de pelear.
Cuantas veces pensarás
basta, basta ya,
no puedo más,
habrás deseado,
rendirte, nada más.
Pero no puedes rendirte,
sabes que tiene que
ganar ese cuerpo
que te pide
luchar y no cejar
en el empeño de
salir del TCA.
Cansada estoy cansada,
cansada estás cansada,
muy cansadas,
pero no nos rendiremos
¡¡¡JAMÁS!!!

"A mi hija a quien tanto quiero" L. G. B.

En junio de 2024, con motivo del Día Mundial de Acción por los TCA, se organizó en la Universidad de Burgos, la jornada con el título: *"Familia y trastorno alimentario. Una convivencia difícil*". En esta ocasión se volvieron a escuchar testimonio de esperanza, de Feiny, y de Paloma que compartieron la recuperación de sus hijas, de la presidenta de ADEFAB que destacó que cada persona afectada es diferente, pero que el trastorno tiene solución con ayuda especializada.

4. LOS HERMANOS

En 2019, Annarce, rapero social de Granada y hermano de una persona con TCA, publicó su canción "*El canon de la locura*" con la intención de visibilizar el factor disparador del acoso relacionado con el peso y el sufrimiento que conlleva el trastorno en la familia, especialmente en los hermanos, además de animar a su hermana a salir de él. Desde entonces, Annarce ha colaborado con ADEFAB de manera continua, para compartir su testimonio como hermano, sensibilizando a las familias o a la sociedad sobre qué piensan, qué sienten y cómo viven los hermanos de personas con TCA, las situaciones que la enfermedad genera. También se han realizado talleres de prevención del acoso escolar y TCA en centros educativos y en la creación de un vídeo: *"Al filo del espejo"* (2024) (http://dailymotion.com).

5. PRIMERA JORNADA TCA (COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA CASTILLA Y LEÓN)

El Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León (COPCYL) cuenta con un grupo de trabajo de TCA desde septiembre de 2018. La creación de este grupo de trabajo ha supuesto un espacio de enriquecimiento para de todos sus miembros, además de contribuir a aumentar la sensibilización sobre estos problemas entre los profesionales y en la sociedad. Los objetivos para los que se creó son los siguientes:

- Profundizar en el estudio de los TCA y la obesidad.
- Fomentar la investigación en el campo de los TCA y la obesidad.
- Compartir experiencias e intercambiar ideas para el enriquecimiento mutuo, creando un espacio de conocimiento y crecimiento profesional.
- Crear una red de apoyo para profesionales que se dediquen a esta área de trabajo.
- Promocionar iniciativas de formación en el campo de los TCA y de la obesidad.

- Compartir distintos enfoques de tratamiento.
- Vehicular la comunicación y colaboración con otros grupos de trabajo de TCA y obesidad a nivel nacional.

Desde este grupo de trabajo se organizó la primera Jornada de TCA, con motivo del Día Internacional de la Acción por los TCA (31 de mayo de 2025), con el título "*La Psicología en acción por los trastornos alimentarios"*. En esta Jornada se abordaron, entre otros, los siguientes temas: las repercusiones emocionales, relacionales y organizativas que estos trastornos generan en el entorno familiar; la presencia de los TCA en identidades diversas y la necesidad de enfoques clínicos inclusivos; **y e**l papel de las asociaciones y del COPCYL en la prevención y el tratamiento de estos trastornos. Todo el contenido puede consultarse en el canal de YouTube del COPCYL **(**https://youtu.be/x0ZDeR1GnS0?si=LuiCoQKwL8K8j8R2)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[260] Baruque, M. (2023). *El peso de la perfección*. Burgos, España. Atticus.

[261] Calvo, R. (2002). *Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona, España: *Planeta Prácticos.*

[262] Casas, M. (2013). *Niños perdidos*. Madrid, España: viveLibro

[263] De Frutos, J. J. y Bernal. A. I. (2012). *¿Qué le está pasando a mi hija? Hospital de Móstoles*

[264] Encina, F. (2016). *Las mentiras del hambre*. Madrid, España: viveLibro

[265] Fernández Blanco, E. (2018). *Un infierno donde hace frío*. España: Caligrama.

[266] González Parriego, S. (2021). *Nada es lo que parece*. España: Círculo Rojo.

[267] Grau Touriño, A. y Sánchez, M. (2011). *Emoción expresada familiar*. Grupo de Intervención en Familias. Conferencia presentada en el VIII Congreso AEETCA, Burgos. https://slideplayer.es/slide/1070400/

[268] Karlsson, N. (2019). *Kg*. Madrid, España: viveLibro

[269] Marcos, P. (2015). *Mi figura no es delgada*. Madrid, España: viveLibro

[270] Martínez Martín, M. A. (Coord.). (2015). *Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria: Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica*. Madrid, España: Altaria.

[271] Martínez-Martín, M. A., Herrero Hernando, M. M., Ortega Moral, D., y Araguzo Usabel, R. M. (2021). *Guía de trastornos de la conducta alimentaria: Respuestas sencillas a pre-*

guntas complejas (edición e-book). Universidad de Burgos; Ayuntamiento de Burgos; ADEFAB. https://cultura.aytoburgos.es/documents/57356/62316/ebook-guia-de-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-respuestas-sencillas-a-preguntas-complejas.pdf/8fe7fa76-51d5-bc64-3bc7-b46c37f41b25?t=1639557484616

[272] Sarró Álvarez, S. y Mitjá Costa, J. (2022). *Pautas de autocuidado para las familias en casos de TCA. Blog SOM Salud Mental;* https://tca.som360.org

[273] Treasure, J., Smith G., Crane, A. y Campillo-Ruiz, F. (2011). *Los Trastornos de la Alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido*. Bilbao. España: Desclée de Brower

PSICOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ABORDAJE DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. FUNCIONES EN EL EQUIPO

María Yolanda González Alonso
María del Mar Herrero Hernando
Estefanía González Arranz
Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León
copcyl@cop.es // yolgonalo@gmail.com

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen la tercera enfermedad crónica más común. La Organización Mundial de la Salud propone que se incorporen profesionales con dedicación a la salud mental dentro de la atención primaria. Profesionales de la psicología podrían integrarse en los equipos de este primer nivel asistencial para proporcionar servicios adecuados. En este momento no están definidas las competencias que debe tener ese perfil profesional. El objetivo de este estudio es determinar las funciones de profesionales de la psicología en atención primaria de cara a trabajar con personas con trastornos de la conducta alimentaria y sus familias.

El grupo de trabajo de trastornos de la conducta alimentaria del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León se ha reunido una vez al mes, durante el último año, para tratar de determinar las funciones del profesional de la psicología en atención primaria. Para ello se realiza una recogida de información. De la misma se seleccionan y definen tres categorías en referencia a su labor en atención primaria: prevención, detección y tratamiento. Se describe qué, cómo y cuándo pueden intervenir psicólogos/as constituyendo un recurso adicional que favorece una atención integral y colaborativa, orientada a optimizar los recursos del sistema sanitario. Incorporar psicólogos/as en atención primaria mejoraría la calidad de vida, reduciría cronificación, limitaría costes, disminuiría medicalización y aliviaría la sobrecarga asistencial de otros/as profesionales de atención primaria.

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud pública de gran relevancia debido a su alta prevalencia y su clasificación como la tercera enfermedad crónica más común (Ruíz Lázaro, 2025). Estas patologías afectan significativamente la calidad de vida de quienes las padecen y representan un desafío considerable para los sistemas de sa-

lud, que requieren implementar estrategias eficaces tanto de prevención como de tratamiento (Vasiliu et al., 2025; WHO, 2022). La complejidad de los TCA radica en sus múltiples factores etiológicos, que incluyen aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, lo que demanda un abordaje multidisciplinario para su manejo adecuado (Arija-Val et al., 2022). Por tanto, resulta imperativo profundizar en el conocimiento y desarrollo de intervenciones que permitan mitigar el impacto de estos trastornos en la población.

A nivel mundial, la prevalencia de los TCA ha aumentado en un 25 %, pero solo alrededor del 20 % de las personas afectadas solicitan recibir tratamiento (Hay et al., 2023).

Los TCA representan un desafío significativo para la salud pública debido a su alta incidencia y al impacto multidimensional que generan en quienes los padecen (Navas & Pérez, 2023). Sin embargo, a pesar de su prevalencia, estos trastornos continúan siendo subdiagnosticados y poco comprendidos, lo que limita la efectividad de las intervenciones clínicas y sociales destinadas a su tratamiento y prevención (González, 2020). Esta falta de reconocimiento oportuno dificulta la implementación de estrategias adecuadas.

La atención especializada permite una detección temprana y un tratamiento apropiado, mejorando el pronóstico y reduciendo las complicaciones asociadas. Un enfoque multidisciplinario facilita la coordinación entre profesionales de distintas áreas, como nutrición, psicología y medicina, para ofrecer un tratamiento holístico (García et al., 2025). La integración de apoyo psicológico es fundamental para abordar los factores subyacentes y prevenir recaídas (Cobos et al., 2025).

Los TCA representan un desafío significativo tanto en la investigación como en la práctica clínica debido a su complejidad multifactorial. Sin embargo, existe una brecha importante en el conocimiento sobre los factores de riesgo y los mecanismos subyacentes que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. Esta limitación dificulta la creación de tratamientos personalizados y efectivos, lo que subraya la necesidad de profundizar en estos aspectos para mejorar las intervenciones terapéuticas (Martínez et al., 2025).

La detección temprana es fundamental para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones asociadas, lo que justifica la implementación de programas de tamizaje en entornos comunitarios y escolares (Ruíz Lázaro & Psiquiatría, 2020).

La Organización Mundial de la Salud ha identificado la necesidad de fortalecer la atención primaria incorporando profesionales especializados en

salud mental y la estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud también (Ruíz, 2022). En este sentido, la integración de psicólogos dentro de los equipos de atención primaria se presenta como una maniobra clave para ofrecer servicios adecuados y accesibles, que respondan a las crecientes demandas en el ámbito de la salud mental (Galvez-Llompart et al, 2021; Gómez et al., 2019).

Algunos estudios demandan más formación sobre salud mental en los profesionales de atención primaria y consideran imprescindible un equipo especializado que cuente con un profesional de la psicología (García, 2022). La evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la salud es un requisito obligatorio para la mejora de los servicios ofrecidos (Benítez Ortega et al., 2024; Guerrero & Oliver, 2025).

Actualmente, no se han establecido las competencias específicas que debe poseer el perfil del profesional de la psicología que puede ofrecer su servicio en atención primaria, lo que genera una carencia importante para la definición clara de las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para desempeñarse eficazmente en dicho rol

El objetivo de este estudio es determinar las funciones de profesionales de la psicología en atención primaria de cara a trabajar con personas con TCA y sus familias.

- Determinar las funciones específicas que desempeñan los profesionales de la psicología en el ámbito de la atención primaria para el abordaje de personas con TCA y sus familias.
- Identificar y describir las responsabilidades y competencias del psicólogo en atención primaria orientadas a la detección, intervención y seguimiento de TCA.
- Analizar el papel del profesional de la psicología en la atención integral y multidisciplinaria de pacientes con TCA en el contexto de atención primaria.
- Establecer lineamientos para la colaboración entre psicólogos y otros profesionales de salud en atención primaria para mejorar la atención a personas con TCA y sus familias.
- Evaluar las necesidades formativas y recursos necesarios para que los psicólogos en atención primaria puedan desempeñar efectivamente sus funciones en el manejo de TCA.

1. METODOLOGÍA

1.1. Diseño del estudio

Se emplearon métodos descriptivos, cualitativos y de análisis temático para identificar y analizar patrones dentro de los datos (Braun & Clarke, 2006). Este método para el tratamiento de la información permite identificar y establecer estructuras que revelan la experiencia, significados y realidades de los participantes y examina las circunstancias en las que esas experiencias, realidades y eventos son efectos de los discursos sociales (Braun & Clarke, 2006).

1.2. Participantes

Un total de seis profesionales de la psicología pertenecientes al Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León que forman parte del grupo de trabajo sobre TCA han participado en este estudio. Este organismo tiene como fines fundamentales desarrollar iniciativas que promuevan la calidad de las actuaciones profesionales de los colegiados a través de grupos de trabajo, avanzando en el campo de la deontología o promoviendo formación de calidad y a medida, así como promover la presencia de la psicología en todos aquellos campos en los que pueda contribuir a la mejora de la sociedad mediante la acción institucional y la colaboración con el entorno científico y universitario. Actualmente cuenta con cerca de 2.700 colegiados distribuidos por las nueve provincias de Castilla y León.

Las participantes fueron seis mujeres entre 33 y 62 años, con experiencia profesional en atención psicológica entre 5 y 25 años, pertenecientes al grupo de trabajo de TCA entre dos y siete años.

1.3. Recogida de datos

Para el análisis cualitativo se utilizó un grupo focal. En la primera sesión online se determina el objetivo y se preparan las líneas de estudio. En las siete sesiones siguientes se identifican las funciones. Cada sesión duró aproximadamente 90 minutos. Una de las asistentes recogía los datos de manera escrita. En la novena sesión se organizó la información en tres ámbitos: prevención, detección y tratamiento. Se pidió a los participantes que determinaran las funciones del profesional de la psicología en los TCA en atención primaria.

1.4. Análisis de datos

El grupo focal se transcribió y posteriormente los datos se organizaron en categorías a través del programa de análisis cualitativo Atlas.ti (versión 9). Primero el programa analiza el contenido temático mediante un método

inductivo de lectura y codificación, generando un marco explicativo sobre el objetivo de la investigación (Garibay & Concari, 2013). Posteriormente se codificó la transcripción destacando los pasajes más importantes que ayudaron a profundizar el significado de los datos, generando categorías. Para garantizar la fiabilidad, se utiliza como estrategia de triangulación junto con investigadores que ayudan al equipo a la codificación, a identificar convergencias y divergencias y a tomar decisiones (Korstjens & Moser 2018). Se revisaron los datos para confirmar las categorías. A continuación, las diferencias de interpretación se resolvieron mediante discusión entre las investigadoras. Se describen tres categorías con las explicaciones correspondientes: prevención, detección y tratamiento.

1.5. Consideraciones éticas

El Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León aprobó el estudio y todas las participantes proporcionaron su consentimiento informado.

2. RESULTADOS

El grupo de trabajo define los TCA como afecciones psicológicas graves relacionadas con comportamientos alimentarios que afectan negativamente la salud, las emociones y la calidad de vida de una persona. Suelen estar vinculados a problemas emocionales, de autoestima y de imagen corporal. Pueden ser una forma de afrontar el estrés, la ansiedad, la depresión u otros conflictos emocionales.

A continuación, se muestran los resultados de la investigación, organizados en tres categorías de análisis recogidas por profesionales de la psicología desde la intervención: prevención, detección y tratamiento.

2.1. Intervención

Los profesionales de la psicología afirmaron que la atención primaria de salud constituye el primer nivel de contacto entre las personas y el sistema de salud, desempeñando un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción y categorías para intervención en atención primaria

Categoría	Descripción	Subcategoría
Prevención	Permite abordar factores de riesgo y detectar condiciones de salud en etapas tempranas, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida y reducir la carga sobre los niveles asistenciales superiores. No solo optimiza los recursos sanitarios, sino que también fortalece la equidad en el acceso a cuidados efectivos y oportunos.	Abordar factores de riesgo, fomentar habilidades de afrontamiento saludables y promover una relación positiva con la comida y la imagen corporal. Promoción de la autoestima y la autoaceptación Educación sobre la presión estética y social Promoción de hábitos alimentarios saludables Desarrollo de habilidades de afrontamiento Promoción de la Comunicación abierta Prevención de la internalización de normas delgadas Promoción de la resiliencia emocional Intervención temprana en factores de riesgo
Detección	La detección temprana mejora el pronóstico y facilita intervenciones oportunas y efectivas. Es importante desarrollar y aplicar estrategias adecuadas para el reconocimiento temprano de estos trastornos en atención primaria, optimizando así la derivación y el manejo integral de las personas afectadas.	Entrevista y evaluación psicológica Observación del comportamiento Conversaciones sensibles Evaluación de la imagen corporal y la autoestima Exploración de factores como la ansiedad, traumas, problemas de autoestima, perfeccionismo, control emocional Psicoeducación y conciencia emocional
Tratamiento	Identificar signos y síntomas tempranos, ofrecer apoyo psicológico y derivar adecuadamente a especialistas cuando sea necesario.	Intervenciones terapéuticas específicas Trabajo en colaboración con otros profesionales Desarrollo de habilidades Prevención de recaídas

2.1.1. Prevención

Este enfoque preventivo implica la implementación de estrategias integrales que incluyen educación para la salud, promoción de estilos de vida saludables y seguimiento continuo de la población, adaptándose a las necesidades específicas de cada persona. La labor de atención primaria orientada a

la prevención en TCA es fundamental para identificar precozmente factores de riesgo, lo que permite intervenir antes de que los trastornos se consoliden. Hay que promover una relación positiva con la comida y la imagen corporal.

- Detectar un trastorno en fases iniciales posibilita ofrecer terapia específica y ajustada a la etapa y al momento de la persona, lo que puede llevar a mejores resultados terapéuticos (Y).
- Si no se detectan temprano estos trastornos, pueden dar lugar a complicaciones tanto médicas como psicológicas y si se abordan los primeros síntomas se puede prevenir la evolución hacia formas crónicas con mayores complicaciones (M).
- El problema no es la comida, la relación alterada con la comida suele ser una forma de expresar el sufrimiento psicológico. Es la forma en que la persona expresa su malestar (L).
- La percepción del propio cuerpo suele estar distorsionada, evalúan su cuerpo desde una autocrítica continua, asociando su valor personal al peso, la forma corporal o la apariencia (A).

La promoción de la autoestima y la autoaceptación son básicas para el bienestar psicológico de las personas con TCA. En este sentido, comprender los mecanismos y estrategias para promover estas cualidades resulta esencial para diseñar intervenciones efectivas en contextos educativos, clínicos y sociales, contribuyendo así al desarrollo integral de las personas. La educación sobre la presión estética y social es fundamental para promover una comprensión crítica de los estándares impuestos por la sociedad y sus efectos en la autoestima y bienestar individual.

- Incorporar actividades que ayuden al alumnado a identificar, expresar y regular emociones, promover una visión realista y respetuosa del cuerpo ayuda a prevenir la internacionalización de ideales estéticos rígidos (L).
- El colegio es un lugar ideal para detectar señales de alarma, aunque la prevención es muy eficaz cuando la escuela y la familia actúan de forma coordinada (P).

La promoción de hábitos alimentarios saludables es fundamental para mejorar la calidad de vida y prevenir estos trastornos. El desarrollo de habilidades de afrontamiento facilita la resiliencia y promueve un equilibrio saludable entre los desafíos y los recursos que suceden en la vida, esencial para el crecimiento personal y la salud mental.

- Conviene hablar de la alimentación desde el cuidado y la salud, no desde el control y la culpa (M).
- Una persona con un TCA puede sentir mucha ansiedad, tristeza o inseguridad. Si no tiene herramientas para manejar esas emociones, puede recurrir a dejar de comer, comer en exceso o compensar, porque eso le da una sensación momentánea de alivio. En cambio, cuando aprende estrategias de afrontamiento, como expresar lo que siente, pedir apoyo o relajarse, tal vez ya no necesite usar la comida para manejar su malestar (E).

La comunicación abierta fomenta un ambiente de confianza, colaboración y transparencia en cualquier ámbito.

- En el ámbito familiar, cuando hay tensiones, discusiones o cambios importantes, hablar sobre lo que le pasa, sentirse comprendida y buscar apoyo en lugar de esconder su malestar a través de la comida ayuda a enfrentar el problema (L).

La prevención de la internalización de normas delgadas es fundamental para promover una imagen corporal saludable y fortalecer el bienestar psicológico.

- Fomentar el pensamiento crítico respecto a los estándares sociales y mediáticos, y promover entornos de apoyo contribuye a reducir la adopción de ideales corporales poco realistas (E).

La resiliencia emocional es la habilidad para enfrentar, adaptarse y recuperarse frente a situaciones adversas o estresantes y no solo contribuye a la prevención de trastornos emocionales, sino que también potencia el desarrollo personal y social.

- Contar con habilidades que te permita responder de manera adaptativa a las dificultades del día a día es esencial para el bienestar psicológico (Y).

Crear factores protectores, autoestima sólida, autoaceptación, pensamiento crítico y entornos seguros. Permite reducir el riesgo de desarrollar TCA y favorecer el bienestar psicológico global de la persona.

2.1.2. Detección

La detección temprana de estos trastornos en el ámbito de la atención primaria puede mejorar el pronóstico y facilitar intervenciones oportunas y efectivas. Sin embargo, la identificación en este nivel asistencial presenta múltiples desafíos, debido a la variedad de síntomas, la comorbilidad con otros

trastornos y la posible falta de formación específica del personal sanitario. Este contexto subraya la importancia de desarrollar y aplicar estrategias adecuadas para el reconocimiento.

La entrevista y evaluación psicológica constituyen herramientas para la comprensión integral del individuo, permitiendo identificar aspectos emocionales, cognitivos y conductuales relevantes para el diagnóstico y la intervención. Su aplicación rigurosa y ética garantiza la obtención de información precisa y valiosa, que sirve como base para diseñar estrategias terapéuticas efectivas y personalizadas. En este sentido, la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas en la evaluación enriquece el proceso, facilitando una visión holística de la persona y contribuyendo al avance del conocimiento en el campo de la psicología clínica. La observación del comportamiento permite una comprensión profunda y detallada de acciones y respuestas de la persona que facilita patrones.

- En poco tiempo con la entrevista se pueden explorar los aspectos psicológicos: estado de ánimo, creencias, preocupaciones, hábitos, familia, trabajo, apoyo. E identificar las señales de alerta. Averiguar que le ocurre a la persona y cómo le afecta a su funcionamiento (M).
- La observación del comportamiento proporciona mucha información, que en ocasiones es contradictoria con lo que nos está diciendo la persona, y hay que contrastar estos datos (Y).

A lo largo de la intervención se pueden generar conversaciones sensibles que requieren una gestión cuidadosa y respetuosa que garantice la confianza, empatía y confidencialidad.

- La conversación que se mantiene puede ir acompañada de vergüenza, secreto y ambivalencia hacia el cambio, por eso la psicóloga tiene que generar un espacio seguro, reconocer el sufrimiento y validar emociones (A).
- Hay temas delicados que conviene abordarse de manera gradual, respetando la capacidad de afrontamiento de la persona. También hay que tener cuidado con el lenguaje que se utiliza, no centrar las conversaciones en peso y comida y evitar etiquetas (P).

La evaluación de la imagen corporal y la autoestima resulta fundamental para comprender el bienestar psicológico y emocional de las personas. También conviene explorar factores como la ansiedad, traumas, problemas de autoestima, perfeccionismo y control emocional para comprender las complejas dinámicas que afectan el bienestar psicológico.

- Yo me suelo centrar en identificar riesgos tempranos antes de que las conductas se consoliden y comprender la función de los síntomas en la vida de la persona (M).

La psicoeducación y la conciencia emocional son fundamentales para el desarrollo integral de la persona, facilitando el reconocimiento, comprensión y manejo adecuado de las emociones.

- Si le ayudas a identificar señales emocionales, que comprenda la relación entre emociones y conductas alimentarias y a desarrollar estrategias alternativas de regulación emocional puede aprender a manejar situaciones de manera saludable (M).

2.1.3. Tratamiento

Los profesionales de atención primaria están en posición estratégica para ofrecer tratamiento antes de que el trastorno se agrave.

Las intervenciones terapéuticas específicas constituyen un componente fundamental para el abordaje integral de estos trastornos, permitiendo una adaptación precisa a las necesidades individuales de cada persona.

- Creo que desde atención primaria la atención puede ser más ajustada al entorno de la persona, con prácticas más cercanas, continuas y personales lo cual puede facilitar la recuperación (L).

Se prioriza un enfoque multidisciplinario que no solo mejora la calidad del resultado final, sino que también fomenta un ambiente de aprendizaje continuo y crecimiento profesional.

- Si todos los profesionales estamos sensibilizados con estos trastornos, podemos hacer preguntas adecuadas, aprovechar las habilidades de cada uno y orientar mejor al afectado (M).

Realizar intervenciones con estrategias terapéuticas que permitan afrontar desafíos, gestionar emociones y adoptar conductas saludables de manera autónoma y efectiva contribuye a fortalecer el bienestar psicológico, prevenir recaídas y promover una mejor calidad de vida.

- La intervención tiene que estar centrada en las necesidades individuales, con cada persona hay que trabajar habilidades específicas si quieres mejorar su estado psicológico (A).

La prevención de recaídas es un componente esencial para mantener los avances logrados en cualquier proceso terapéutico o de cambio conductual.

- Hay que hacer un seguimiento minucioso que consiga reducir la probabilidad de volver a patrones no deseados para estar preparados (A).
- Es importante incluir un plan de prevención de recaídas, prepáralo junto con la persona (P).

2.2. Desarrollo de la Intervención

El papel del psicólogo/a es fundamental para abordar de manera integral los TCA, ya que su intervención en los aspectos psicológicos, emocionales y cognitivos permite desarrollar tratamientos más completos y efectivos. Su contribución garantiza que el abordaje no se limite únicamente a los síntomas físicos, sino que también contemple las raíces profundas del trastorno, favoreciendo así una recuperación sostenible y una mejor calidad de vida para quienes lo padecen.

Los participantes destacan que el profesional de la psicología en atención primaria desempeña un papel fundamental en el abordaje de los TCA, interviniendo tanto en la detección temprana como en el seguimiento de estos trastornos. Su actuación se basa en la evaluación integral del paciente, la aplicación de técnicas psicoeducativas y terapéuticas adaptadas al contexto primario, y la coordinación con otros profesionales de la salud para garantizar un tratamiento multidisciplinar. La intervención del psicólogo/a se realiza cuando se identifican signos o síntomas que afectan el bienestar emocional y físico de la persona, buscando mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones a largo plazo. Así, su labor es clave para ofrecer una atención accesible, continua y centrada en las necesidades de la persona dentro del sistema de salud primaria (Tabla 2).

Tabla 2. Desarrollo de la intervención del profesional de la psicología en atención primaria en los TCA

	Tareas
Qué hace	Evaluación y diagnóstico
	Explorar factores cognitivos y emocionales
	Terapia individual
	Terapia Familiar
	Prevención de recaídas
	Colaboración con otros profesionales
	Apoyo en la toma de decisiones
	Psicoeducación
	Promoción de cambios de comportamiento
	Enfoque integral y centrado en la persona
Cómo lo hace	Evaluación psicológica
	Terapia individual
	Exploración de patrones de pensamiento disfuncional
	Desarrollo de habilidades de afrontamiento
	Terapia familiar
	Promoción de autoaceptación y autoestima
	Prevención de recaídas
	Colaboración con otros profesionales
	Psicoeducación
Cuándo lo hace	Evaluación inicial
	Diagnóstico
	Inicio del tratamiento
	Terapia individual/familiar
	Trabajo interdisciplinar
	Prevención de recaídas
	Apoyo durante la recuperación
	Evaluación continua

3. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar las funciones de profesionales de la psicología en atención primaria de cara a trabajar con personas con TCA y sus familias, su opinión sobre la intervención y cómo hacerla. Las participantes destacaron la importancia del rol del psicólogo/a en el abordaje de los TCA, ya que su intervención permite trabajar los aspectos emocionales, psicológicos y cognitivos del problema. Esto contribuye a tratamientos más integrales y eficaces, que no se centran solo en los síntomas físicos, sino tam-

bién en las causas profundas del trastorno, favoreciendo una recuperación más duradera y una mejor calidad de vida para las personas afectadas. Resultado coherente con estudios previos que documentan la importancia de incluir apoyo psicológico en atención primaria (Cobos et al., 2025; García, 2022).

La mayoría de las participantes se animaron a identificar las competencias específicas que, a su juicio, debe tener el profesional encargado de brindar apoyo en el nivel de atención primaria. De acuerdo con Martínez (2025) la formación específica, protocolos consensuados y trabajo interdisciplinar son fundamentales para mejorar la atención.

Las profesionales también señalan la importancia de valorar la intervención en TCA en atención primaria desde la prevención, la detección y el tratamiento de acuerdo con otros muchos autores (García, et al., 2025; Ruíz Lázaro, 2022). Aunque es necesario mejorar el acceso y la experiencia en atención primaria en los casos de TCA (Asaria, 2025).

Las profesionales determinan los pasos que según ellas deben dar los profesionales de la psicología en atención primaria teniendo en cuenta los TCA. Otros muchos autores lo han intentado (Guerrero, 2025; Mocha-Román et al., 2025) defendiendo la necesidad de intervenciones breves, contextualizadas y basadas en la formulación de casos, el trabajo interdisciplinar, la colaboración comunitaria y la prevención (De la Cruz-Gil et al., 2025; Edreida et al., 2023; González-Blanch, 2025).

La intervención del profesional de la psicología en Atención Primaria ha demostrado ser un factor clave para mejorar la calidad asistencial en el manejo de alteraciones emocionales. A través de un enfoque interdisciplinario y la aplicación de tratamientos e intervenciones basadas en la evidencia, se ha logrado optimizar los resultados clínicos y favorecer el bienestar (García, 2022; López et al., 2020). Este modelo integrador refuerza la importancia de incluir la perspectiva psicológica como parte esencial del cuidado integral en salud, promoviendo una atención más efectiva y centrada en las necesidades reales de la comunidad.

Aunque el estudio, basado en la perspectiva de los participantes, ha proporcionado información relevante sobre las funciones del profesional de la psicología en atención primaria en casos de TCA, presenta algunas limitaciones. Primero solo se cuenta con un grupo focal de profesionales. La segunda limitación es que no hay experiencias centradas en este tipo de trastornos en atención primaria para comprobar eficacia y se han incluido preguntas hipotéticas.

La atención primaria representa un escenario fundamental para la promoción y el cuidado de la salud mental, dada su accesibilidad y cercanía con la población. En este contexto, la implementación de intervenciones psicológicas efectivas es crucial para abordar problemas de salud mental como los TCA de manera temprana y eficiente. Sin embargo, la evidencia científica que respalde dichas intervenciones en atención primaria aún requiere fortalecerse mediante estudios rigurosos. Por ello, se plantea la necesidad de realizar investigaciones futuras que utilicen diseños metodológicos sólidos, como ensayos controlados aleatorizados, para evaluar con mayor precisión la efectividad de estas intervenciones. Asimismo, es importante profundizar en el rol del psicólogo o psicóloga dentro de este ámbito, especialmente en la promoción activa de la salud mental, contribuyendo así a un abordaje integral y preventivo en la atención primaria.

4. CONCLUSIONES

En este estudio se explora la situación actual de las personas con TCA y sus familias para detectar las necesidades psicológicas que podrían ser atendidas por profesionales de la psicología desde la atención primaria. El discurso de las profesionales revela la demanda de incluir psicólogos/as en este servicio sanitario asistencial para desempeñan un papel fundamental en la identificación, intervención y acompañamiento de personas con TCA y sus familias.

Su función específica abarca desde la detección temprana y la evaluación clínica hasta la implementación de estrategias terapéuticas y el apoyo psicológico, facilitando así un abordaje integral y coordinado. Este enfoque contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas y promueve un entorno familiar que favorece la recuperación y el bienestar emocional. La integración de la psicología en atención primaria es, por tanto, esencial para ofrecer una atención accesible, continua y centrada en las necesidades específicas de esta población.

Sus responsabilidades y competencias abarcan la identificación de signos y síntomas, la aplicación de estrategias de intervención basadas en evidencia, y la coordinación con otros profesionales de la salud para garantizar un abordaje integral. De esta manera, contribuye a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas afectadas, fortaleciendo la capacidad del sistema de salud para responder eficazmente a estas condiciones.

Su intervención contribuye no solo al diagnóstico y tratamiento oportuno, sino también a la promoción del bienestar emocional y la prevención de recaídas, trabajando en estrecha colaboración con otros especialistas para abordar las múltiples dimensiones de estos trastornos.

Establecer lineamientos claros para la colaboración entre psicólogos/as y otros profesionales de salud en atención primaria es fundamental para optimizar la atención a personas con TCA y sus familias. Esta coordinación interdisciplinaria facilita un abordaje integral, mejora la detección temprana, el seguimiento continuo y la intervención efectiva, garantizando un apoyo más completo y personalizado. Promover espacios de comunicación y formación conjunta fortalecerá el trabajo en equipo, beneficiando directamente la calidad de vida de las personas afectadas y sus entornos familiares.

Las participantes proponen evaluar las necesidades formativas y los recursos necesarios para que los psicólogos/as en atención primaria puedan desempeñar eficazmente sus funciones en el manejo de esta enfermedad. La evaluación permitirá identificar las brechas en conocimientos y habilidades, así como optimizar la asignación de recursos, fortaleciendo así la capacidad de los profesionales para intervenir adecuadamente.

En este sentido, la función del psicólogo/a en atención primaria para casos de TCA no solo se limita a la prevención y detección, sino que también abarca un seguimiento integral que asegura la continuidad del cuidado. Además, esta labor se enmarca dentro de un enfoque multidisciplinario que potencia el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como la prevención de recaídas. Considerando la importancia de esta integración, resulta pertinente analizar las recomendaciones específicas para fortalecer la participación del psicólogo/a en los equipos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[274] 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(SPE2), 8-15. https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173

[275] Asaria, A. (2025). Broad considerations for improving eating disorder care: a lived experience and quality improvement perspective. *Journal of Eating Disorders*, *13*(1), 238.

[276] Benítez Ortega, J. L., Vázquez-Morejón Jiménez, R., Gómez Goméz, V., Venceslá Martínez, J. F., López Pérez-Díaz, Á. G., Rodríguez Gómez, A., Martínez-Cervantes, R. J. & Vázquez Morejón, A. J. (2024). *Desarrollo de un índice para la evaluación de la calidad asistencial de las intervenciones de psicología clínica desde la perspectiva de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud*. https://doi.org/10.5944/rppc.37555

[277] Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

[278] Cobos, M. D. L. C. H., Vergara, S. M. S., Ruiz, J. R., Gracia, N. H., Cabeza, L. M., & Huete, A. A. J. (2025). Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Sanitaria de Investigación*, *6*(6), 36.

[279] De la Cruz-Gil, R., Portelli, C., Boggiani, E., & Bartoli, S. (2025). Eficacia y eficiencia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de las fobias. *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*, *3*(5), 91-110. https://doi.org/10.53877/hasqpa61

[280] Edreira, L. S., Recarey, L. R., Rivas, M. S., Batán, P. V., Fernández, C. M. O., & Fernández, A. C. (2023). Atención primaria: Psicología clínica en atención primaria en el Servizo Galego de Saúde: Reflexiones tras dos años de experiencia. *Anuario Psicoloxía e Saúde: Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG*, *16*, 116-127.

[281] Galvez-Llompart, A. M., Gisbert, M. V., Perez-Almarcha, M., Ballester-Gracia, I., Canete-Nicolas, C., Reig-Cebria, M. J., & Hernandez-Viadel, M. (2021). Impacto en la asistencia en salud mental tras la colaboración entre atención primaria y salud mental. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *47*(6), 385-393. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.04.006

[282] García, A. T. (2022). El contexto de la atención psicológica a nivel ambulatorio en la red de salud mental pública catalana. *Norte de Salud Mental*, *18*(67), 30-44.

[283] García, R. J., Canga-Espina, C., Domenjó, A. M., Perales, G. O., & Díez-Suárez, A. (2025, June). Trastornos de la conducta alimentaria: intervención del pediatra en la prevención, detección precoz, evaluación y tratamiento interdisciplinar. In *Anales de Pediatría* (p. 503907). Elsevier Doyma. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503907

[284] Garibay, M. T., & Concari, S. B. (2013). Análisis de foros virtuales con empleo del programa Atlas. ti. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, (11), 54-65. https://doi.org/10.24215/18509959.0.p.%2054-65

[285] Guerrero, A. B. (2025). Hacia un Modelo de Psicología Clínica en Atención Primaria: Ideas a Debate y Propuestas. *Psicología Clínica*, *2*(1). https://orcid.org/0009-0002-8469-4814

[286] Guerrero, A. B., & Oliver, G. N. (2025). Estándares de calidad e indicadores asistenciales en la psicología clínica ambulatoria de

Mallorca (España). *Apuntes de Psicología*, *43*(2), 177-187. https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2025.43.16

[287] Gómez, R. A., Reina, L. L., Méndez, I. F., García, J. M., & Briñol, L. G. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, *51*(5), 310-313. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012

[288] González, E. G. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, *31*(115), 33-47.

[289] González-Blanch, C. (2025). Algunas Prevenciones Más: una Crítica Sobre la Prevención Cuaternaria en Salud Mental. *Papeles del Psicólogo*, *46*(2). https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.15

[290] Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 23.

[291] Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, *24*(1), 120-124.

[292] López, M. G., Alonso, N. L., Gómez, R. A., & Martínez, C. V. (2020). Psicología Clínica en Atención Primaria: la experiencia en Asturias. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *46*(2), 101-106. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.09.002

[293] Martínez, M. J. M., Díaz, D. I. L., Durán, J. A. J., Martínez, N. A. M., & Pinto, M. C. M. (2025). Relación psicológica y clínica entre trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad: retos y avances en el tratamiento integral. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, *9*(1), 571-585. https://doi.org/10.26820/recimundo/9. (1). enero.2025.571-585

[294] Mocha-Román, V. J., Luna-Álvarez, H. E., & Palacio, F. M. (2025). Rol del psicólogo en el ámbito de la salud comunitaria. *Sociedad & Tecnología*, *8*(2), 369-381. https://doi.org/10.51247/st.v8i2.508

[295] Navas, M. D. C. O., & Pérez, M. G. (Eds.). (2023). *Educación multidisciplinar en trastornos alimentarios: impulsando el cambio*. Ediciones Octaedro.

[296] Ruiz, A. S. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) Aproximación al documento y valoración crítica. *Revista Clínica Contemporánea*, *13*(e7), 1-9.

[297] Rúiz Lázaro, P., & de Psiquiatría Infanto, J. D. S. (2020, February). Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. In *CONGRESO* (No. 1, p. 47).

[298] Ruiz Lázaro, P., & de Psiquiatría Infanto, J. D. S. (2025). Conducta y alimentación. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón. *Salud Integral*, *13*, 61.

[299] Vasiliu, O., Meneguzzo, P., Ciobanu, A. M., & Carsote, M. (2025). Eating disorders as a challenge for public health: from health policies to evidence-based treatments. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1662260. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1662260

[300] World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

A PIE DE CALLE: EL PAPEL SILENCIOSO DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Carmen Moreno de Castro
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Burgos
Farmacéutica comunitaria, Psicóloga y Dietista-Nutricionista
carmen.farmacialastorres@gmail.com

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud mental de elevada complejidad, con importantes repercusiones físicas, psicológicas, familiares y sociales. La literatura científica ha puesto de manifiesto su alta morbimortalidad y la necesidad de intervenciones precoces, coordinadas e interdisciplinarias. En este contexto, la farmacia comunitaria se configura como un espacio sanitario privilegiado, a pie de calle, donde se entrecruzan la vida cotidiana de las personas, sus dudas de salud y sus vulnerabilidades.

El objetivo de este capítulo es reflexionar, desde un enfoque mixto teórico–práctico, sobre el papel del farmacéutico comunitario en la detección temprana, el acompañamiento y la coordinación con otros recursos asistenciales en el abordaje de los TCA. Para ello, se revisan brevemente aspectos epidemiológicos y clínicos de los TCA, se analiza la posición singular de la oficina de farmacia como "observatorio discreto" de conductas de riesgo y se describen las principales señales de alarma que pueden identificarse en este ámbito.

Asimismo, se abordan los dilemas éticos vinculados al secreto profesional y a la confidencialidad de la información, especialmente en la relación con familias y cuidadores, y se proponen vías de coordinación con otros profesionales sanitarios, recursos especializados y asociaciones de pacientes. A partir de la experiencia práctica en farmacia comunitaria, se presentan situaciones tipo que ilustran la función del farmacéutico como confidente emocional, educador en salud y agente de prevención.

Finalmente, se plantean líneas de mejora y propuestas de futuro: formación específica en TCA para farmacéuticos, desarrollo de protocolos de derivación, campañas conjuntas de sensibilización y una mayor integración de la farmacia comunitaria en las estrategias de salud mental. Se concluye que la farmacia, lejos de ser un mero punto de dispensación de medicamentos,

puede convertirse en una puerta cercana y humana hacia la comprensión y la superación de los TCA, en consonancia con el abordaje interdisciplinar que promueve el congreso[1] que ha suscitado el presente capítulo.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) —fundamentalmente anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón, junto con otros trastornos no especificados— se han consolidado como uno de los problemas de salud mental más relevantes en las últimas décadas. Presentan alta morbimortalidad, curso crónico en un porcentaje significativo de casos y un impacto profundo en la vida de las personas afectadas y de sus familias. Meta-análisis clásicos y recientes sitúan la anorexia nerviosa entre los trastornos mentales con mayor mortalidad, tanto por complicaciones médicas como por suicidio (Arcelus, et al., 2011).

La epidemiología muestra además un inicio cada vez más precoz y una expansión de las conductas de riesgo a edades infantiles y preadolescentes, fenómeno descrito también en la prensa general y en datos hospitalarios recientes en España (Giovio, 2024). Las redes sociales, los ideales de delgadez, la presión estética y determinados contextos deportivos o de rendimiento físico actúan como factores de riesgo añadidos (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012).

Desde un punto de vista asistencial, diversos documentos y guías clínicas insisten en la importancia de la detección temprana y de un abordaje integral, que incluya la coordinación entre atención primaria, dispositivos de salud mental, nutrición clínica, recursos hospitalarios y tejido asociativo (NICE, 2017). Sin embargo, en la práctica, muchos casos siguen siendo identificados tardíamente, cuando el cuadro clínico ya se ha cronificado o ha alcanzado un nivel de gravedad considerable.

En este escenario, es necesario ampliar la mirada más allá de los recursos clásicos del sistema sanitario e incorporar a otros agentes de salud que, por su accesibilidad y cercanía, puedan detectar señales sutiles y ofrecer una primera contención y orientación. La farmacia comunitaria, como establecimiento sanitario privado de interés público, constituye uno de esos espacios clave.

En España, la distribución capilar de las oficinas de farmacia —presentes en barrios urbanos, entornos rurales y pequeñas localidades— convierte al farmacéutico comunitario en un profesional de referencia, muchas veces el

[1] *II Congreso Internacional de Salud desde un Abordaje Interdisciplinar y XVIII de Técnicos y Directivos FEACAB (Federación Española de Asociciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa), realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos, los días 23, 24 y 25 de octubre de 2025.*

primero al que las personas consultan dudas de salud, cambios de tratamiento o inquietudes relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Esta posición privilegiada, sin embargo, viene acompañada de importantes responsabilidades éticas y de la necesidad de una adecuada formación para poder responder con sensibilidad a las situaciones de vulnerabilidad psicosocial que se presentan en el mostrador (MICOF, 2024).

El presente capítulo parte de una experiencia concreta: una intervención breve en una mesa redonda del II Congreso Internacional de Salud desde un Abordaje Interdisciplinar, centrada en "la coordinación de los distintos servicios en el apoyo a las familias" en el contexto de los TCA. A partir de esa intervención, se desarrolla un texto más amplio con vocación de capítulo de libro, que integra la reflexión teórica y la práctica profesional desde la farmacia comunitaria.

1. LOS TCA: BREVE MARCO TEÓRICO

1.1. Características generales y complejidad clínica

Los TCA se definen por la presencia de alteraciones persistentes en la conducta alimentaria o comportamientos relacionados con la alimentación, que conllevan un deterioro significativo de la salud física, el funcionamiento psicosocial o ambos. Incluyen, entre otros, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (NICE, 2017).

Se trata de trastornos multifactoriales, en cuya génesis y mantenimiento intervienen factores biológicos, psicológicos, familiares, socioculturales y contextuales. La pérdida de peso extrema, las conductas purgativas, el ejercicio físico excesivo, el atracón compulsivo y la preocupación obsesiva por la imagen corporal son algunas de las manifestaciones más conocidas, pero no las únicas.

La investigación ha demostrado que la mortalidad asociada a la anorexia nerviosa es una de las más altas entre los trastornos mentales, con tasas de mortalidad estandarizada significativamente elevadas (Arcelus, et al., 2011). A ello se suman las comorbilidades psiquiátricas (depresión, ansiedad, consumo de sustancias, trastornos de la personalidad) y las consecuencias médicas (trastornos electrolíticos, compromiso cardiovascular, óseo, endocrino, etc.).

1.2. Importancia de la detección temprana y de la red interdisciplinar

La evidencia científica y las guías de práctica clínica subrayan la necesidad de intervenir de manera precoz para mejorar el pronóstico y reducir el

riesgo de cronificación y de complicaciones graves (NICE, 2017). La detección temprana requiere la implicación de múltiples agentes: pediatría, medicina de familia, enfermería, psicología, educación, asociaciones y, de forma creciente, la farmacia comunitaria.

Tradicionalmente, el papel del farmacéutico en salud mental ha sido asociado sobre todo a la dispensación, al seguimiento de tratamientos y a la detección de problemas relacionados con los medicamentos. No obstante, en los últimos años se ha puesto de relieve su potencial para identificar signos precoces de TCA, ofrecer educación sanitaria y fomentar la derivación a recursos especializados, en colaboración con otros profesionales (MICOF, 2024).

2. LA FARMACIA COMUNITARIA COMO OBSERVATORIO DISCRETO EN LOS TCA

2.1. Un espacio sanitario a pie de calle

La farmacia comunitaria constituye uno de los puntos de contacto más naturales entre la ciudadanía y el sistema sanitario. A diferencia de otros dispositivos asistenciales, la farmacia permanece abierta de forma continuada, permite el acceso sin cita y forma parte del tejido cotidiano del barrio o del municipio. Esto hace que muchas personas acudan en momentos de duda, ansiedad o incertidumbre, sin necesidad de formalizar una consulta médica ni verbalizar explícitamente una preocupación concreta.

Este carácter cercano y cotidiano convierte a la farmacia en un espacio donde se perciben fluctuaciones en la salud física y emocional de la población. Los farmacéuticos, por la frecuencia del contacto, pueden observar cambios graduales en la apariencia física, el estado de ánimo y los patrones de consulta. En el caso de los TCA, estas variaciones pueden manifestarse de manera sutil: inquietud creciente por el peso, cambios en la forma de interactuar en el mostrador, búsqueda recurrente de productos adelgazantes o evitación de ciertas preguntas.

Además, el hecho de que las consultas en farmacia no estén sujetas a tiempos de intervención estrictos o a un marco clínico rígido facilita que emerjan conversaciones espontáneas. A menudo, un comentario aparentemente trivial sobre el peso, la ropa o la alimentación abre la puerta a preocupaciones más profundas. La farmacia, en ese sentido, permite que las personas se expresen con una naturalidad distinta, sin la presión institucional de una consulta médica.

2.2. Señales de alarma visibles desde el mostrador

El entorno de la farmacia ofrece oportunidades de observación que otros profesionales sanitarios no tienen de forma continuada. Entre las señales de alarma que pueden detectarse se encuentran:

- **Variaciones frecuentes de peso documentadas en la báscula de la farmacia**, acompañadas de ansiedad o frustración ante oscilaciones mínimas.
- **Compras reiteradas de laxantes, diuréticos u otros productos potencialmente usados con finalidad purgativa**, especialmente cuando se solicita minimizar la transacción o se evita comentar el motivo de la compra.
- **Interés reiterado por productos adelgazantes "rápidos"**, complementos drenantes o suplementos que prometen un control inmediato del peso.
- **Preguntas sobre dietas excesivamente restrictivas**, ayunos prolongados o combinaciones de productos no basadas en evidencia científica.
- **Comentarios autocríticos sobre la imagen corporal**, a menudo normalizados en el discurso, pero que reflejan un grado importante de autoexigencia y malestar.
- **Presencia de síntomas físicos** (mareos, debilidad, alteraciones digestivas) que se acompañan de un discurso centrado de forma desproporcionada en la delgadez o en el control del cuerpo.

Estas señales no deben interpretarse como diagnósticas, pero sí justifican una escucha atenta y una intervención prudente. La farmacia puede actuar como un primer filtro que ayude a orientar hacia los recursos especializados adecuados antes de que el problema avance hacia un cuadro clínico de mayor gravedad.

2.3. Profundización en la dimensión relacional

La relación que se establece en la farmacia comunitaria no es episódica, sino longitudinal. La continuidad de esa relación facilita que muchas personas vean al farmacéutico como un profesional con quien se puede hablar sin sentirse juzgado. Esto es particularmente relevante en el caso de los TCA, donde el estigma, la culpa y la vergüenza son emociones habituales que dificultan pedir ayuda.

En el mostrador, las conversaciones suelen comenzar con cuestiones aparentemente simples —un cambio de producto, una consulta sobre un suplemento, una duda sobre la menstruación— y derivan hacia contenidos más personales: dificultades para comer en determinadas situaciones, miedo a perder el control, presión social o familiar, o sentimientos de insuficiencia relacionados con la imagen corporal. Estas manifestaciones emocionales, expresadas en un entorno cotidiano, permiten al farmacéutico situarse como agente de apoyo, facilitando información clara, evitando el juicio y promoviendo que la persona pueda dar el paso hacia recursos especializados.

2.4. El equilibrio entre cercanía y profesionalidad

La farmacia comunitaria exige un equilibrio complejo entre empatía, profesionalidad y prudencia. El farmacéutico debe saber escuchar sin invadir, orientar sin presionar y acompañar sin exceder los límites de su competencia profesional. Esta combinación de cercanía y rigor es una de las claves del potencial preventivo de la farmacia.

3. DILEMAS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD EN LA FARMACIA COMUNITARIA

3.1. El marco deontológico del farmacéutico

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (MICOF, 2018), el farmacéutico está obligado, tanto legal como éticamente, a proteger la confidencialidad de la información del paciente y a salvaguardar su derecho a la intimidad. Los códigos deontológicos de la profesión farmacéutica en España recogen de forma explícita el deber de secreto profesional y el compromiso de respetar la autonomía, dignidad y diversidad de los pacientes.

En el contexto de los TCA, este marco adquiere especial relevancia: la información que el paciente comparte con el farmacéutico sobre su relación con la comida, su cuerpo o su estado emocional forma parte de su esfera íntima y no puede ser comunicada a terceros —incluidas las familias— sin su consentimiento, salvo en situaciones de riesgo vital inminente en las que pueda estar justificado activar recursos de urgencia.

3.2. El conflicto interno: querer proteger y no poder revelar

En la práctica, el farmacéutico se enfrenta a menudo a un **conflicto interno**: percibe señales preocupantes en una persona joven, intuye sufrimiento y riesgo, y al mismo tiempo se encuentra con el límite de la confidencialidad. La tentación de "avisar a la familia" o de compartir la preocupación con terceros es comprensible desde el deseo de protección, pero puede vulnerar la confianza depositada y la deontología profesional.

Este conflicto se vive con especial intensidad cuando los padres acuden a la farmacia y preguntan directamente por el comportamiento de sus hijos, o cuando la persona afectada verbaliza ideas autolesivas o expresa una pérdida grave de control sobre la conducta alimentaria. En estos casos, resulta fundamental contar con formación específica en habilidades de comunicación, manejo del riesgo y principios éticos, para poder sostener la situación sin precipitarse ni paralizarse.

3.3. Estrategias éticas de intervención desde la farmacia

Lejos de llevar a la inacción, la confidencialidad invita a buscar **estrategias éticas de intervención**, entre las que cabe destacar:

- **Fomentar la alianza con la propia persona**, ofreciéndole acompañamiento y explicando la importancia de pedir ayuda especializada.
- **Informar sobre recursos disponibles** (médico de familia, psicología clínica, unidades de TCA, asociaciones, líneas de ayuda) y ofrecerse a facilitar el paso de una manera no invasiva.
- **Explorar la posibilidad de implicar a la familia**, animando a la persona a compartir su malestar con un adulto de referencia, dejando claro que se trata de una decisión suya y que el farmacéutico puede ayudarle a preparar esa conversación.
- **Registrar mentalmente —y, cuando proceda, en los sistemas de la farmacia— las observaciones relevantes**, para poder seguir la evolución y reforzar los mensajes de prevención en visitas posteriores, siempre desde la prudencia.

Estas estrategias permiten mantener el respeto a la autonomía y a la confidencialidad, a la vez que se ejerce una función activa de contención, prevención y derivación.

4. COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS Y APOYO A LAS FAMILIAS

4.1. La farmacia dentro de la red asistencial

El abordaje de los TCA requiere una **red de recursos** que operen de manera coordinada: atención primaria, salud mental infanto-juvenil y de adultos, servicios hospitalarios, nutrición clínica, trabajo social, centros educativos y asociaciones de familias (NICE, 2017).

La farmacia comunitaria, pese a no formar parte habitualmente de los circuitos formales de derivación, puede y debe integrarse progresivamente

en esta red. En los últimos años se han desarrollado campañas específicas en colaboración con colegios farmacéuticos, fundaciones y administraciones, orientadas a la detección precoz y la prevención de los TCA desde la farmacia, como las llevadas a cabo en la Comunidad de Madrid, en las que se potencia la observación de signos de alerta y la derivación temprana (Fundación Cofares, Fundación Fita, & Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, 2019).

4.2. El farmacéutico como puente con las familias

Las familias suelen llegar a la consulta especializada tras un periodo de desorientación, sospechas y conflictos en torno a la comida. En ese tránsito, la farmacia puede desempeñar un papel de **puente**:

- Ofreciendo un espacio donde los padres puedan expresar su preocupación y recibir información básica sobre qué son los TCA y por qué es importante no reducirlos a "caprichos" o "modas".
- Orientando sobre cómo abordar la conversación con el hijo o hija, evitando las discusiones centradas exclusivamente en el peso o en la cantidad de comida.

Recomendando recursos de apoyo (asociaciones de familias, grupos psicoeducativos, servicios públicos y privados).

En la experiencia de la autora, muchas familias agradecen disponer de un lugar cercano donde "preguntar sin miedo", antes incluso de dar el paso de acudir a un recurso especializado. Este acompañamiento informal puede contribuir a disminuir la sensación de culpa, aislamiento e impotencia que viven muchos padres y cuidadores.

4.3. Necesidad de protocolos y formación específica

Para que esta función sea sostenible y no dependa únicamente de la sensibilidad individual de cada profesional, es necesario avanzar hacia:

- **Protocolos de actuación** consensuados entre colegios farmacéuticos, servicios de salud mental y asociaciones, que definan criterios de alarma, mensajes clave de educación sanitaria y vías preferentes de derivación.
- **Formación continuada** en TCA para farmacéuticos comunitarios y resto del personal de la farmacia, incluyendo aspectos clínicos básicos, manejo de la entrevista breve, prevención del estigma y nociones de ética aplicada. MICOF, 2024).

5. EXPERIENCIA PRÁCTICA Y RELATO PROFESIONAL

El trabajo cotidiano en la farmacia comunitaria permite adquirir una visión singular del comportamiento alimentario y emocional de la población. A diferencia de otros entornos sanitarios, la farmacia recibe a personas en momentos diversos: de prisa, de duda, de preocupación o de estabilidad. Esta variedad de circunstancias favorece que el farmacéutico pueda ver tanto señales tempranas como cambios más pronunciados, siempre dentro de los límites éticos de actuación.

5.1. Observación continuada como herramienta profesional

El contacto repetido con el paciente constituye un valor añadido. Pequeñas variaciones en el comportamiento —un tono de voz más apagado, una actitud más retraída, una mayor preocupación por el peso o por determinados alimentos— pueden ser detectadas solo por quienes ven al usuario con frecuencia. En este sentido, la farmacia actúa como un observatorio longitudinal donde las evoluciones se hacen visibles con mayor claridad.

5.2. La escucha activa como forma de intervención inicial

La farmacia no es un dispositivo de psicoterapia ni de diagnóstico clínico, pero sí un espacio donde la escucha tiene un valor preventivo. Escuchar con atención, formular preguntas abiertas, validar emociones y ofrecer información basada en evidencia permite que la persona se sienta acompañada. Esta primera acogida puede ser crucial para que la persona reconozca que está atravesando una dificultad real, que existe tratamiento y que no está sola.

5.3. La intervención breve orientada a la derivación

Las intervenciones desde la farmacia suelen ser breves, pero no por ello menos significativas. En muchos casos, la persona necesita simplemente una frase clara y respetuosa que le permita tomar la decisión de acudir a su médico de familia, a un psicólogo o a un servicio especializado. Explicar por qué es útil pedir ayuda, qué puede esperar del proceso y cómo dar el primer paso, forma parte del núcleo de la intervención farmacéutica en el contexto de los TCA.

5.4. La red informal como soporte comunitario

Aunque no exista un circuito institucionalizado con todos los servicios sanitarios, la farmacia suele mantener una relación fluida con atención primaria, enfermería, centros educativos o asociaciones de pacientes. Estas redes informales, construidas a lo largo del tiempo, permiten orientar mejor a las personas y conocer los recursos disponibles en el entorno. La farmacia, al

estar integrada en la comunidad, puede actuar como un catalizador entre distintas áreas asistenciales.

6. PROPUESTAS DE FUTURO Y LÍNEAS DE TRABAJO

6.1. Integración formal de la farmacia comunitaria en planes de salud mental

Resulta esencial reconocer institucionalmente el papel de la farmacia en la prevención y detección de los TCA. La inclusión explícita en planes autonómicos y estrategias nacionales de salud mental permitiría desarrollar circuitos de derivación más fluidos, mejorar la coordinación interprofesional y aumentar la eficacia de la detección precoz.

6.2. Formación específica y continuada en TCA para farmacéuticos

Aunque la formación básica del farmacéutico incluye aspectos psicológicos y clínicos, los TCA requieren conocimientos más específicos. Sería recomendable incorporar formación continuada que aborde:

- Identificación de señales tempranas;
- Habilidades de comunicación con adolescentes y familias;
- Educación sanitaria segura;
- Límites éticos y deontológicos;
- Manejo de la entrevista breve en situaciones sensibles.

La adquisición de estas competencias fortalecería la capacidad de intervención sin invadir las funciones de otros profesionales.

6.3. Desarrollo de protocolos de actuación desde la farmacia

La creación de protocolos consensuados permitiría homogeneizar la actuación del farmacéutico ante señales de riesgo. Estos protocolos deberían incluir:

- Indicadores de alarma;
- Mensajes clave para la población;
- Criterios de derivación a atención primaria o especialistas;
- Herramientas para manejar la confidencialidad en situaciones complejas;
- Listados de recursos locales y regionales.

6.4. Materiales divulgativos adaptados al entorno farmacéutico

La farmacia puede ser un espacio privilegiado de educación sanitaria. Disponer de folletos, carteles discretos, códigos QR o guías breves sobre TCA ayudaría a sensibilizar a la población, reducir el estigma y facilitar el acceso a información rigurosa.

6.5. Impulso de campañas conjuntas y trabajo coordinado con asociaciones

Las asociaciones de pacientes y familias ofrecen un apoyo fundamental en el proceso de recuperación. La colaboración entre colegiados, asociaciones y servicios sanitarios puede generar campañas periódicas de sensibilización, charlas informativas y actividades comunitarias que favorezcan un entorno más saludable y consciente.

6.6. Investigación aplicada desde la farmacia comunitaria

La farmacia comunitaria constituye un entorno ideal para la investigación aplicada. Estudios sobre prevalencia, hábitos de consulta, impacto de la intervención farmacéutica o percepción de la población sobre la farmacia como recurso de salud mental pueden aportar datos valiosos para mejorar las políticas públicas y diseñar intervenciones más ajustadas a la realidad.

7. CONCLUSIONES

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías complejas, de alta repercusión biopsicosocial, que exigen un abordaje interdisciplinar y sensible. La farmacia comunitaria, como espacio sanitario cercano, accesible y profundamente enraizado en la vida diaria de las personas, ocupa una posición singular en la detección de señales tempranas, el acompañamiento emocional y la orientación hacia recursos especializados.

El farmacéutico comunitario puede actuar como **observador privilegiado**, **confidente emocional** y **educador en salud**, siempre dentro de un marco ético que respete la confidencialidad y la autonomía de las personas atendidas. Para ello, resulta imprescindible dotarle de herramientas formativas, de marcos de coordinación claros y de reconocimiento institucional de su papel en el abordaje de los TCA.

La experiencia relatada muestra que, a pie de calle, en la cotidianeidad del mostrador, se siembran muchas veces las primeras semillas de comprensión y de cambio. Integrar plenamente a la farmacia comunitaria en la red de recursos dedicados a los TCA no es solo una oportunidad, sino una necesidad

alineada con el objetivo de mejorar la detección precoz, el apoyo a las familias y la calidad de la atención en salud mental.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[301] Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 724–731.

[302] Fundación Cofares, Fundación Fita, & Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (2019). Campaña de prevención y detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria desde las oficinas de farmacia. Salud a Diario+1

[303] Giovio, E. (2024, diciembre 24). Los trastornos de conducta alimentaria golpean a los menores de 12 años: "Es horrible, ves a tu hija muy mal y no sabes qué hacer" "El País". https://elpais.com/sociedad/2024-12-24/los-trastornos-de-conducta-alimentaria-golpean-a-los-menores-de-12-anos-es-horrible-ves-a-tu-hija-muy-mal-y-no-sabes-que-hacer.html?utm_source=chatgpt.com

[304] MICOF. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Código de Deontología de la Profesión Farmacéutica. (2018). MICOF Valencia+1

[305] MICOF. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2024). La farmacia comunitaria, aliada en la detección temprana de trastornos alimentarios. *Mundo Farmacéutico*. Mundo Farmacéutico

[306] National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment (NG69).* NICE.NICE+1

[307] Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(6), 543–548.SpringerLink

ISBN 979-13-87585-44-0



UNIVERSIDAD DE BURGOS

Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional