



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

**“Estrés Parental Percibido y Estrategias de Afrontamiento en Padres y
Madres de Adolescentes que cursan un Trastorno de la Conducta
Alimentaria en la Clínica Sol de Abril”**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
Área Psicología Clínica

ROMERO BIANCHI, Emiliana María.

San Juan
2025



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

“Estrés Parental Percibido y Estrategias de Afrontamiento en Padres y Madres de Adolescentes que cursan un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Clínica Sol de Abril”

Área Psicología Clínica

ROMERO BIANCHI, Emiliana María.

DIRECTOR: Mag. Sonia Giménes Bawden.

TUTOR ACADEMICO: Mag. Marisa Zalazar.

San Juan

2025

INDICE

Prefacio.....	5
CAPÍTULO I.....	7
Introducción.....	7
1.1 Adolescencia.....	8
1.1.1 Definición y cambios en la adolescencia	8
1.1.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).....	13
1.1.3 Los Trastornos de la Conducta Alimentaria como problemática de la adolescencia...	20
1.2 Rol de la Familia.....	23
1.2.1 La familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).....	28
1.2.2 La familia como factor obstaculizador del tratamiento.....	32
1.3 Estrés parental.....	35
1.3.1 El estrés.....	36
1.3.2 El estrés en la familia.....	40
1.3.3 El estrés parental.....	42
1.4 Estrategias de afrontamiento.....	46
1.4.1 Acercamiento al termino afrontamiento.....	46
1.4.2 Estrategias de afrontamiento familiar.....	49
1.5 La Terapia Cognitivo Integrativa (TCI).....	54
1.5.1 Fundación Aiglé: ‘Integración’ en Argentina.....	54
1.5.2 Introducción a la Terapia Cognitivo Integrativa.....	55
1.5.3 Los trastornos de la conducta alimentaria desde la TCI.....	60
1.5.4 Influencia de los TCA en la familia desde una mirada centrada en la integración.....	64
CAPITULO II	70
2.1 Enfoque metodológico.....	70
2.2 Participantes.....	71
2.3 Instrumentos.....	72
2.4 Intervenciones.....	72
2.5 Análisis de datos.....	73

2.6 Consideraciones éticas.....	74
CAPITULO III.....	76
3.1 Resultados.....	76
3.2 Perfil general de los participantes.....	77
3.3 Resultados de la entrevista semiestructurada.....	78
3.4 Resultados de los cuestionarios.....	80
CAPITULO IV.....	84
4.1 Discusión.....	84
4.2 Conclusiones generales.....	85
4.3 Limitaciones y propuestas.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	91
ANEXOS.....	94
ANEXO I: Modelo de entrevista semiestructurada.....	94
ANEXO II: Modelo de consentimiento informado.....	96
ANEXO III: Escala de Estrés Parental Percibido - PSS.....	97
ANEXO IV: Inventario de Respuestas de Afrontamiento – CRI-A.....	99

Prefacio

El presente Trabajo Integrador Final (T.I.F) pretende plasmar las intervenciones que se llevan a cabo durante las Prácticas Profesionales Supervisadas (P.P.S), circunscritas al área de psicología Clínica, específicamente en la clínica “Sol de Abril”, con la finalidad de acceder al título de Licenciado/a en Psicología de la Universidad Católica de Cuyo.

Esta unidad tiene como finalidad el abordaje interdisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y Obesidad, con la particularidad de trabajar a través de modulados (“Modulado de Trastornos de la conducta alimentaria” y “Modulado de Sobrepeso y Obesidad”) y de forma ambulatoria. Creando así un equipo particular, amoldado a las necesidades de cada paciente, cada equipo de trabajo cuenta con un profesional de cada área, siendo estas las siguientes: Psicología, Área médica clínica, Nutrición, Psiquiatría y Educación física. Además, cuenta con servicios de traumatología, kinesiología, psicopedagogía y tratamiento endocrinológico.

El lugar de investigación citado, se encuentra en la ciudad de San Juan – en el departamento Rivadavia. La institución tiene la misión de “Mejorar la calidad de vida de la comunidad a través de la prevención, educación y atención, considerando a los pacientes en su integridad, como seres físicos, psíquicos y espirituales. Así mismo, patrocinar la participación, la iniciativa y la creatividad del grupo de trabajo que favorezca su compromiso y sentido de pertenencia a la institución.”

Dentro del recorrido la alumna practicante, rota por todas las áreas y profesionales que la clínica ofrece, contando siempre con una gran predisposición por parte de los profesionales y con el consentimiento de cada paciente y padre correspondiente.

Se agradece a la Universidad Católica De Cuyo por permitir la realización de las Prácticas Profesionales Supervisadas, fundamentales para el inicio del alumno en el campo

laboral; a la directora de área Mag. Sonia Giménes y a la tutora académica Mag. Marisa Zalazar. Agradezco a la Clínica “Sol de Abril” y a todos sus profesionales, por su generosidad en abrir sus puertas y brindar su enseñanza. Se agradece especialmente a la Lic. Silvina Navas por permitir el desarrollo del presente trabajo en su espacio y por asegurar siempre un espacio de amabilidad y aprendizaje. Extiendo el agradecimiento a cada mamá y papa que aceptó, con gran predisposición, ser parte y compartir su historia.

Finalmente, agradezco a mi padre, madre, hermanas, familia y amigos por apoyarme y siempre incentivarme a ir por más. Por estar presentes en cada logro que voy consiguiendo y por sostenerme siempre que fue necesario.

CAPITULO I

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un fenómeno clínico complejo, multifactorial y en constante crecimiento, especialmente entre la población adolescente. Lejos de ser comprendidos únicamente como alteraciones individuales en los hábitos alimentarios o como expresiones de una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, los TCA implican un entramado de dimensiones biológicas, psicológicas, familiares y socioculturales que interactúan de manera dinámica y configuran tanto su inicio como su mantenimiento.

En este entramado, la familia es un factor clave que requiere ser considerado con atención. En las últimas décadas se puso el foco, en que el funcionamiento familiar desempeña un papel central, no solo como contexto de desarrollo del adolescente, sino también como agente activo que puede incidir en el curso y la evolución del trastorno. Desde una perspectiva integradora, se reconoce que las dinámicas relacionales, los estilos de comunicación, las representaciones compartidas, así como los recursos o tensiones presentes en el sistema familiar, pueden actuar como factores protectores o de riesgo en relación con los TCA.

El presente Trabajo Integrador Final surge del interés personal y académico por comprender el impacto que los TCA generan, no solo en quienes los padecen, sino también en sus entornos más cercanos, especialmente en sus progenitores y/o cuidadores a cargo, con el fin de visibilizar y comprender el lugar que ocupan dentro del proceso de sanación, como factor protector. Durante el periodo de prácticas, se observa de cerca los interrogantes, la preocupación y las distintas formas de afrontamiento que adoptan los padres y madres frente a la complejidad de esta problemática en la adolescencia.

La metodología utilizada está encabezada por una entrevista semiestructurada, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de H. Moos y la Escala de Estrés Percibido (PSS) de S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein. Además, se tiene en cuenta la información recolectada a partir de la observación de entrevistas de admisión, consultas con profesionales y de talleres voluntarios orientados a la familia.

El objetivo principal del presente trabajo es analizar la posible vinculación entre el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento desplegadas por padres y madres de hijas adolescentes que cursan actualmente un TCA.

En base a esto, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Identificar el nivel de estrés parental percibido por los progenitores de adolescentes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria, considerando sus manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales en el contexto familiar.
- Describir las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres ante las demandas emocionales y prácticas derivadas del proceso de tratamiento de su hijo/a.
- Analizar la posible relación entre el nivel de estrés parental percibido y las estrategias de afrontamiento adoptadas, considerando las particularidades subjetivas de cada caso.

Este T.I.F, como se describe anteriormente se desarrolla en la clínica “Sol de abril”. Con una muestra de dos madres y un padre, que tienen hijas adolescentes que están cursando su tratamiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en dicha institución. El marco teórico que encuadra el presente trabajo se realiza bajo la Teoría Cognitivo Integrativa.

A continuación, se desarrollan diferentes conceptos y conocimientos de interés que buscan facilitar la comprensión del trabajo realizado.

1.1 Adolescencia

1.1.1- Definición y cambios en la adolescencia

A lo largo de la historia, diversas corrientes del pensamiento han intentado definir la adolescencia. En términos generales, puede entenderse como una etapa del desarrollo que se extiende aproximadamente desde los 12-13 años hasta el final de la segunda década de la vida (Palacios, 2014). Esta etapa representa una transición compleja que involucra transformaciones de orden físico, cognitivo, emocional y social, las cuales adoptan características particulares según el contexto cultural, social y económico en el que se manifiestan (Papalia, 2009). Tanto su inicio como su final resultan difíciles de delimitar con precisión, ya que no están definidos por criterios estrictamente biológicos ni sociales. Se trata de un período intermedio en el que el individuo ha dejado de ser un niño, pero aún no ha alcanzado plenamente el estatus de adulto.

Un concepto que suele confundirse con el de adolescencia es el de pubertad, el cual hace referencia específicamente a los cambios biológicos que conducen a la madurez sexual y a la capacidad reproductiva. En las mujeres, se suele identificar con la aparición de la menarquia (primer ciclo menstrual), mientras que en los varones se asocia a la primera emisión de semen con espermatozoides viables. Los signos del inicio puberal suelen manifestarse alrededor de los ocho años en las niñas y de los nueve años en los varones (Susman & Rogol, 2004). En promedio, este proceso se extiende por un período de tres a cuatro años en ambos sexos.

A nivel fisiológico, es un período de cambio biológico muy rápido, implica un: notable aumento de la rapidez del crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios (“signos fisiológicos de la maduración sexual”) como el vello corporal, el incremento de la grasa y de los músculos, agrandamiento y maduración de los órganos sexuales. Estos cambios son mediados por las hormonas, sustancias

bioquímicas producidas por las glándulas endocrinas que se liberan en pequeñas cantidades al torrente sanguíneo y ejercen efectos sistémicos. Alrededor de los diez años en las niñas y entre los doce y trece en los varones, se produce un aumento significativo en la secreción de hormonas responsables del crecimiento (Craig, s.f.). Este proceso se activa a partir de la estimulación del hipotálamo, que envía señales a la hipófisis o glándula pituitaria, la cual comienza a segregar gonadotrofinas. Estas, a su vez, estimulan el desarrollo de las gónadas sexuales, ovarios en el caso de las mujeres y testículos en el de los hombres, que inician la producción de hormonas sexuales. El incremento de estas hormonas en sangre es el responsable directo de los cambios físicos anteriormente mencionados.

En lo que respecta al desarrollo cerebral, antiguamente se consideraba que el cerebro alcanzaba su madurez al finalizar la pubertad. Sin embargo, investigaciones actuales han demostrado que dicho proceso continúa hasta la adultez temprana. Durante la adolescencia se producen importantes transformaciones en estructuras cerebrales vinculadas a la regulación emocional, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. En particular, se ha observado que los lóbulos frontales (área del cerebro implicada en funciones ejecutivas) experimentan un aumento progresivo de materia blanca, al tiempo que se produce una poda sináptica en las conexiones dendríticas no utilizadas, lo que conlleva una reducción de la materia gris y una mayor eficiencia en el procesamiento de la información. Este proceso madurativo progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia las anteriores.

Asimismo, hacia la pubertad se intensifica la producción de materia gris en los lóbulos frontales. En este sentido, la estimulación cognitiva durante la adolescencia cumple un rol determinante: las experiencias y actividades desarrolladas en esta etapa influyen directamente en la consolidación o eliminación de conexiones neuronales, configurando así la arquitectura cerebral futura. Este proceso de maduración es bidireccional, ya que el entorno incide en la

estructuración cerebral, al mismo tiempo que el desarrollo cerebral condiciona las capacidades del adolescente (Kuhn, 2006).

Además de los significativos cambios físicos y hormonales que caracterizan esta etapa del ciclo vital, la adolescencia implica una profunda transformación a nivel cognitivo. Desde una perspectiva evolutiva, Jean Piaget fue uno de los principales teóricos en describir el desarrollo de las capacidades intelectuales como un proceso progresivo, continuo y estructurado que comienza en el nacimiento y se modifica a lo largo del tiempo. Su interés no se centraba en la veracidad de las respuestas obtenidas por los niños, sino en los procesos mentales que les permitían arribar a dichas conclusiones. A partir de sus investigaciones, concluyó que el desarrollo cognitivo es el resultado de la interacción entre la maduración neurológica, las experiencias adquiridas en el entorno y los procesos activos de construcción del conocimiento por parte del sujeto.

Piaget propuso una secuencia de cuatro estadios cualitativamente distintos del desarrollo cognitivo, los cuales describen la evolución del pensamiento desde estructuras simples hasta formas complejas de razonamiento. A continuación, se sintetizan brevemente las cuatro etapas, haciendo especial énfasis en la que se vincula con la adolescencia:

1. Etapa Sensoriomotora (desde el nacimiento hasta los 2 años): durante este periodo, el niño desarrolla progresivamente la coordinación entre la percepción sensorial y la actividad motriz. La principal adquisición cognitiva de esta etapa es la noción de permanencia del objeto, es decir, la capacidad de reconocer que los objetos existen aun cuando no se encuentran a la vista.

2. Etapa Preoperacional (de los 2 a los 7 años): se produce un avance significativo en el uso del lenguaje y de los símbolos para representar la realidad. El pensamiento se caracteriza

por ser egocéntrico y centrado en una sola dimensión de los objetos. La tarea principal es la consolidación de la función simbólica.

3. Etapa Operacional Concreta (desde los 7 a los 11 años): el pensamiento se torna más lógico, aunque continúa vinculado a situaciones concretas y experiencias directas. Durante esta fase, el niño adquiere nociones fundamentales como la conservación, la clasificación y la seriación, lo que le permite comprender relaciones entre objetos, categorías y cantidades.

4. Etapa Operacional Formal (desde los 11 años en adelante): es el momento que implica una superación del pensamiento concreto, para comenzar a pensar en forma más lógica, más abstracta. Esta nueva modalidad de procesamiento de la información es especulativa e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas. El adolescente considera las posibilidades y compara la realidad con cosas que podrían ser o no, este tipo de pensamiento “formal” exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Algunos de los avances notables de esta etapa de la vida son: la capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema, la capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá sobre otra y la habilidad para combinar y separar las variables en forma hipotético deductiva.

Por otro lado, Robert Sternberg (1984, 1985), desde un enfoque más contemporáneo centrado en el procesamiento de la información, plantea que el desarrollo cognitivo en la adolescencia no solo implica cambios estructurales en el pensamiento, sino también mejoras en la eficiencia con la que se utilizan diversas operaciones cognitivas. Según su modelo, en esta etapa se optimiza el uso de los componentes básicos del procesamiento, como la memoria, la retención y la transferencia de información. Además, se perfeccionan los mecanismos para adquirir, codificar y almacenar datos en formatos simbólicos más complejos. Finalmente, Sternberg destaca el fortalecimiento de las funciones ejecutivas de orden superior, tales como

la planificación estratégica, la toma de decisiones, y la flexibilidad cognitiva, entendida como la capacidad de seleccionar estrategias adecuadas a partir de una gama ampliada de opciones disponibles.

En síntesis, tanto Piaget como Sternberg coinciden en señalar que la adolescencia representa un momento privilegiado en la evolución del pensamiento humano, donde emergen habilidades cognitivas avanzadas que permiten al sujeto distanciarse de lo inmediato, razonar sobre lo abstracto y reflexionar sobre sí mismo. Mientras Piaget destaca el desarrollo estructural de las operaciones formales como hito central del pensamiento adolescente, Sternberg aporta una mirada complementaria que pone énfasis en la eficiencia de los procesos y en la flexibilidad ejecutiva. Ambos enfoques, desde perspectivas diferentes, contribuyen a una comprensión más integral del desarrollo cognitivo en esta etapa del ciclo vital.

1.1.2- Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una problemática creciente en las sociedades occidentales contemporáneas, caracterizándose por patrones disfuncionales vinculados a la ingesta de alimentos, el control del peso corporal y una preocupación excesiva por la imagen física. En las últimas tres décadas, su incidencia ha aumentado de forma significativa, a la par del reconocimiento clínico de su gravedad, su impacto psicofísico y la resistencia que muchas veces presentan frente a los tratamientos convencionales.

Estas patologías presentan un conjunto de síntomas complejos, frecuentemente asociados a un elevado nivel de insatisfacción corporal y a la presencia de cogniciones distorsionadas respecto de la alimentación, el peso y el cuerpo. Se trata de cuadros clínicos de etiología multifactorial, en los que confluyen factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales. En el ámbito familiar, diversas investigaciones han señalado la presencia de dinámicas disfuncionales, tales como dificultades en la comunicación, altos niveles de

exigencia y modelos parentales centrados en el control o la perfección, aspectos que pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento del trastorno.

Los sistemas actuales que se utilizan en Argentina para diagnosticar y clasificar los TCA son el DSM-5 y el CIE-11. El primero de ellos, es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales perteneciente a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), donde encontramos este tipo de padecimientos bajo el nombre de “Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de alimentos”. La clasificación incluye como alteraciones graves de la alimentación a: Pica, Trastorno de Rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones, Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (TANE). Los criterios diagnósticos conforman un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de tal modo que durante un único episodio solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. La razón de este abordaje es que a pesar de las características psicológicas y de comportamientos comunes, los trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, en los resultados, y en las necesidades de tratamiento

La CIE-11 Es el sistema oficial adoptado por el sistema de salud pública y las obras sociales. Es utilizado en registros hospitalarios, informes epidemiológicos y autorizaciones de prestaciones. Dentro de él cada afección recibe un código específico. El capítulo 6 de este manual, está dedicado a los “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”, por consiguiente se especifican los siguientes códigos: (6B80) Anorexia, nerviosa, (6B81) Bulimia nerviosa, (6B82) Trastorno por atracón, (6B83) Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos, (6B84) Síndrome de Pica, (6B85) Trastorno por rumiación o regurgitación, (6B8Y) Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario y (6B8Z) Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación.

A grandes rasgos, sin hacer hincapié en ningún trastorno en particular, el DSM-V establece que los “Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de alimentos”, se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación o la ingestión de alimentos que provoca un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Los factores de riesgo implicados en el padecimiento de los TCA son múltiples y están ampliamente descritos por Striegel-Moore y Bulik (2007): género, edad, orientación sexual, cultura, estatus socioeconómico, factores genéticos y de neurodesarrollo. La evidencia acumulada apoya tanto los factores biológicos como socioculturales contribuyendo al riesgo creciente para el desarrollo de las conductas y actitudes asociadas con un trastorno alimentario (Kirszman D. – Salgueiro M.C. 2012).

A continuación, se presenta una breve descripción de los TCA más frecuentes en la clínica actual, con sus respectivos criterios diagnósticos, siguiendo el DSM-V (2013):

La Anorexia nerviosa (AN) implica:

A. Restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimo o, en niños y adolescentes al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta de persistencia de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

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

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

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haber cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que infiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

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

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es de aproximadamente 0,4 %. Se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10,1.

Este tipo de desorden suele empezar durante la adolescencia o edad adulta temprana. Aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. En los individuos de más edad es probable que la enfermedad tenga una mayor duración, y la presentación clínica puede contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración. Algunas personas se recuperan completamente después de un solo episodio, o muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. Podría ser necesaria la hospitalización para recuperar el peso y solucionar las complicaciones médicas. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa presentan una remisión a los 5 años del comienzo de la misma (p.339-340-341)

Por el otro lado, la Bulimia Nerviosa (BN), según el DSM-V (2013) hace referencia a:

A. Episodios recurrentes de atracones, un episodio se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimento que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso como el vómito inapropiado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.

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

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

Especificar si:

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

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

Especificar la gravedad actual:

- Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: un promedio de 4 a 7 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.
- Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: un promedio de 14 episodios o más, de comportamientos inapropiados a la semana.

La prevalencia a doce meses de la bulimia entre las jóvenes es del 1-1,15%. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana.

El curso suele ser crónico o intermitente, con periodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado. Los periodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo. (p. 346-347).

Autoras más contemporáneas, destacan dificultades con los sistemas clasificatorios vigentes, fundamentalmente a partir de la amplia frecuencia de trastornos no especificados. La categoría TANE es más prevalente en poblaciones clínicas que la AN, la BN o las dos combinadas, lo cual refuerza el debate acerca de los diagnósticos categoriales y abonan la utilidad de conceptualizaciones dimensionales y una perspectiva transdiagnóstica (Fairburn, 2008). El DSM-V (2013) expresa que: Esta categoría se utiliza cuando los síntomas característicos de un trastorno de la alimentación causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen con todos los criterios para ninguno de los trastornos específicos incluidos en esta clase diagnóstica. Un ejemplo, entonces sería, pacientes que presentan comportamientos purgativos sin atracones, lo que no se ajusta completamente a bulimia.

El manual describe los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, donde se especifican factores temperamentales, ambientales y genéticos/fisiológicos. Por lo tanto, constituyen condiciones clínicas complejas cuyo origen no puede atribuirse a una única causa. Su desarrollo y mantenimiento responden a la interacción dinámica de múltiples dimensiones, lo que exige una comprensión amplia y contextualizada del fenómeno. Esta naturaleza multifactorial plantea importantes desafíos para la evaluación, el abordaje terapéutico y la prevención, requiriendo enfoques clínicos integrales, sensibles a la singularidad de cada caso y a las condiciones en las que se manifiestan estos trastornos.

A continuación, se describirá la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la etapa adolescente, considerando las particularidades de este momento del desarrollo como contexto propicio para su emergencia.

1.1.3- Los trastornos de la conducta alimentaria como problemática de la adolescencia

Como se ha nombrado anteriormente, la adolescencia constituye una etapa de transición profunda, marcada por transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales que configuran nuevas formas de relación consigo mismo y con el entorno. En este contexto, la construcción de la identidad personal, la búsqueda de autonomía, los cambios corporales propios de la pubertad y la presión social en torno a determinados ideales estéticos pueden actuar como factores de vulnerabilidad para el desarrollo de lo TCA.

El inicio de estos cuadros clínicos suele situarse frecuentemente en esta etapa vital, lo cual ha llevado a numerosos estudios a considerar a la adolescencia como un período crítico para su aparición. Comprender la relación entre los TCA y las características del desarrollo adolescente resulta fundamental para el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas que consideren tanto las particularidades individuales como los factores contextuales implicados.

Todos estos cambios físicos y cognitivos descritos en el apartado anterior, provocan que el adolescente comience de a poco a evaluar su propio cuerpo cambiante. En esta etapa se produce una reestructuración en la imagen corporal (IC), esta se refiere al: ‘modo en que la autopercepción del cuerpo genera una representación mental que incluye emociones, pensamientos y conductas asociadas. (Kirszman y Salgueiro, 2015)’. Esto implica un ajuste a los cambios corporales emergentes, no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo, por lo tanto, juega un papel fundamental factores internos y externos, la historia psicosocial de

cada uno, la autoestima y los aspectos socioculturales. El paulatino desprendimiento de la familia y la apertura a los grupos de pares, precisan sentirse atractivos, por lo cual, no suelen aceptar las diferencias corporales con respecto a patrones socialmente aprobados (Mosso; Penjerk, 2007)

Este último concepto (IC), es un elemento troncal en los TCA, es una construcción psicológica compleja y constituye un factor esencial que contribuye a la cronicidad de la patología. En este tipo de padecimientos se cursa con una alteración de la IC, constituyéndose así en un criterio central en el diagnóstico de los TCA. La insatisfacción con el cuerpo y las alteraciones de la IC se encuentran asociadas con conductas y actitudes problemáticas hacia la comida, como la falta de control, el hecho de permanecer largos períodos con dietas restrictivas y la existencia de sintomatología bulímica. Estas variables influyen en la persistencia de la insatisfacción corporal aún después de un tratamiento específico (Kirszman, 2020). En este sentido, el incremento de la delgadez tiene, una poderosa cualidad de refuerzo. Esta cualidad deriva, en gran parte, del placer de sentir que se está en control de la situación, particularmente del control de los propios impulsos biológicos (Kirszman y Salgueiro, 2002). No es de extrañar, entonces, que la perspectiva de generar cambios que modifiquen la restricción alimentaria tropiece con un elevado nivel de resistencia y oposición.

El adolescente puede ser muy intolerante ante la desviación, sea de tipo corporal (en cuanto a la gordura o delgadez) o en relación al momento de la maduración (si es precoz o tardía). Los medios de comunicación, actualmente son una fuente que favorecen la intolerancia, donde se promueven imágenes estereotipadas de “cierto” tipo de cuerpo que se considera “atractivo”. Es frecuente que muchos adolescentes sientan mucha ansiedad e inseguridad en cuanto a su imagen, cuando esta no se asemeja a los ideales planteados. Como consecuencia, es normal que muchos se sometan a dietas rigurosas o presenten regímenes restrictivos en cuanto a la alimentación (Craig).

Tal como se ha desarrollado a lo largo de este capítulo, la adolescencia constituye una etapa especialmente sensible en el ciclo vital, caracterizada por una intensa transformación en todos sus niveles bio-psico-social-espiritual. Es un momento de reconfiguración de la identidad, de exploración del propio cuerpo y de búsqueda de validación externa, en el cual los adolescentes se ven expuestos a múltiples demandas y presiones que pueden impactar profundamente en su desarrollo psíquico. En este contexto, cada mensaje recibido —ya sea a través de los medios de comunicación, los vínculos familiares o los grupos de pares— puede dejar huellas significativas en la construcción de la autoestima, la imagen corporal y el sentido de valía personal.

Los trastornos de la conducta alimentaria, por su carácter complejo y multifactorial, no emergen como consecuencia de un único factor ni de un evento específico, sino que se instalan progresivamente en el entramado de experiencias vitales, relaciones significativas y representaciones subjetivas del cuerpo y del sí mismo. La adolescencia, por su plasticidad y vulnerabilidad, ofrece un terreno fértil para que estas problemáticas se gesten y se manifiesten, especialmente cuando se ven reforzadas por mandatos socioculturales rígidos, ideales estéticos inalcanzables y contextos familiares o escolares poco contenedores.

Resulta fundamental, por tanto, que el análisis de los TCA en esta etapa no se reduzca a una perspectiva biomédica ni a una explicación simplista del síntoma, sino que contemple la complejidad del desarrollo adolescente y las múltiples dimensiones que configuran su mundo interno y externo. La prevención y el abordaje clínico de estos trastornos deben considerar la especificidad de este momento vital, promoviendo estrategias integrales que incluyan el trabajo con la familia, los entornos escolares y los medios de comunicación, a fin de construir espacios de contención, reflexión y cuidado que contribuyan a fortalecer los recursos del adolescente frente a las exigencias del mundo contemporáneo.

1.2 Rol de la familia

A lo largo de la historia, múltiples autores han definido a la familia de diferente manera, a continuación, se exponen las definiciones consideradas más relevantes:

Minuchin (1974) define a la familia como: “un sistema funcional compuesto por subsistemas interdependientes que mantiene patrones transaccionales que regulan el comportamiento de sus miembros. Su organización estructural está mediada por reglas, jerarquías y límites.”

Siguiendo esta línea de pensamiento, Urie Bronfenbrenner (1979) expresa que “la familia es el primer y más importante microsistema en el que el niño se desarrolla. Es un entorno de interacciones cara a cara sostenidas que establece las bases afectivas, cognitivas y sociales del desarrollo humano”.

Desde una perspectiva, con enfoque más cognitivo- conductual, la familia es “Un contexto de aprendizaje social, donde los patrones de conducta, pensamiento y regulación emocional se moldean a través del modelado, el refuerzo y la interacción diaria” (Hayes, Strosahl & Wilson, 2004).

Por último, mirando a la familia desde la terapia cognitivo integrativa, Fernández Álvarez en 2008, expone: “la familia no es simplemente un conjunto de individuos, sino una matriz relacional donde se construyen significados, se organizan esquemas de interpretación del mundo y se transmite el estilo emocional de funcionamiento.”

Por lo tanto, La familia puede ser entendida como un sistema dinámico, estructurado por vínculos afectivos, normas y jerarquías que organizan la vida emocional y conductual de sus integrantes. Es el primer entorno en el que se construyen significados, se aprenden patrones de respuesta ante el estrés, y se desarrollan esquemas de pensamiento y regulación emocional que impactan en el modo de habitar el mundo. En ella se entrelazan dimensiones cognitivas,

vinculares y contextuales que influyen directamente en el desarrollo psicológico individual. Además, funciona como un espacio de aprendizaje social donde se moldean conductas y estilos relacionales que luego se replican o reconfiguran en otros entornos. Su influencia no se limita al interior del hogar, sino que se proyecta en la manera en que las personas interactúan con otros sistemas como la escuela, el entorno clínico o la comunidad. Por lo tanto, comprender la estructura y el funcionamiento familiar resulta fundamental para abordar situaciones complejas como, en este caso, los trastornos de la conducta alimentaria, donde el síntoma no sólo se inscribe en lo individual, sino también en una red de significaciones compartidas.

Salvador Minuchin, autor nombrado anteriormente, propuso que la familia es un sistema compuesto por subsistemas o holones. El término *holón* proviene del griego *holos* (todo) y el sufijo *-ón* (parte), y designa unidades que son simultáneamente totalidades autónomas y partes integradas de un sistema mayor (Keeney, 1983). En el contexto familiar, estos holones funcionan como subsistemas con límites, reglas y funciones específicas, pero están interrelacionados y dependen uno del otro para mantener la homeostasis del sistema familiar. Menciona 3 (tres) holones, los cuales se desarrollan a continuación:

- *El holón conyugal*: está constituido por la pareja matrimonial o el núcleo de pareja que establece el fundamento emocional y estructural del sistema familiar. La función principal es mantener la alianza conyugal, promover la intimidad, la comunicación y la cooperación entre los cónyuges. Esta alianza es fundamental para ofrecer un marco de estabilidad y soporte emocional al sistema familiar completo. Posee límites relativamente permeables que permiten la interacción con otros holones, pero suficientemente claros para preservar la autonomía y la confidencialidad del vínculo conyugal.
- *Holón fraternal*: incluye a los hijos o hermanos dentro del sistema familiar. Tiene como función ser un espacio donde se desarrollan relaciones de

igualdad, competencia, alianza y rivalidad entre los hermanos, que son fundamentales para la socialización y el aprendizaje de normas de convivencia. Promueve el sentimiento de pertenencia y la individualidad. Presenta límites que permiten la interacción con los holones conyugal y parental, pero con diferenciación suficiente para preservar la autonomía de los hijos dentro de sus propias relaciones fraternales.

- *Holón parental:* está compuesto por los padres o cuidadores que ejercen las funciones de autoridad, regulación y socialización dentro de la familia. Sus funciones principales son: proveer estructura, normas, límites y modelos de regulación emocional y conductual para los hijos. Es el núcleo responsable de la crianza y la transmisión de valores. Los padres deben mantener límites claros y jerarquías adecuadas, evitando la invasión de funciones del holón fraternal o la triangulación con los hijos para mantener el orden estructural. En cuanto a su diferencia con el holón conyugal, aunque ambos pueden coincidir en los mismos integrantes (los padres), sus funciones son diferenciadas. El holón parental se centra en el ejercicio de la autoridad y la disciplina, mientras que el conyugal está centrado en la pareja y la relación de pareja.

Este marco teórico nos conduce a analizar el rol específico de los padres y las tareas parentales:

Distintos autores plantean como tareas parentales las siguientes: “favorecer el desarrollo físico y el sano crecimiento del hijo o la hija, promover la adquisición de habilidades de socialización, aportar un clima de apoyo y afecto, estimularlos de acuerdo a las necesidades evolutivas estructurando su ambiente y facilitar la apertura a otros contextos de desarrollo” (Combs-Orme, Wilson, Cain, Page y Kriby, 2003; Rodrigo y Palacios, 1998). Sin embargo, el ejercicio de estas tareas parentales, se encuentran relacionadas con las demandas y necesidades de los hijos o hijas, las cuales se encuentran asociadas a la etapa evolutiva que están transitando.

Por ejemplo: en lo que ellos denominan “infancia tardía (9-12 años)”, se enfatiza: Apoyar la independencia, favorecer la construcción del autoconcepto y el crecimiento emocional y proveer de disciplina y límites.

Rodrigo, Martín, Cabrera y Máiquez, 2009, citados en la tesis doctoral de Padilla (2014), expresan que hay habilidades íntimamente ligadas con la tarea vital de ser padre o madre, estas son: *habilidades educativas* (estimulación y apoyo en el aprendizaje, control, supervisión, etc.), *habilidades de agencia parental* (percepción ajustada al rol parental, sentido de protagonismo en la vida del menor, etc.), *habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social* (búsqueda de ayuda de personas significativas y visión positiva del niño o niña), *habilidades para la vida parental* (estrategias de afrontamiento y capacidad de respuesta) y *habilidades de organización doméstica* (higiene y control de la salud, mantenimiento de economía doméstica, entre otras).

Dentro de los modelos que aportan información acerca de los antecedentes de la conducta parental, uno de los más influyentes es el “Modelo de los determinantes de la parentalidad” de Belsky (1980), hace énfasis tanto en el estudio del rol del progenitor como del estrés asociado a este. “ En el mismo se ofrece una visión ecológica donde el padre o la madre desarrollan sus funciones en el interior de un contexto Inter sistémico y donde las relaciones se caracterizan por su bidireccionalidad de acuerdo con el enfoque transaccional. Por tanto, la interacción entre las características de los padres, los menores y el entorno influye en el satisfactorio desarrollo de las tareas parentales”.

Autores más recientes como Rodrigo, Máiquez y Martín (2013), encuadran el desarrollo de la parentalidad en 4 (cuatro) planos:

- El primero, es el plano *personal*: está basado en los beneficios o inconvenientes individuales que reporta el ejercicio parental

- El plano *diádico*, es donde se cimenta la vinculación afectiva que se lleva a cabo en el subsistema parento-filial y sus repercusiones para el desarrollo adulto e infantil.
- En tercer lugar, está el plano *relacional*, se basa en las relaciones sociales tanto familiares como extrafamiliares, informales y formales, que apoyan o dificultan la satisfacción de las necesidades de los hijos e hijas.
- Por último, el cuarto plano: el *comunitario*. Está basado en la promoción o las presiones que por parte de la sociedad se realiza en torno al desarrollo de la parentalidad.

Galindo y Milena (2003) señalan que la familia debe ser considerada como un grupo complejo que elabora su propia lectura de la realidad, es decir que la familia conforma una institución donde existen unas leyes y normas que rigen su funcionamiento. En este sentido, los miembros pertenecientes deben asumir un rol y una posición dentro del sistema familiar y cada miembro tiene una posición, que influenciará el papel que los otros miembros desempeñen dentro del sistema (Amarís, Paternina & Vargas, 2004). Para comprender el manejo del sistema se debe descubrir cómo son las relaciones de cada uno con su entorno, es decir, conocer también su interacción social, pues estas interacciones podrían producir reacciones buenas y también malas en los demás y en cada uno de ellos. En otras palabras, la familia tiene ciertas particularidades de un grupo de personas, dentro de este grupo actúan ciertas motivaciones tanto positivas como negativas, que definen el buen o mal funcionamiento de esta familia.

Desde una mirada cognitiva integrativa, aun cuando trabajemos con familias, el destinatario del acto terapéutico, a diferencia de los modelos sistémicos, no es la familia «en sí» sino las personas que la integran. El análisis de la demanda de ayuda es un elemento fundamental en nuestro modo de acercarnos a las situaciones de malestar y, particularmente, a las vinculadas a los trastornos de la alimentación y de la imagen corporal. Para nuestro modelo

resulta central la consideración de su constitución, de su historia, de sus componentes. En algunas ocasiones, la demanda es clara, está madura y es fácil seguir su recorrido e identificar los componentes que la conforman. En otras, la demanda de ayuda es confusa; resulta difícil identificar los núcleos del malestar, sus orígenes y los caminos que ha recorrido. La demanda puede ser múltiple y organizarse en representaciones individuales de varios miembros de un grupo familiar. Esto da pie para pensar en la relación que la unidad familiar tiene con los trastornos de la conducta alimentaria, a continuación, se expresa lo relevante para el presente trabajo.

1.2.1- La familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Desde los años 70 (setenta) en adelante, el funcionamiento interpersonal hacia el interior de la familia ha recibido mayor atención, ya que se considera un factor determinante y de mantenimiento de los TCA. En el último tiempo, el interés se ha desplazado desde la descripción de los patrones de funcionamiento familiar a encontrar modos de intervención efectiva con las familias, a buscar las justificaciones teóricas y la evidencia actual que sienta las bases empíricas para el uso de los tratamientos familiares de los TCA en niños y adolescentes, de hecho, la intervención familiar está en la primera línea de elección para el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes. (Lock, 2011; Kiszman D. – Salgueiro M.C. 2012)

A través de los años, se ha mostrado que no existe un patrón único para las familias con un miembro con un TCA, que las características disfuncionales y patológicas no son exclusivas de las familias que padecen estos trastornos, sino que pueden acompañar a otras psicopatologías; además no todas las familias con TCA presentan elementos patológicos y aun cuando éstos existieran no es posible establecer una relación determinante entre ellos. Estos resultados impulsaron al desarrollo de modelos más amplios, como la perspectiva

multifactorial donde la familia aparece como un factor común que contribuye a la comprensión de dichos trastornos mediante la explicación de diferentes vías de influencia familiar. (Cervera, 1996; Toro & Vilardell, 1987; Williamson, 1990).

Poco a poco fue tomando mayor peso el consenso a favor del abandono de actitudes culpabilizantes hacia los factores familiares en la genesis del trastorno. Se trata mas bien, de buscar factores que se asocien a los procesos de mantenimiento de los síntomas una vez iniciados o que se constituyan en una variable moderadora de la efectividad de las intervenciones, ya sea en sentido positivo o negativo. En general, se considera que es necesario adoptar una postura muy cauta con relación a modelos en los que se atribuya a la familia un factor causal de la patología, el poder concentrarse en el mantenimiento en lugar del problema etiológico permite el surgimiento de nuevos hallazgos.

Diana Kirzsmán y M. Carmen Salgueiro (2012) expresan: ‘‘ Aquellas familias con mayores niveles de disfuncionalidad, en las que se evalúan relaciones o actitudes familiares en las que predomina la falta de confianza y empatía o con bajos niveles de cohesión entre sus miembros, con altos niveles de emocionalidad expresada hacia la paciente sintomática, tienden a ir asociadas a una elevación del riesgo de cronicidad y a limitar el aprovechamiento de los recursos terapéuticos, por fallas en el establecimiento y sostén de la relación con el equipo terapéutico.’’ ... ‘‘ La anorexia nerviosa, particularmente, es un trastorno muy visible, capaz de generar respuestas emocionales muy intensas, particularmente entre los familiares próximos y, en este sentido, muchas de estas respuestas se constituyen en factores de mantenimiento de la sintomatología y estos pueden manifestarse tanto en la paciente identificada como en los miembros de la familia.’’

En base a lo expuesto, se cree pertinente comenzar a hablar de ‘‘factores protectores o favorecedores’’ de la mejoría versus ‘‘factores de mantenimiento, agravamiento o cronicidad’’.

De esta manera, integran esta concepción dentro del marco conceptual de una perspectiva multifactorial y dimensional. Es posible ubicar a las familias en un continuo de funcionamiento que va desde lo que es un funcionamiento altamente disfuncional en un extremo, hasta el funcionamiento óptimo en su extremo opuesto. En la clínica, las familias pueden ubicarse en cualquier punto de este continuo y es labor del equipo terapéutico hacer un balance de los recursos y las vulnerabilidades específicas de cada situación clínica en particular e ir diseñando las intervenciones de acuerdo a estas particularidades. (Kirszman D. – Salgueiro M.C. 2012). Entonces se busca un cambio de perspectiva y un movimiento hacia modelos familiares de tratamiento más focalizados en los factores ligados a la recuperación (en oposición a la etiología), a movilizar recursos familiares (en lugar de reparar la patología familiar) y en involucrar activamente a los miembros de la familia (y no excluirlos) (Cook-Darzens y cols., 2008).

Leung, Schwartzman y Steiger (1996), proponen un modelo que explica la influencia familiar a través de 2 vías, sobre la sintomatología de TCA:

La preocupación de peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas de TCA y la disfunción familiar puede seguir una vía indirecta donde sus efectos se suman a la baja autoestima y la insatisfacción corporal generando la presencia de síntomas de TCA; o bien puede actuar directamente sobre dichos síntomas de TCA, de acuerdo con el análisis de regresión efectuado. Sus resultados muestran que cuando la disfunción familiar y la autoestima se combinan específicamente con preocupaciones familiares hacia el peso y la apariencia, y con la insatisfacción corporal de las hijas, entonces aumenta la posibilidad de que se presenten este tipo de trastornos. (Ruiz Martínez, 2013).

A partir del recorrido teórico desarrollado, resulta posible identificar una transformación sustantiva en la forma en que la literatura científica ha conceptualizado la implicancia de la familia en los TCA, particularmente durante la adolescencia. En las últimas décadas, se ha producido un desplazamiento desde modelos etiológicos unidimensionales, centrados en la atribución causal a la familia, hacia perspectivas comprensivas de carácter multifactorial y contextual. Dichas perspectivas no reducen a la familia a un mero agente patógeno, sino que la conciben como un sistema complejo, cuyas dinámicas pueden actuar como factores de riesgo, de mantenimiento o de protección frente a la evolución de estos cuadros clínicos.

En este sentido, se consolida un consenso teórico y clínico que propone el abandono de enfoques culpabilizantes y promueve, en cambio, la consideración de variables relacionales tales como la cohesión familiar, la comunicación emocional, los niveles de empatía, la confianza mutua y la calidad del vínculo con los dispositivos terapéuticos como elementos determinantes para el curso de los TCA. La evidencia empírica respalda la eficacia de las intervenciones que incorporan activamente a la familia como recurso terapéutico, posicionándola como un agente clave en los procesos de recuperación, especialmente en el abordaje de la anorexia nerviosa en la adolescencia.

A partir de este enfoque, se reconoce que las familias no presentan estructuras disfuncionales de manera homogénea, sino que pueden ubicarse en un continuo de funcionamiento que debe ser evaluado de manera situada y particularizada. Esta perspectiva permite identificar tanto recursos como vulnerabilidades específicas, facilitando la planificación de estrategias de intervención diferenciales que promuevan procesos de cambio sostenibles.

En síntesis, la inclusión activa de la familia en el abordaje clínico de los TCA constituye no solo un cambio de paradigma teórico, sino también una estrategia terapéutica de alto valor clínico. Esta reformulación habilita una praxis más eficaz, interdisciplinaria y contextualizada, que reconoce en la familia no una causa a reparar, sino un entramado vincular que puede y debe ser movilizado en pos de la recuperación del paciente.

1.2.2- La familia como factor obstaculizador del tratamiento

En el abordaje clínico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), una de las principales dificultades radica no solo en la complejidad de producir modificaciones sintomáticas sostenibles, sino en la particularidad estructural de estas patologías, caracterizadas por una tendencia activa a la conservación del síntoma por parte del paciente. Tal como señala Kirszman (2020), en muchos casos, el sujeto afectado por un TCA manifiesta un intenso deseo de preservar las conductas alimentarias disfuncionales —por ejemplo, la restricción alimentaria— con el objetivo de evitar el aumento de peso, situación que representa una fuente significativa de angustia. Esta dinámica sintomática no solo complica la formulación de objetivos terapéuticos consensuados, sino que también condiciona la posibilidad de establecer un encuadre clínico estable que favorezca la alianza de trabajo.

A su vez, la elevada comorbilidad diagnóstica que presentan los TCA representa un obstáculo relevante en la planificación de las intervenciones. La coexistencia de cuadros afectivos, ansiosos u otros trastornos mentales, como la depresión mayor —presente en aproximadamente el 40% de los casos, según Braum, Sunday y Halmi (1994)—, complejiza tanto el diagnóstico diferencial como la implementación de estrategias terapéuticas integrales, al tiempo que puede incidir negativamente en la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, más allá de los factores estrictamente subjetivos, es imprescindible reconocer la presencia de obstáculos contextuales, entre los cuales el entorno familiar adquiere

un rol determinante. Tal como lo expresan Innes, Clough y Casey (2017), y retoma Kirszman (2020), las barreras que dificultan el abordaje de los TCA pueden originarse tanto en aspectos intrapsíquicos como en dinámicas vinculares complejas, especialmente dentro del sistema familiar primario. En este marco, las actitudes de negación, minimización o escasa implicación de la familia en el proceso terapéutico no solo obstaculizan la construcción de una red de sostén efectiva, sino que además operan como factores de mantenimiento y cronificación de la sintomatología.

En efecto, diversas investigaciones han señalado que el funcionamiento interpersonal de las familias con un integrante afectado por un TCA constituye un elemento central a la hora de comprender la persistencia del cuadro clínico. La falta de cohesión, la escasa empatía, las dificultades en la comunicación emocional o la presencia de alianzas disfuncionales pueden actuar como dispositivos relacionales que refuerzan el síntoma, tanto en la paciente identificada como en el sistema familiar en su conjunto (Salgueiro y Kirszman, 2012). De este modo, el síntoma alimentario puede ser comprendido no únicamente como una manifestación individual, sino también como una forma de organización vincular que ofrece estabilidad al sistema familiar, a costa del malestar subjetivo del paciente.

A continuación, se relata una breve descripción y definición, de lo que la autora D. Kirszman (2020), expresa como obstáculos en el tratamiento de los TCA:

- La *cronicidad*, tiene fundamental importancia respecto de la naturaleza del trastorno y alimenta fuertemente las creencias negativas (no sólo del paciente) respecto a la expectativa de posibles logros terapéuticos. Considerando lo expuesto sobre la imagen corporal anteriormente y sabiendo que esta insatisfacción es una de las variables más difíciles de revertir, es claramente un factor que incrementa la cronicidad. Diversas características favorecen y potencian la cronicidad de estos

cuadros. El perfeccionismo (entre otros) es un ejemplo paradigmático, el cual funciona como una variable que acompaña todo el proceso.

- La *comorbilidad*, se define como: “Presencia de cualquier condición clínica adicional al trastorno alimentario per se, que haya existido o exista en el curso de la evolución de una situación que recibe el diagnóstico principal de TCA”. Esta simultaneidad de condiciones hace particularmente difícil en muchos casos la elaboración de un diagnóstico preciso y, por consiguiente, de un adecuado diseño de tratamiento. Los trastornos mentales más comunes en los TCA son los afectivos, principalmente la depresión mayor, que aparece en el 40% de los pacientes (Braum, Sunday y Halmi, 1994).

- Por último, la *resistencia*. Dentro de los factores obstaculizadores para la adherencia a la terapia, encontramos la disposición parcial o ambivalente a mejorar y las dificultades en el entendimiento de la enfermedad, tanto de sus causas como de su sintomatología.

En este sentido, se impone la necesidad de considerar a la familia no como un contexto neutral o meramente circunstancial, sino como un actor estructural del dispositivo terapéutico, cuya participación activa, reflexiva y sostenida resulta indispensable para el éxito de la intervención. El reconocimiento de estos factores relacionales permite orientar el diseño de estrategias clínicas más eficaces, basadas en una lectura contextualizada de cada situación, y ajustadas a las particularidades del funcionamiento familiar. De este modo, se promueve una praxis que no sólo busca la remisión de los síntomas, sino que apunta a una transformación integral de los vínculos que los sostienen, consolidando intervenciones más sensibles, éticas y duraderas.

El análisis del papel de la familia en los trastornos de la conducta alimentaria permite comprender su influencia no solo en la instalación y el sostenimiento de estas patologías, sino también en los procesos de cambio y recuperación. Desde una perspectiva integradora, la familia se concibe como un sistema relacional activo, en el que se configuran significados, esquemas y estilos vinculares que inciden directamente en el funcionamiento emocional y conductual de sus miembros.

El enfoque de la Terapia Cognitivo Integrativa propone una lectura compleja y no reduccionista del fenómeno clínico, incorporando a la familia como un agente coprotagonista en el proceso terapéutico. Este modelo prioriza la comprensión de las representaciones subjetivas, los vínculos disfuncionales y los recursos disponibles, articulando niveles cognitivos, emocionales y relacionales para favorecer una reorganización funcional del sistema.

Reconocer tanto los factores facilitadores como los obstáculos dentro de la dinámica familiar es clave para diseñar intervenciones eficaces y sostenibles. En este sentido, el trabajo terapéutico no puede desligarse de las condiciones reales de quienes integran el sistema, ni de los efectos que el padecimiento de uno de sus miembros produce en los demás.

Desde esta mirada, el malestar no es solamente un fenómeno individual, sino que repercute y se distribuye en toda la red vincular. Por ello, el siguiente capítulo se centrará en el concepto de estrés parental, como una expresión particular del impacto emocional que el rol de crianza adquiere frente a situaciones clínicas de alta demanda.

1.3 Estrés parental

El estudio del estrés ha atravesado múltiples transformaciones conceptuales a lo largo del tiempo, ampliando su campo de aplicación desde las ciencias biológicas hacia las ciencias

sociales y de la salud. En la actualidad, el concepto se ha diversificado hasta dar lugar a formulaciones específicas que permiten comprender con mayor precisión cómo determinadas condiciones vitales pueden generar desequilibrio, malestar y agotamiento en poblaciones particulares. Entre estas formulaciones, el estrés parental constituye un constructo relevante para el análisis de las experiencias de padres y madres en contextos de alta demanda emocional y vincular.

Lejos de tratarse de un fenómeno aislado o transitorio, el estrés parental se configura como una forma específica de estrés que emerge cuando las exigencias del rol de crianza superan los recursos —perceptivos, emocionales, cognitivos o contextuales— que los adultos sienten disponibles para responder a dichas demandas. Esta forma de tensión se ve especialmente potenciada en situaciones donde los hijos atraviesan condiciones clínicas complejas, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que desafían los esquemas tradicionales de contención, autoridad, acompañamiento y regulación emocional.

El presente apartado se propone conceptualizar el estrés parental a partir de los modelos teóricos generales del estrés (respuesta, estímulo e interacción), para luego analizar cómo se traduce y particulariza dentro del ejercicio de la parentalidad. Este abordaje permitirá comprender no sólo la experiencia subjetiva de los padres frente al sufrimiento de sus hijos, sino también los efectos que este estrés puede tener sobre el funcionamiento familiar, la percepción de competencia parental y la relación terapéutica en dispositivos clínicos.

1.3.1- El estrés

El concepto de "estrés" ha sido objeto de diversas definiciones y enfoques a lo largo del tiempo, dada su complejidad y su evolución desde el campo de la física hasta su aplicación en las ciencias sociales y de la salud. Padilla (2014), en su tesis doctoral, destaca que inicialmente el término se utilizaba para describir una característica física de los cuerpos sólidos, y que,

posteriormente, comenzó a ser entendido como un proceso complejo de interacción entre el individuo y su entorno. En este sentido, se han desarrollado tres orientaciones teóricas fundamentales para comprender el fenómeno del estrés: las teorías basadas en la respuesta, las teorías centradas en el estímulo y las teorías interaccionistas.

- *Teorías basadas en la respuesta:* el fundador de esta corriente fue el médico H. Selye, quien en 1956 presentó su definición de estrés como: “Una respuesta no específica del organismo a estímulos nocivos.” Entonces, desde esta mirada consistiría en un reajuste inespecífico a las demandas del entorno que activaría un sobre esfuerzo en el sujeto cuyo objetivo sería alcanzar de nuevo el equilibrio. Para este autor, este tipo de respuesta tenía un claro componente fisiológico, concretamente, la activación del eje hipotálamo-hipófisis corticosuprarrenal y del eje simpático-médulo-suprarrenal.

El mantenimiento de esta activación produciría el Síndrome General de Adaptación (SGA) y, en el caso de una excesiva persistencia, un síndrome estereotipado que pondría en peligro el sistema suprarrenal, el timo y los ganglios linfáticos, así como la posible aparición de úlceras estomacales. El SGA por tanto, es la respuesta del organismo en defensa al estresor (sin importar su naturaleza), que si se mantiene puede provocar perjuicios en la salud de la persona y que presenta unas fases concretas: reacción de alarma (debido a la exposición a diversos estímulos a los cuales el organismo no se encuentra ajustado, éste emite una señal de alarma que provoca la movilización de sus defensas), etapa de resistencia (la superación de la fase de alarma produce la adaptación del organismo al estímulo que ha provocado la respuesta. La excesiva prolongación de esta fase puede producir enfermedades como la hipertensión, artritis y cáncer) y etapa de agotamiento (en el caso de que la presencia del estresor se

prolongue o sea lo suficientemente severa como para consumir todos los esfuerzos adaptativos del organismo aparece esta fase. Esta etapa puede desembocar en la muerte del organismo).

Las principales críticas a este modelo se basan en tres puntos fundamentales: (1) el concepto de inespecificidad, (2) la confusión conceptual acerca del término estrés y (3) la ausencia de factores cognitivos. En la actualidad, el enfoque basado en la respuesta incluye no solo las respuestas fisiológicas del organismo humano sino también los esfuerzos cognitivos y conductuales.

- *Teorías basadas en el estímulo:* esta orientación tuvo su origen en los trabajos de Holmes (1967), en los que define al estrés como: “ el ajuste o la adaptación provocada por los cambios propios de los sucesos vitales mayores”. El autor examinó cómo la carga social que experimentaban los sujetos que presentaban diversas enfermedades influía en el curso o aparición de las mismas. Es por ello que, según esta orientación, las características del entorno y, concretamente, de los propios estímulos serían las que en último término provocarían el fenómeno del estrés, situándose éste fuera de la persona. La hipótesis se basó en que los sucesos vitales, más allá de su cualidad positiva o negativa, estimulan el cambio que produce la amenaza al organismo. Así, una acumulación de sucesos vitales en un corto periodo de tiempo promoverá la aparición de las enfermedades asociadas al estrés.

Esta orientación sigue vigente en la actualidad de acuerdo con el enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Sandín, 2003). Tal como indica este autor, existen tres formas fundamentales de estresores sociales: los sucesos vitales, los estresores diarios y el estrés de rol.

Los trabajos iniciales centrados en esta teoría caracterizaban a los individuos como sujetos pasivos que acumulaban circunstancias vitales. Sin embargo,

posteriormente, los investigadores comenzaron a incorporar las valoraciones positivas o negativas de las personas acerca de los sucesos experimentados o el impacto que éstos les provocaban.

- *Teorías basadas en la interacción:* en los años 60 y 70 se dieron las condiciones para que se superara la concepción Estimulo - Respuesta y comenzara, sobre el soporte teórico del nuevo paradigma cognitivo, el estudio de constructos de carácter mediacional que contribuye considerablemente a la creación y desarrollo de la orientación interaccionista del estrés. Los máximos exponentes de esta perspectiva fueron R. Lazarus y S. Folkman, en el año 1984. De acuerdo con el modelo transaccional de estrés, éste sería definido como “una relación particular entre la persona y el ambiente, y es evaluado por el individuo como algo que excede o agota sus recursos y amenaza su bienestar personal”. Por lo tanto, la orientación interaccionista está basada en gran parte en los procesos cognitivos que mediatizan las reacciones de estrés. Estos autores expresan que, la persona realiza evaluaciones y las categorizan en 3 (tres) tipos:

La *evaluación primaria*: es el primer mediador psicológico del estrés y facilita que el individuo pueda categorizar el estímulo como daño, amenaza o desafío. Estas tres evaluaciones son realizadas de acuerdo a distintos antecedentes, tanto ambientales como personales, y tendrán diferentes consecuencias (Lazarus, 1993). Los elementos que pueden influir en la evaluación primaria tienen que ver con la autoestima, el bienestar psicológico o la percepción de estabilidad financiera (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986).

Posteriormente, la persona, realiza la *evaluación secundaria*, la cual está centrada en la valoración de los recursos que posee para hacer frente al daño, amenaza

o desafío. Estos recursos pueden ser tanto propios de la persona (recursos de afrontamiento) como de su ambiente (apoyo social o recursos materiales). Las dimensiones que pueden incidir en esta evaluación pueden ser las posibilidades de cambio de situación, la aceptación de la misma o la necesidad de obtener más información antes de actuar

Y por último, estas dos fases anteriores son de gran importancia para entender la siguiente fase, la *reevaluación*, en la cual el individuo al estimar sus propios recursos y los que demanda la situación, o tras interactuar con las demandas internas o externas, puede reformular las evaluaciones previas de forma diferente a como lo hizo en primera instancia.

De acuerdo con la orientación interactiva, un constructo básico en el estudio del estrés tiene que ver con los esfuerzos del individuo por reducir sus efectos, es decir, las formas con las que cuenta el individuo para afrontar el estrés.

1.3.2- El estrés en la familia

En el marco de las teorías del estrés, el abordaje del estrés familiar ha cobrado creciente relevancia. Malia (2006), citado por Padilla (2014), define al estrés familiar como "un balance complejo en el que la familia, como sistema, intenta mantener su equilibrio frente a las demandas externas e internas". Esta dinámica implica que cada miembro incorpora su propia evaluación y respuesta al proceso compartido, en un entramado donde influyen tanto los subsistemas familiares como los sistemas más amplios en los que la familia está inserta, estos influyen en la organización de la experiencia del estrés.

El modelo que más relevancia tuvo al estudiar esta temática fue: el modelo de estrés y adaptación familiar (McCubbin y Patterson, 1983). "Estos autores caracterizaron la estructura del estrés familiar identificando a los estresores (A) que interactúan tanto con los recursos

familiares (B) como con la percepción que sus miembros tienen de la demanda (C), produciendo este proceso una respuesta de adaptación o desadaptación ante el cambio (X)". Estos elementos se sitúan a lo largo de un continuum: los 3 (tres) primeros se encuentran en una fase pre crisis y la respuesta en la fase de crisis. "Además, este modelo incluye una etapa de postcrisis donde los cuatro elementos del proceso de estrés vuelven a presentarse: se acumulan los estresores en la familia, el sistema tiene en consideración las evaluaciones sobre las demandas pasadas ante las nuevas y se incorporan nuevos recursos familiares a lo largo del tiempo. Este efecto acumulativo en los procesos promoverá nuevas respuestas, tanto adaptativas como desadaptativas en el proceso de estrés" (Padilla, 2014).

Los "estresores" (A), se definen como: " las condiciones que provocaban cambios en el sistema familiar". Boss (2002), plantea la siguiente clasificación de los estresores familiares:

- Según su *origen*: pueden ser internos o externos.
- Según su *carácter*: normativos, predecibles o ambiguos.
- Según su *permanencia*: crónicos o efímeros.
- Según su *peso*: la demanda aparece en solitario o como un conjunto de estresores.

Siguiendo con el modelo anterior, los "recursos" (B), pueden definirse como: " las fortalezas potenciales de la familia, y que pueden actuar como mediadores de las demandas anteriores". McCubbin y Patterson (1983), dividen los recursos en *positivos (fortalezas)*: son los rasgos, características y habilidades de los padres, los hijos o el propio sistema, que tienden a promover el afrontamiento del estrés y *negativos (vulnerabilidades)*: estos pueden acentuar el efecto negativo de los estresores.

Por su lado, las evaluaciones que los miembros atribuyen a los eventos que los rodean (C) y que por sí mismos no tienen entidad como para provocar la respuesta de estrés, ayudan a

determinar si estos hechos son concebidos como positivos, negativos o neutros. Hay varias tipologías de evaluaciones sobre un estresor: como un reto, una amenaza, una potencial pérdida o daño o benigno.

Este modelo señala la relación entre el evento estresor y el nivel de la crisis, en los que los patrones de evaluación del sistema y los recursos familiares juegan un papel fundamental para las respuestas. Dependiendo del evento estresor, y si no son adecuadas las respuestas, se hará necesario establecer nuevos patrones. La vulnerabilidad de la familia varía con la habilidad de esta para prevenir el surgimiento de un evento que altere el sistema creando crisis

Con respecto a la adaptación de la familia al estrés, las ideas más tradicionales ponían el foco en que la respuesta al estrés se basaba en una crisis (Hill, 1949, 1958). No obstante, desde una perspectiva más contemporánea, hay una nueva mirada donde consideran que la familia puede alcanzar un nivel de adaptación a la adversidad beneficiosa para su funcionamiento (Boss, 2006), por lo que los nuevos estudios han incorporado una visión basada en las fortalezas familiares y la capacidad de resistencia familiar ante el estrés en contraposición a los modelos de déficit. (Padilla, 2014)

1.3.3- El estrés parental

El hecho de ser padre o madre, invita a pensar en una redefinición de la identidad, favoreciendo el logro de determinadas características psicológicas y evolutivas, que se asocian a la madurez. Conlleva una progresiva adquisición de disciplina y responsabilidad, así como una pérdida del egocentrismo. (Rodrigo y Palacios, 1998).

Si bien existen múltiples determinantes que influyen en el adulto a la hora de enfrentarse a las tareas educativas. Entre estos determinantes, los estudios basados en el estrés, en cualquiera de sus formas, muestran una gran influencia en la interacción parento-filial y en la satisfacción de las necesidades de los menores de edad.

Ahondando en la temática, varios acercamientos teóricos han invitado a pensar acerca de la consideración en cuanto a la naturaleza, las características y el origen del estrés parental como: acumulación de estresores diarios y/o de sucesos vitales o como estrés de rol (Sandín, 2003).

Los estresores diarios, pueden definirse como: “acontecimientos normativos, cotidianos, irritantes, breves, con un principio y fin definido, que producen malestar cuando se acumulan” (Huth-Bocks y Hughes, 2008). Estos eventos (sucesos menores) son mucho más frecuente y menos impactantes por sí mismos que los sucesos vitales (sucesos mayores). “ En el contexto de la parentalidad, el llanto del bebé, el acompañamiento del niño o la niña al centro educativo, la aplicación constante de normas o atender a las llamadas del menor pueden ejemplificar a los estresores diarios. Al caracterizarse por un bajo impacto y una mayor frecuencia, el padre o la madre no tiende a afrontarlos de una manera tan activa en comparación con los sucesos vitales (Sandín, 2003), lo que puede provocar una mayor disrupción en el ejercicio de la parentalidad.” (Padilla, 2014). Estos acontecimientos diarios pueden tener como origen el progenitor, el hijo/hija o la familia como sistema y tienden a ser más estables en el tiempo. Crnic y Low (2002), añaden que esta perspectiva, al igual que la relacionada con los sucesos vitales, pronto incorporó la evaluación del impacto que los progenitores realizaban sobre estos acontecimientos, y rechazan así la idea de analizar la mera acumulación de estresores diarios como único determinante del estrés.

Nombrada anteriormente, existe otra perspectiva denominada “estrés de rol”, que justamente difiere con la concepción del estrés basado en estresores diario o sucesos vitales. El estrés de rol se entiende como “ un conjunto de demandas constantes que promueven que la persona reajuste su comportamiento durante un periodo de tiempo prolongado sin un final específico” (Sandín, 2003). Esto quiere decir que, cualitativamente la experiencia del estrés parental, difiere del estrés vivido por otros roles. Entonces el estrés parental se encontraría

relacionado de una forma única y concreta a los procesos de ajuste adulto e influye en la interacción parento-filial y en el desarrollo de los hijos y padres.

Desde esta perspectiva el estrés parental, puede concebirse como un complejo proceso en el que los progenitores se sienten desbordados ante las demandas propias del rol de padre o madre, promoviendo la aparición de sentimientos negativos sobre sí mismo como progenitor o sobre el menor. Por lo tanto, comparándolo con la teoría anterior que se enfocaban en los estresores externos, desde esta mirada, es una dimensión psicológica interna del individuo.

Abidin (1992), propone un modelo de estrés parental basado en la perspectiva del rol. Desde este enfoque, define al estrés parental como “ elemento activador que fomenta la utilización de los recursos disponibles para afrontar de una manera satisfactoria el ejercicio del rol parental, siendo tan perjudicial la falta absoluta de activación como unos niveles extremos de estrés”. Este tipo de estrés estaría basado en un procesamiento valorativo del rol como progenitor: tanto en la autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales, como en el uso de estrategias de afrontamiento puestas en marcha para solventar las dificultades asociadas a la tarea de educar y cuidar a los hijos. Se asocia al conjunto de creencias y expectativas que todo padre o madre presenta sobre sí mismo. Abidin (1992) señala que este modelo de trabajo interno, que cada adulto posee a la hora de ejercer su rol, puede ejercer de amortiguador entre los potenciales estresores y la respuesta de estrés.

El autor, integra en su modelo, el enfoque anterior, incluyendo los estresores diarios y los sucesos vitales, como estresores relevantes. A estos 2 (dos) agrega: el empleo, las características del progenitor y las características del niño o niña como fuentes potenciales de estrés. Abidin (1995) se centra en estas dos últimas, de modo tal que distingue entre 2 (dos) componentes específicos que forman el estrés parental: el estrés asociado al malestar propio de las exigencias parentales (sentimientos de falta de libertad atribuidos a ser padre, sensación de

soledad y falta de apoyo, etc.), y la percepción acerca lo problemático que es valorado el niño (temperamento difícil, expectativas de relación frustradas). “ De esta manera, el dominio centrado en el progenitor, en comparación con el dominio del niño, puede influir más específicamente en dimensiones individuales del adulto como su grado de ajuste o las percepciones sobre sí mismo, mientras que el niño como fuente de estrés puede mediar de forma más relevante en el desarrollo del menor.” (Padilla, 2014)

El sentido de competencia que perciban los adultos con respecto a las tareas relacionadas con la parentalidad promoverá una activación diferencial del proceso de estrés. Así, un desajuste entre la percepción de los estresores y los propios recursos como progenitor puede promover un alto grado de estrés. Milner (2003) señala a este respecto que los progenitores con un elevado estrés tienden a evaluar las situaciones de una manera menos compleja, originando así, mayores niveles de impulsividad a la hora de responder al niño.

De esta manera, se considera que no existe una única fuente estresora a la hora de hablar de “estrés parental”. Mas allá de los sucesos externos, correspondientes al contexto, que puedan ocurrirle a cualquier progenitor, tienen mucha influencia sus procesos cognitivos internos, ya sean sus expectativas ante su rol de padre, su aprendizaje previo sobre “como ser padre”, la valoración de su propio rol y también las características que el propio hijo/hija tenga. Es un fenómeno multicausal, estudiado a lo largo de los años, sin embargo, Padilla (2014) expone: “ existen escasos acercamientos tipológicos que, más allá de analizar el grado de estrés, ofrezcan claves acerca de las diferentes formas de experimentarlo y afrontarlo, y a su vez sobre cómo intervenir y trabajar con los padres y las madres de una manera adaptada a sus necesidades.”

Sintetizando, lejos de reducirse a un indicador de malestar pasajero, el estrés parental se presenta como un fenómeno multicausal, que impacta de manera directa en la interacción

parento-filial, en el desarrollo emocional de los hijos, en el clima familiar y en la disposición al cambio dentro de los procesos terapéuticos. Por tal motivo, su comprensión no solo es clave para el diagnóstico de las dinámicas familiares, sino también para el diseño de estrategias de intervención ajustadas a las necesidades reales de madres y padres que atraviesan contextos clínicos complejos como los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En este sentido, resulta imprescindible considerar no solo las fuentes y características del estrés, sino también los recursos psicosociales que los cuidadores ponen en juego para enfrentarlo. A partir de esta premisa, el próximo capítulo se enfocará en las estrategias de afrontamiento, entendidas como los modos —conscientes o automáticos— mediante los cuales los padres intentan mitigar el impacto del estrés, restablecer el equilibrio emocional y sostener su rol en condiciones de vulnerabilidad. Explorar estas estrategias permitirá ampliar la comprensión del modo en que las familias procesan el malestar y de qué manera pueden ser acompañadas desde un abordaje terapéutico integrativo y sensible al contexto.

1.4 Estrategias de afrontamiento

1.4.1- Acercamiento al termino de Afrontamiento

Varios autores han definido al “afrontamiento” a lo largo de la historia, a continuación, se presentan los considerados más relevantes:

Lazarus y Launier (1978) lo definen como “Los esfuerzos intrapsíquicos orientados a la acción con el fin de dar manejo a las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales.”

Por su lado, Mattlin, Wethington & Kessler (1990), expresan que es un “proceso en constante cambio, que hace referencia a cómo las condiciones del contexto sociocultural determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno”.

En 1997, Park y Folkman, concuerdan que se considera afrontamiento es “ el conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas”.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el “afrontamiento” como: “los esfuerzos cognitivos y conductuales en permanente cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son evaluadas por la persona como excesivas para sus recursos.” Los autores exponen 4 (cuatro) características básicas que definen el afrontamiento:

- Las estrategias centradas en el problema o en la emoción se consideran las dos categorías fundamentales de afrontamiento. Las primeras ponen el foco en la movilización de comportamientos con el objetivo de modificar la realidad de la asociación persona – medio. Por su lado, las segundas hacen hincapié en los esfuerzos del individuo por regular las emociones producidas por las demandas interiores o exteriores. No obstante, Lazarus explica que las diferentes formas de manejar el estrés no deberían categorizarse en estos dos tipos, ya que una acción puede representar tanto un esfuerzo centrado en el problema como en la emoción
- Las estrategias basadas en la evitación, estas se definen como esfuerzos evasivos dirigidos a sortear o ignorar la demanda interna o externa, manteniéndose al mismo nivel que las estrategias centradas en el problema o la emoción (Carr, 2007; Endler y Parker, 1990; Zeidner, 1995).
- Contextualidad de la efectividad: las estrategias de afrontamiento no son universalmente efectivas o inefectivas. La efectividad depende del tipo de individuo, amenaza, contexto y el tipo de resultado requerido. Por lo tanto, debe añadirse la perspectiva contextual. Tal como señala Foyle (1997), la sensación de control por parte del individuo o las oportunidades de control que ofrece la situación son claves fundamentales para describir a un afrontamiento como efectivo o

inefectivo para una demanda concreta; de tal manera que, bajo condiciones de control, las estrategias activas tienden a considerarse adaptativas.

- Las cogniciones y conductas de afrontamiento deben describirse detalladamente. Para ello se ha creado un gran número de escalas de medición que se centran en caracterizar con detalle las diferentes acciones y pensamientos específico (afrontamiento de primer orden) que el individuo puede desplegar a la hora de hacer frente a la demanda evaluada como desbordante. (Padilla, 2014).

A esta tipología clásica se suman los aportes de Moos (2010), quien desarrolló el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) y propuso una clasificación más amplia que incluye tres dimensiones: estrategias orientadas al enfoque (como el afrontamiento activo, la búsqueda de apoyo o la reevaluación positiva), estrategias orientadas a la evitación (como la negación o la distracción), y estrategias orientadas a la evaluación o resignificación. Esta clasificación permite una comprensión más matizada del afrontamiento, ya que contempla no solo la naturaleza de la estrategia, sino también su función adaptativa o desadaptativa según el contexto.

En la literatura, existe un debate acerca de si el afrontamiento es un rasgo estable de la personalidad o un proceso flexible que varía en función de la situación (Mickelson, Lyons, Sullivan y Coyne, 2001; Parker y Endler, 1992). La evidencia sugiere que la selección de estrategias varía de acuerdo a la importancia adaptativa y el requerimiento de cada demanda, esto invita a pensar al afrontamiento como un proceso y no como un rasgo estable de la personalidad.

La valoración de las demandas estresantes influye en la aplicación y elección de las estrategias de afrontamiento. De esta manera, si el individuo evalúa las demandas como modificables aumenta la probabilidad de que se pongan en marcha estrategias centradas en el

problema. Al contrario, si las circunstancias no son percibidas como controlables existe una mayor predominancia de las estrategias basadas en la emoción. (Padilla, 2014)

1.4.2 - Estrategias de afrontamiento familiar.

De a poco, se le ha dado más importancia a las dimensiones contextuales que pueden influir en el afrontamiento. De acuerdo con Clauss-Ehlers (2008), el entorno del individuo (cultura, familia, pares) puede promover que desarrolle estrategias consideradas adaptativas para el ambiente, aumentando su capacidad de resistencia al estrés. En cuanto al status socioeconómico, Gallo y Matthews (2003) señalan que aquellas personas con un bajo nivel de ingresos y que experimentan fuertes presiones en este sentido encuentran reducidas sus capacidades para enfrentarse a las situaciones estresantes, incrementando de esta manera su vulnerabilidad cuando experimentan emociones o cogniciones negativas.

El principal ambiente social donde se desarrolla el individuo y en el cual se centra el presente trabajo integrador final, es la familia. McCubbin, Cauble y Patterson (1982) advierten que los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social. De esta forma, al interior del grupo familiar se despliega el uso de estrategias para afrontar ya sea crisis normativas o no-normativas, con el fin de mantener, y/o recuperar el equilibrio dentro del sistema (McCubbin & McCubbin, 1993; Olson & McCubbin, 1982; Olson, 2011). El afrontamiento familiar ilustra una dinámica de grupo, implica esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante o la tensión generada en el sistema.

Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Hernández, 1991) (Macías, 2013).

El afrontamiento familiar, se considera, una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas que rigen ese sistema, a partir de ellas se asume que ciertas estrategias puedan ser más importantes que otras, especialmente en ciertos momentos del ciclo vital.

Las estrategias de afrontamiento que se observan en las familias comparten las mismas características que el afrontamiento individual, sin embargo, existen algunas particularidades inherentes a las aproximaciones realizadas en torno a estos contextos de desarrollo (Price et al., 2005). Así, el estudio del afrontamiento familiar implica la consideración de varias dimensiones que se desarrollan de manera simultánea: el mantenimiento de las condiciones internas de organización y cauces de comunicación, de la cohesión y unidad familiar, de los lazos con la comunidad y su desarrollo, de los esfuerzos para controlar el impacto de las demandas, la promoción de la independencia y autoestima de cada uno de sus miembros, y la acumulación del cambio en la unidad familiar.

McCubbin, Olson y Larsen (1981) proponen una clasificación de las estrategias familiares que incluye:

- *Reestructuración*: Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.
- *Evaluación pasiva*: Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.
- *Atención de apoyo social*: Capacidad del sistema para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.
- *Búsqueda de apoyo espiritual*: Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.

- *Movilización familiar*: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

Estas estrategias pueden clasificarse en estrategias internas y externas. La primera de ellas, son aquellas que practica la familia con sus propios recursos, es decir, la reestructuración y la evaluación pasiva. Las externas hacen alusión a las estrategias practicadas con el apoyo de recursos provenientes de fuentes ajenas a la familia y, corresponderían a: obtención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar.

El entorno familiar representa para el sujeto un espacio socioeducativo de modelamiento y aprendizaje de posibles formas de manejar las situaciones críticas que puede enfrentar en la vida. En este sentido, el individuo, al ser parte de un grupo familiar, aprecia las diferentes formas de afrontamiento que asume su familia al manejar los problemas generadores de estrés

Como conclusión, en relación directa con el estrés parental. Deater-Deckard (1998, 2004), determino que las estrategias de afrontamiento que padres y madres utilizan son una parte integral del proceso de estrés parental. En una revisión de estudios realizados en las últimas décadas sobre esta temática, este autor señala que las estrategias pasivas o centradas en el estado emocional por parte de los progenitores, están relacionadas con mayores niveles de estrés, al contrario de lo hallado en estrategias centradas en el problema o relacionadas con desarrollar una percepción positiva acerca de la parentalidad. No obstante, aún existen hallazgos inconsistentes respecto a la relación entre estrés parental y afrontamiento centrado en el problema o la evitación, lo que limita la aplicabilidad práctica de estos resultados (Eisengart, Singer, Fulton y Baley, 2006).

Como conclusión, siguiendo a Ruano y Sierra (2001), ellos expresan que las familias con hijos adolescentes usan y consideran más útiles las estrategias de afrontamiento de

reestructuración y obtención de apoyo social. El apoyo social es considerado como amortiguador ante el estrés o a sus efectos negativos sobre la salud, desempeñando así un papel modulador. Se encontró una tendencia hacia la adaptabilidad en las familias con hijos adolescentes, tomando la estrategia de la reestructuración en la que los miembros de la familia centran la solución del conflicto. El apoyo social en parientes, amigos y la búsqueda de apoyo espiritual también fueron de suma importancia en las estrategias externas de afrontamiento. “Los adolescentes, se ajustan mejor cuando ven a su familia como cohesiva, expresiva, organizada y cuando los animan a la independencia. Estos autores afirman que el ambiente de familia ideal usa la comunicación eficaz y positiva y provee a los adolescentes el apoyo y las oportunidades de tener opiniones, generar inquietudes y, a partir de estas, plantear proyectos y hablar de ellos abiertamente dentro de un contexto que refleje la capacidad de sentido del adolescente en crecimiento” (Torres & Rangel, 2009; González, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002).

A lo largo de este capítulo se ha abordado el concepto de afrontamiento como un proceso psicológico dinámico, compuesto por esfuerzos cognitivos, conductuales y emocionales destinados a enfrentar situaciones percibidas como amenazantes o desbordantes. Diversos modelos teóricos, especialmente el desarrollado por Lazarus y Folkman, han permitido comprender al afrontamiento como una respuesta compleja, determinada tanto por variables internas del individuo como por las características del entorno. Este enfoque relacional y contextual ha facilitado la clasificación de las estrategias en aquellas centradas en el problema, en la emoción y en la evitación, considerando también su adecuación según el grado de control percibido y los resultados esperados.

Asimismo, se ha desarrollado el análisis del afrontamiento desde una perspectiva familiar, reconociendo que el manejo del estrés no ocurre únicamente a nivel individual, sino también como respuesta colectiva dentro del sistema familiar. Se destacan las estrategias

grupales que emergen frente a crisis normativas y no normativas, como la reestructuración, la búsqueda de apoyo social o espiritual, y la movilización de recursos externos. Este enfoque permite comprender cómo las dinámicas familiares influyen en la forma en que se enfrentan los desafíos emocionales, especialmente en contextos donde uno de los miembros —como un adolescente con un trastorno de la conducta alimentaria— requiere atención clínica sostenida.

Los estudios revisados coinciden en señalar que ciertas estrategias, como la reestructuración cognitiva o el apoyo social, tienden a favorecer una mejor adaptación en familias con hijos adolescentes, mientras que estrategias pasivas o centradas exclusivamente en el estado emocional pueden vincularse con mayores niveles de estrés parental. No obstante, la eficacia de estas estrategias es siempre contextual y variable, lo cual exige un abordaje clínico sensible a las particularidades de cada sistema familiar.

En este sentido, el siguiente capítulo se centrará en la Terapia Cognitivo Integrativa (TCI), un modelo que propone un abordaje clínico amplio e inclusivo, integrando diferentes niveles del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, conductual y vincular) y adaptando la intervención a las singularidades de cada caso. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para el trabajo con adolescentes que cursan TCA y sus familias, ya que permite articular los recursos individuales y familiares dentro de un marco clínico coherente y contextualizado.

1.5 - La Terapia Cognitivo integrativa (TCI)

1.5.1 Fundación Aiglé: ‘Integración’ en Argentina

Aiglé es una palabra del griego clásico, según los filósofos significaba ‘brillo’, ‘resplandor’ o ‘iluminación’. Las transformaciones de la cultura occidental permitieron que se encarnara en distintos símbolos que se utilizan en la actualidad. Por ejemplo, la Aiglé es hoy la antorcha que llevan los atletas olímpicos. Su definición más representativa es la de ‘una luz siempre encendida, la vida que siempre renace’. (Fernández-Álvarez, 2015)

El proyecto Aiglé se inició formalmente en 1977, en Buenos Aires. Un grupo de jóvenes, coordinado por Héctor Fernández Álvarez, que practicaban distintas profesiones pero que compartían el ámbito de la salud mental, en un momento donde el psicoanálisis ejercía una hegemonía casi absoluta. Por lo tanto, este grupo fue formado en esa línea de pensamiento. En el afán de sobresalir, de ganar prestigio, se propusieron inventar otro modo de pensar el pensamiento, otros modelos para interpretar los síntomas, así como otras técnicas para aplicar en sus talleres. (Fernández-Álvarez, 2015)

La primera década de evolución (1977-1987) fue dedicada a trabajar para darle forma al proyecto. No era algo preprogramado, por lo tanto, se fue haciendo con el tiempo, a medida que se descubrían viendo lo que hacían. Eso que ‘hacían’ era brindar asistencia a pacientes dentro de un espectro clínico muy amplio. En ese entonces se asistía con métodos que actualmente parecerían primitivos, por ejemplo, todavía se buscaba en las madres de esquizofrénicos al culpable del trastorno. (Fernández-Álvarez, 2015)

Por lo tanto, proponer un modelo de integración, en ese momento, era ser empujado a una zona marginal. Pero poco después, comenzó a cambiar el escenario de la salud mental en

Argentina, la renovación de los modelos y de los enfoques terapéuticos instaló otro clima y la palabra “integración” permitió el traslado de la marginalidad a la periferia.

Poco a poco Aiglé fue tomando forma, en 1994 se articula como una organización no gubernamental (ONG) y tomó el cuerpo de una fundación, operada por un sistema de autogestión. El modelo institucional permanece. (Fernández-Álvarez, 2015)

En 2017, al cumplirse 40 años de la creación del primer centro, la Fundación lanzó la Enciclopedia Argentina de Salud Mental, una obra colectiva coordinada por Fernández-Álvarez que refleja el espíritu plural y abierto de la institución (Fernández-Álvarez, 2017). Esta enciclopedia reúne contribuciones de múltiples autores argentinos, promoviendo el desarrollo de conocimiento local sobre salud mental y psicoterapia.

Desde sus inicios hasta la actualidad, la Fundación desarrolla una fuerte apuesta por la formación de alto nivel: ofrece cursos, diplomaturas, maestrías y supervisiones, en colaboración con universidades nacionales e internacionales. Además, a través de su Centro de Investigación en Psicoterapia (CIP), fomenta una producción científica orientada a enriquecer la práctica psicoterapéutica basada en evidencia clínica (Fundación AIGLÉ, s.f.).

1.5.2- Introducción a la Terapia Cognitivo Integrativa

La Terapia Cognitivo Integrativa (TCI) surge como una evolución natural dentro del campo de la psicoterapia cognitiva, en respuesta a la necesidad de abordar la complejidad del sufrimiento humano desde una perspectiva más amplia y flexible. Este enfoque se caracteriza por integrar elementos de diferentes modelos terapéuticos (cognitivos, conductuales, constructivistas, interpersonales, sistémicos y psicodinámicos), preservando una base epistemológica común centrada en el procesamiento de la información y la significación personal.

Los orígenes de la TCI pueden rastrearse en las transformaciones internas del modelo cognitivo-conductual durante las últimas décadas del siglo XX. Como señala Fernández-Álvarez (2017), “la integración en la terapia cognitiva conductual puede ser identificada desde sus comienzos”, en tanto siempre existió un diálogo con otras corrientes dentro del amplio territorio de la TCC (p. 157).

Fernández-Álvarez (2005) propone una clasificación de los enfoques psicoterapéuticos a partir de una matriz biaxial que permite organizar los distintos modelos en función de sus fundamentos teóricos y sus concepciones etiológicas sobre la psicopatología. Esta propuesta se articula en torno a dos ejes conceptuales que permiten comprender los principales aportes y limitaciones de cada paradigma, así como la necesidad de un enfoque integrador.

El primer eje se vincula con el tipo de proceso considerado central en la génesis y el mantenimiento de los procesos patológicos. En un extremo de este eje se sitúa el paradigma psicodinámico, que se fundamenta en una hipótesis motivacional del conflicto y construyen una psicopatología basada en la naturaleza del conflicto intrapsíquico. Sigmund Freud estableció que los fenómenos patológicos tienen lugar como resultado de una lucha entre fuerzas internas, suelen manifestarse por síntomas que constituyen las formas manifiestas superficiales y externas de conflictos subyacentes y profundos, cuya raíz se encuentra en la actividad inconsciente del individuo. El trabajo terapéutico no debe ir dirigido a la desaparición del síntoma sino a la elaboración de los conflictos que lo sustentan, ya que la eliminación de los síntomas no supone una verdadera curación. Dado que los orígenes de la perturbación se encuentran en momentos tempranos de la vida, el tratamiento deberá ser necesariamente prolongado.

En el extremo opuesto del mismo eje se encuentra el paradigma comportamental, que se aleja de las hipótesis motivacionales y se centra en los procesos de aprendizaje como base

explicativa de la psicopatología. Desde esta mirada, lo que sostiene la presencia de síntomas perturbadores, es la existencia de determinados esfuerzos que operan en la situación presente y cuya reaparición constante da cuenta de la repetición de las conductas patológicas. Se enfatizan las condiciones presentes como generadoras del trastorno y se vuelven importantes las condiciones exteriores y el modo en como estas operan condicionando su comportamiento. Los síntomas, en este enfoque, es sinónimo de trastorno y su eliminación equivale a la desaparición de la enfermedad. En general los procedimientos no necesitan ahondar en la historia personal y las estrategias terapéuticas son breves.

El segundo eje de esta matriz se refiere al peso relativo atribuido al individuo y al contexto en la explicación de los trastornos psicológicos. En un extremo se posiciona el modelo humanístico-existencial, el cual enfatiza la subjetividad, la experiencia personal y la libertad de elección del individuo. Se apoya en una descripción de los trastornos basada en un análisis existencial, donde estos representan distintos modos de frustración en el cumplimiento de la búsqueda de sentido personal. En el tratamiento se busca generar las condiciones para que el individuo pueda reflexionar sobre su condición, se centra en el posible encuentro entre el terapeuta y el paciente, buscando un encuentro real consigo mismo.

En el polo opuesto se ubica el modelo sistémico/interaccionista, que desplaza el foco explicativo del individuo hacia el contexto relacional, entendiendo los síntomas como expresiones funcionales dentro de un sistema. Son el resultado de una serie de mecanismos activados en las redes de interacción. Desde esta perspectiva, la presencia de un factor sintomático en la conducta no señala, necesariamente, la existencia de un trastorno en dicho individuo, sino que delata la presencia de un juego de relaciones en el marco de un sistema comunicacional al que esta persona pertenece. Un padecimiento, es entendido como la manera en que se traducen los intentos de un grupo por resolver las tensiones o desequilibrios del

sistema, los cuales se depositan en uno o varios de sus miembros. La expectativa será que la modificación de las reglas de interacción de dicho sistema permitirá resolver el problema.

En definitiva, el paradigma psicodinámico tradicional, el modelo freudiano original, resulta en la actualidad como reductivo, en el afán de propender a generar una nueva conciencia sobre este sector de la realidad llamado trastornos psíquicos. Por lo tanto, no sorprende, que las posturas que se opusieron más adelante fueran igualmente reductivas, como es el caso del conductismo con su intención de preponderar la importancia de los factores de condicionamiento y la operación del reforzamiento en el presente. Siguiendo esta misma línea de pensamiento, se encuentra nuevamente un enfoque reduccionista en la línea sistémica, en su necesidad de rescatar el papel del contexto, en el intento de valorar la importancia de los sistemas de interacción.

Continuando con los ejes citados anteriormente, resulta evidente que es en el punto central, en el punto donde convergen ambos ejes, donde se debe situar a los trastornos psicológicos que darán lugar a las intervenciones terapéuticas. “Resulta casi obvio que en la generación de los trastornos intervienen simultáneamente tanto la motivación como el aprendizaje, tanto los factores individuales como contextuales” (Fernández-Álvarez, 2005).

Según Diana Kirszman y M. Carmen Salgueiro (2001), el término integración proviene de “íntegro”, que significa entero, lo que a su vez implica algo sub-divisible, constituido por distintas partes. Aquello que se intenta integrar son enfoques, modos de resolución de aspectos parciales, pero que han resultado útiles en la explicación y abordaje de determinado fenómeno o problema. El concepto de integración no tiene que ver con algo único, sino que supone dispersión.

Integrar entonces, se refiere a la acción mediante la cual se reúne un conjunto de elementos que pasan a formar parte de una totalidad y que, de no mediar esa acción,

permanecen disgregados entre sí. Supone una acción factible a partir de elementos disponibles cuya concreción producirá un efecto superador en algún sentido (por ejemplo, en sus efectos, sus resultados, su funcionalidad, etc.). No es sumar elementos dispuestos en forma serial sino articular un conjunto diverso de fuentes de información que permiten descubrir una realidad latente o inobservada previamente. La integración de un campo no implica la eliminación de los componentes o las partes, sino la articulación de las mismas. (Fernández-Álvarez, 2017).

En este sentido, el modelo integrativo no busca una suma mecánica de técnicas, sino una síntesis teórica y clínica que permita abordar las distintas dimensiones del sujeto: conducta, emoción, cognición, experiencia y vínculo. En palabras de Fernández Álvarez (2005): “Ha habido un tiempo de ruptura y ahora vivimos la necesidad de un tiempo de integración”... “Necesitamos modelos que sean capaces de abordar al paciente en la conciencia de que todas estas variables operan conjunta y simultáneamente, por consiguiente, tanto más útiles cuanto más tengan en cuenta que esos diferentes aspectos son parte de una totalidad”. Uno de los aportes más significativos del enfoque integrativo es la incorporación del concepto de “niveles de procesamiento” (emocional, simbólico, narrativo), lo cual permite articular la intervención con el grado de profundidad o complejidad del problema que presenta el consultante (Fernández-Álvarez, 2008).

Según Diana Kirszman y Carmen Salgueiro (2001), referentes de la Fundación Aiglé, “no basta con sumar recursos, es necesario integrarlos, saber cuándo y cómo intervenir y con qué criterios” (p. 49). Así, la TCI representa una propuesta terapéutica plural, reflexiva y rigurosa, que se distancia de los modelos rígidos o dogmáticos, y se adapta a la singularidad del caso clínico.

1.5.3- Los Trastornos de la conducta Alimentaria desde la TCI

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se expresan como condiciones complejas de origen multifactorial: biológicos, psicológicos y sociales, los cuales actúan tanto como causas como de factores de mantenimiento.

Este tipo de trastornos se expresa en un variado continuo de gravedad, va desde expresiones a partir de una preocupación exagerada por la alimentación y/o el aspecto físico, las cuales suelen tener un impacto en la salud física y emocional más leve. Y por el otro lado, esta misma preocupación asume características muy severas, generando condiciones de auto perpetuación, aumentando el riesgo físico y produciendo un intenso sufrimiento psíquico, con importantes daños sobre la autoestima, el sentido de control, la competencia personal y en la relación con los otros.

La multiplicidad de factores intervinientes en la etiología y en la expresión de los trastornos alimentarios exige, actualmente, una visión no unicista y/o dogmática que enfatice alguna de las variables en detrimento de las otras. Pero más allá de la diversidad de factores que operan en el origen y en el curso de los trastornos alimentarios en el tiempo, se enfatiza la complejidad en la presentación clínica y la frecuencia de concurrencia (comorbilidad) con otras condiciones clínicas. La presentación múltiple, la diversidad de factores y de variables intervinientes requieren una multiplicidad de recursos: en las personas y en las intervenciones (Kirszman - Salgueiro, 2004).

En palabras de Diana Kirszman y M. Carmen Salgueiro (2001), cuando se piensa en las situaciones de consulta clínica resulta útil clasificarlas en alguna de las siguientes 3 categorías: pueden estar centradas en el organismo, pueden estar vinculadas a algún aspecto del desarrollo personal, y pueden ser expresiones de un malestar en la comunicación. Siguiendo esta línea, los TCA constituyen un ejemplo paradigmático, puesto que la experiencia de padecimiento que

los caracteriza incluye, en mayor o menor medida, todas y cada una de estas tres categorías. En primer lugar, es un malestar centrado en el cuerpo, el mismo se instaura en fuente de experiencias de malestar y sufrimiento. En segundo lugar, en los adolescentes, la población más afectada, expresa algún obstáculo en el desarrollo del guion personal, por la dificultad para construir significados que sostengan una experiencia autónoma. Por último, en gran parte de su manifestación y gravedad influyen las dificultades en la comunicación, expresadas a través de alguna o varias disfunciones en los vínculos más significativos.

A la hora de enfrentarse clínicamente con un TCA, es de suma importancia la mirada integrativa, ya que son varios los determinantes que se entrecruzan en la demanda:

- En primer lugar, se dice que el padecimiento tiene un determinante histórico: se ha organizado históricamente; por lo tanto, requiere estar motivado. O, lo que es lo mismo, nadie sufre porque sí: no existe sufrimiento que no tenga una historia que lo justifique.
- En segundo lugar, este sufrimiento tiene que tener una circunstancia presente que lo recuerde; necesita de algo que opere en el momento de la consulta, que lo actualice; en caso contrario, se extinguiría.
- En tercer lugar, para que alguien sufra, es necesario que exista una cierta disposición, ya sea en uno de los miembros de la familia o en varios. Esto tiene que ver con los factores de vulnerabilidad individual y/o familiar, que hacen que las personas se enfermen o padezcan de una manera y no de otra.
- Por último, es necesario que exista un contexto en el cual esa disposición se exprese y actualice. Este contexto, además, contribuye a sostenerla, mantenerla, reforzarla, etc.

Las autoras expresan que hay una perspectiva para mirar las situaciones clínicas que observa un punto intermedio, que no es ni el individuo, ni el sistema, ni la familia, este es el de las funciones interactivas. Cuando uno observa la interacción, pone el foco en la forma particular en que dos o más personas se relacionan. Se puede tener esta perspectiva al hacer un análisis de las construcciones de significado con las que la persona que padece organiza cognitivamente su experiencia. Esta experiencia puede definirse como “el conjunto de operaciones internas y externas que realizan los seres humanos movidos por su afán de conocimiento, lo que moviliza permanentemente la experiencia es la búsqueda de conocimiento”. Es, además, el entrecruzamiento de la actividad biológica, la actividad psicológica y la actividad social.

De esta manera se encara el abordaje, pensándolo como en el que están representados los conceptos de multideterminación desde lo etiológico y un enfoque dimensional y no categorial desde la concepción psicopatológica con el interjuego de los factores de vulnerabilidad, factores desencadenantes y de mantenimiento. Estos dos elementos remiten a una conceptualización de cada situación clínica con un diseño particular, lo que se llamaría una mirada “del caso por caso”. Los síntomas son individuales, pero ocurren en un contexto relacional. En este sentido, hay un interjuego entre lo individual y lo familiar y los tratamientos deberían encarar simultáneamente ambos procesos. (Kirszman D. – Salgueiro M.C. 2012)

Desde un modelo integrativo de base cognitiva, la psicoterapia se centra alrededor de objetivos escalonados que se van trabajando desde los diferentes espacios terapéuticos (nutricional, individual, familiar) en simultaneo. Este enfoque le da coherencia al trabajo y amplifica el poder de las intervenciones que se ven reforzadas desde los diferentes espacios. Desde esta mirada se mira a la familia con una actitud positiva, con un énfasis en los recursos, con clara firmeza, pero sin culpabilización, atendiendo a los procesos de mantenimiento de la

sintomatología y a las variables moderadoras de mejores resultados. (Kirszman D. – Salgueiro M.C. 2012)

La complejidad en la presentación del trastorno requiere una respuesta compleja en la conformación de equipos de profesionales que atiendan la diversidad de factores implicados, y puedan diseñar intervenciones que operen sobre esta diversidad de forma efectiva. Fernández Álvarez (2015), en su libro “Integración y salud mental”, comenta la importancia del trabajo en equipo a la hora de abordar un TCA. El trabajo en equipo implica el trabajo coordinado de un grupo de profesionales tras la consecución de un objetivo. Un equipo responde al resultado final expresado en esos objetivos planteados y no en las necesidades o aspiraciones de cada uno de sus miembros de forma independiente.

Las cuatro claves que definen un equipo interdisciplinario son: el grado de integración, la pertenencia, los temas que hacen al proceso de equipo y la conducción. Según Striegel-Moore (2005) los equipos deben cumplir las características de equidad, efectividad, eficiencia y economía de recursos. Implica el aprovechamiento del talento colectivo, la sinergia es el concepto que debe prevalecer a la hora de trabajar de esta manera.

La construcción de un equipo eficiente de trabajo da como resultado (Fernández Álvarez, 2015):

- Canales de comunicación eficientes hacia adentro y hacia afuera del equipo.
- Un sentido de propósito compartido.
- Provisión de servicios eficiente y flexible, con una adecuada respuesta a las necesidades de los pacientes, resolución de problemas, toma de decisiones y manejo de situaciones críticas.

- Un incremento en el bienestar de los participantes como resultado de la disminución de las condiciones de aislamiento que caracterizan a otras formas de trabajo.
- Establecimiento de una red de apoyo intergrupal que facilita el afrontamiento de condiciones de trabajo duras.

La participación del equipo desde este primer momento de aproximación a la demanda facilita una evaluación exhaustiva de la situación clínica, con distintas herramientas (evaluación psicológica y evaluación de los parámetros físicos fundamentalmente) (Kirszman y Salgueiro, 2002), y permite arribar al diseño de tratamiento.

1.5.4- Influencia de los TCA en la familia desde una mirada centrada en la integración.

La presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en un integrante de la familia, especialmente durante la adolescencia, genera un impacto profundo y multiforme en todo el sistema familiar. Esta influencia se manifiesta tanto a nivel emocional como relacional y estructural, afectando de manera significativa el equilibrio del grupo y la salud mental de quienes cumplen funciones parentales. El carácter crónico, complejo y desafiante de estos cuadros clínicos confronta a los cuidadores con demandas constantes y muchas veces impredecibles, que pueden desbordar sus recursos de afrontamiento y dar lugar a niveles elevados de estrés parental (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

El presente apartado tiene como objetivo analizar cómo los TCA inciden en la dinámica familiar, con especial énfasis en la experiencia subjetiva de madres y padres. Para ello, se desarrollarán distintos ejes interrelacionados: la acomodación familiar a la sintomatología alimentaria, la emoción expresada como variable relacional, las intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia dirigidas a las familias, y el cambio de paradigma en torno al rol familiar dentro del abordaje clínico. La articulación de estos aspectos permitirá comprender el

modo en que el sufrimiento individual impacta y se redistribuye en los vínculos, generando desafíos específicos para quienes acompañan el proceso terapéutico del adolescente (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Como se nombró en capítulos anteriores, el campo clínico ha experimentado un viraje significativo en relación con la conceptualización del rol de la familia en los TCA. Mientras que las perspectivas clásicas tendían a situar a la familia como factor causal o como obstáculo para el tratamiento, los modelos actuales enfatizan su potencial transformador cuando es incorporada activamente en el proceso terapéutico. Este cambio de paradigma ha sido impulsado tanto por avances en la investigación como por una mayor comprensión del carácter multifactorial y contextual de los TCA (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Hoy se reconoce que la familia no es una unidad homogénea ni estática, sino un sistema dinámico que puede tanto mantener patrones disfuncionales como desarrollar recursos adaptativos frente al sufrimiento. Incluir a la familia como parte del tratamiento implica asumir una mirada integradora, que contemple las particularidades culturales, los recursos disponibles y las trayectorias relacionales de cada núcleo familiar.

Recientemente nombrado uno de los fenómenos más relevantes y clínicamente significativos en el contexto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) es el de la acomodación familiar a los síntomas. Esta dinámica se presenta cuando los cuidadores primarios modifican su comportamiento cotidiano, normas familiares o rutinas con el objetivo de evitar el conflicto o reducir la tensión que generan las conductas alimentarias disfuncionales del paciente. En una primera instancia, estas adaptaciones pueden ser interpretadas como intentos de contención o apoyo, pero sostenidas en el tiempo terminan por reforzar indirectamente el trastorno, disminuyendo la motivación al cambio del paciente y cristalizando la sintomatología. (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Este proceso de acomodación se explica como una estrategia de afrontamiento familiar disfuncional, en la que el sistema prioriza la reducción inmediata del malestar emocional por sobre la resolución de las problemáticas subyacentes. Ejemplos frecuentes de estas conductas incluyen preparar comidas especiales para el paciente, permitirle comer solo, evitar hablar del tema alimentario o permitir la evitación de situaciones sociales vinculadas a la comida. Aunque estas acciones tienen una finalidad protectora, terminan por desdibujar los límites familiares, aumentar la evitación y reducir la exposición necesaria para el tratamiento. (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Sepúlveda, Kyriacou y Treasure (2009) sostienen que la acomodación familiar no sólo refuerza los síntomas alimentarios, sino que también incrementa los niveles de ansiedad parental, generando un circuito de retroalimentación negativa entre el malestar del paciente y el sufrimiento del entorno. Por ello, el abordaje terapéutico debe incluir la detección de estas dinámicas y su transformación gradual en estrategias de afrontamiento más funcionales, integrando a la familia como colaboradora activa en el proceso de recuperación.

Un término que tomo relevancia fue el de emoción expresada que hace referencia al nivel de crítica, sobre implicación emocional y hostilidad que se manifiesta en el seno familiar, particularmente en la relación entre cuidadores y pacientes con TCA. Se ha observado que niveles elevados de emoción expresada por parte de padres y madres se asocian a una mayor gravedad sintomática, una menor adherencia al tratamiento y un mayor riesgo de recaída (Hooley, 2007; Rienecke et al., 2017). Se plantea que el estrés parental sostenido y no regulado puede traducirse en patrones relacionales disfuncionales, tales como el control excesivo, la hipervigilancia o el retraimiento afectivo, lo que a su vez puede ser interpretado por el adolescente como invalidación o desconfianza. Estas manifestaciones incrementan la tensión dentro del sistema familiar y favorecen un clima emocional poco propicio para la recuperación.

Además, la emoción expresada elevada ha sido relacionada con un estilo de comunicación parental centrado en la urgencia de "corregir" la conducta alimentaria en lugar de comprender los aspectos emocionales que la sostienen. Esta modalidad de interacción puede resultar contraproducente, reforzando mecanismos defensivos y aumentando la distancia relacional. En consecuencia, trabajar sobre la emoción expresada implica no sólo psico educar a los cuidadores, sino también ofrecerles espacios terapéuticos donde puedan elaborar su propio malestar y resignificar su rol desde un lugar de contención empática.

En las últimas décadas, las intervenciones dirigidas al entorno familiar han cobrado un papel central en el abordaje de los TCA. Los enfoques contemporáneos promueven la inclusión activa y colaborativa de la familia como un recurso terapéutico fundamental. La evidencia empírica ha demostrado que la participación estructurada de los cuidadores mejora significativamente los resultados clínicos, disminuye las tasas de recaída y favorece la adherencia al tratamiento (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Entre las estrategias respaldadas empíricamente se destacan múltiples modelos de intervención familiar. Uno de los más reconocidos es la Terapia Basada en la Familia (FBT), también conocida como el modelo Maudsley, que plantea un enfoque manualizado en tres fases. En la primera fase, se "empodera" a los padres para que asuman el control de la alimentación del hijo o hija, asegurando la restauración nutricional. En la segunda fase, este control se transfiere de manera paulatina al adolescente, promoviendo su autonomía. Finalmente, la tercera fase se orienta a la reestructuración de la identidad individual y familiar. Esta metodología ha demostrado ser eficaz particularmente en adolescentes con anorexia nerviosa, mostrando tasas de recuperación significativamente superiores al tratamiento individual en estudios controlados. (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Otro enfoque con respaldo empírico es el de los Cuidados Colaborativos (Collaborative Care), el cual enfatiza la formación de los padres como coterapeutas dentro del proceso. En este modelo se reconoce el impacto del estrés parental y se capacita a los cuidadores para afrontar la sintomatología desde una posición empática, evitando la sobre implicación emocional y los estilos comunicacionales disfuncionales. Se incluyen componentes de psicoeducación, autorregulación emocional, validación afectiva y establecimiento de límites saludables.

También se han implementado programas psicoeducativos grupales, que brindan información comprensible sobre la naturaleza del trastorno, su evolución y los principios del tratamiento, al tiempo que permiten compartir experiencias entre familias atravesadas por problemáticas similares. Estas instancias cumplen una función terapéutica indirecta, al disminuir el aislamiento y la percepción de ineficacia parental. (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

Finalmente, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se ha constituido como un pilar de estas intervenciones, dotando a los cuidadores de herramientas para manejar la ansiedad, la frustración y el conflicto familiar. La aplicación conjunta de estos dispositivos, en el marco de un modelo terapéutico integrativo, permite abordar de forma sinérgica tanto el sufrimiento del paciente como el de su entorno, promoviendo procesos de cambio más sostenibles y humanizados. (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

La integración de estos modelos con el abordaje cognitivo integrativo permite trabajar de forma articulada los niveles individuales y vinculares del sufrimiento, promoviendo una comprensión compartida del síntoma y habilitando transformaciones profundas tanto en el paciente como en el sistema familiar. Estos dispositivos no sólo benefician al adolescente, sino que también ofrecen a los cuidadores herramientas concretas para restablecer el equilibrio

emocional y relacional en el hogar. Desde esta perspectiva, el rol del terapeuta se redefine: ya no se trata de intervenir únicamente sobre el síntoma individual, sino de acompañar procesos de cambio en los vínculos, en las representaciones compartidas y en las formas de afrontar el malestar. Este enfoque, favorece la construcción de intervenciones más contextualizadas, sensibles y sostenibles a largo plazo. (Sepúlveda, Moreno & Beltrán, 2020).

CAPITULO II

2.1- Enfoque metodológico

El presente trabajo se ejecuta en la clínica “Sol de Abril” en el transcurso de dos meses, donde se asiste a diario, en días hábiles, con horarios rotativos.

Durante la primera etapa de las prácticas profesionales, se realizan rotaciones por las diferentes áreas que componen a la clínica, haciendo actividades más relacionadas con la observación, asistencia a entrevista, reuniones de padres y talleres de familia. A partir de este proceso, se identifica la urgencia en los relatos de los padres y madres de la clínica, lo cual logra orientar el tema del trabajo.

Se adopta un diseño no experimental-descriptivo, ya que no se manipula ni se interviene en las variables, sino que se observan y recolectan datos tal como se presentan en el contexto particular. Es de tipo transversal, lo que implica que la recolección de datos se realiza en un único momento temporal, permitiendo capturar las percepciones y estrategias actuales de los participantes.

El trabajo se inscribe dentro de un enfoque cualitativo, dado que busca comprender la experiencia subjetiva de las madres y padres de los adolescentes en tratamiento por TCA, la relación con su vivencia emocional y sus estrategias de afrontamiento. Desde esta mirada, se enfatiza el acceso a los significados que cada participante le otorga a sus vivencias y a sus recursos personales frente a las demandas emocionales y/o cognitivas que aparecen mientras atraviesan la recuperación de sus hijas, favoreciendo una comprensión situada y contextualizada de los fenómenos psicológicos en estudio. Se considera imprescindible el abordaje cualitativo, ya que posibilita acceder a la subjetividad del sujeto, la cual tiene un rol central a la hora de afrontar la situación.

A pesar de ello, se incorpora de forma complementaria el uso de herramientas cuantitativas, a través de la administración del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de H. Moos y la Escala de Estrés Percibido (PSS) de S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein. Estos instrumentos permiten una valoración inicial más estructurada de los estilos de afrontamiento y el nivel de estrés percibido por los padres y madres.

La integración de ambos enfoques metodológicos permite abordar la problemática de manera abarcativa, combinando la precisión de los datos cuantitativos con la riqueza comprensiva del análisis cualitativo. Esta articulación resulta particularmente adecuada en el campo de la psicología clínica y en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La metodología empleada fue adaptada de manera particular a las características y cronograma de cada participante.

2.2- Participantes

En este marco, la población está compuesta por 2 madres y 1 padre de adolescentes que cursan un TCA, con tratamiento en la clínica donde tuvieron lugar las prácticas profesionales supervisadas. Se determina la elección de los participantes según los siguientes parámetros: ser madre o padre de una adolescente que actualmente esté en tratamiento por TCA, etapa del tratamiento en la que se encuentran sus hijas (tiempo que llevaban en la institución), que asistan periódicamente a los talleres de familia mensuales a los que se los invita de manera voluntaria y otorgar consentimiento informado para participar en el proceso de evaluación.

La participación es voluntaria, confidencial y siempre enmarcado en un contexto de respeto y empatía hacia las particularidades expresadas por cada participante. Buscando alojar de manera apropiada cada vivencia expuesta.

2.3- Instrumentos

En primer lugar, la observación participante se convierte en una herramienta de suma importancia, ya que permite una mirada de los individuos en diferentes contextos, no solo en los encuentros particulares con la alumna practicante.

Continuando, se diseña, siguiendo un modelo cognitivo integrativo, una entrevista semiestructurada que se administra a cada participante, con el fin de conocer la vivencia de cada sujeto, los pensamientos y sentimiento que aparecen con frecuencia, seguido de las herramientas que cada uno considera que posee para afrontar la situación de estar involucrados en el proceso de recuperación de sus hijas.

Luego se escogen para administrar dos instrumentos estandarizados:

- Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A), de Rudolf H. Moos, adaptado al español, el cual permite evaluar las estrategias cognitivas y conductuales utilizadas por los individuos ante situaciones estresantes.
- Escala de Estrés Percibido (PSS) de S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, adaptada al español. Diseñada para explorar el grado en que los individuos perciben las situaciones de su vida como estresantes.

2.4- Intervenciones

Las intervenciones se organizan en tres fases: observación participante, evaluación inicial y aplicación de instrumentos. Teniendo así, dos encuentros individuales con cada participante, de aproximadamente 45 minutos. Por lo tanto, los encuentros corresponden a la fase dos y tres, nombradas con anterioridad.

La primera etapa consiste en la asistencia a talleres de familia, consultas particulares con profesionales donde se pide asistencia familiar y entrevistas de admisión. En estos casos, el rol de la alumna practicante es observar y participar cuando se lo crea oportuno.

Se considera de suma importancia esta fase, ya que los profesionales de las distintas áreas, a la hora de hacer una intervención familiar, invitan a la alumna a ser parte. Estos momentos son enriquecedores, por los datos que aportan a una mirada más integral del sujeto y a saber la implicancia que cada padre y/o madre tiene sobre el tratamiento de sus hijas.

En un segundo momento, se administran, de manera individual, las entrevistas semi estructuradas. A través de una conversación guiada, que tiene como finalidad aportar información sobre los pensamientos y emociones en relación con el tratamiento de sus hijas, se busca indagar que información previa tienen de los TCA y como esto influye en ellos a la hora de afrontar la recuperación como tal. Y, por último, se considera imprescindible obtener datos sobre sus formas o estrategias para anteponerse a esta situación particular. Este tipo de recursos permite acceder de manera más subjetiva a las vivencias del sujeto y busca brindar un espacio de escucha, lo cual se identifica en la etapa de observación como una necesidad que los padres y madres manifiestan.

En la tercera fase, se aplican los cuestionarios estandarizados. Ambos instrumentos brindan datos relevantes a la hora de correlacionar las dos variables del presente trabajo integrador final.

2.5- Análisis de datos

El presente análisis de datos se lleva a cabo en coherencia con el enfoque metodológico propuesto, que combina herramientas de la investigación cualitativa con recursos descriptivos provenientes de técnicas cuantitativas. En este marco, la información obtenida a partir de las entrevistas semidirigidas es examinada mediante un análisis cualitativo de contenido temático,

orientado a identificar categorías recurrentes en los discursos de los participantes. Entre las principales dimensiones emergentes se encuentran: el grado de conocimiento previo sobre los trastornos de la conducta alimentaria, las emociones y cogniciones predominantes, el nivel de involucramiento en el tratamiento, las reacciones emocionales frente al diagnóstico, las estrategias de afrontamiento desplegadas y la representación subjetiva del rol parental. Posteriormente, se procede a una instancia de codificación, en la cual se organizan las respuestas en unidades significativas que permiten reconstruir tanto patrones comunes como aspectos distintivos de cada experiencia, facilitando así una comprensión más profunda y contextualizada de los relatos.

Complementariamente, la información obtenida a través del Inventario de Respuestas de Afrontamiento – Adultos (CRI-A) y la Escala de Estrés Percibido (PSS) se aborda mediante un análisis cuantitativo de carácter descriptivo. Se examinan los puntajes individuales en función de su frecuencia y distribución, con el objetivo de reconocer los estilos de afrontamiento predominantes y los niveles de estrés percibido en cada participante.

2.6- Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolla en conformidad con los principios éticos fundamentales que regulan la investigación y la práctica profesional en psicología. Se garantiza en todo momento la participación voluntaria de los padres y madres involucrados, quienes reciben información detallada acerca de los objetivos del estudio, las características de las intervenciones, las garantías de confidencialidad, el carácter no obligatorio de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. Para tal fin, se implementa un procedimiento de consentimiento informado por escrito, redactado en un lenguaje claro y comprensible, que es explicado previamente y firmado por cada participante antes del inicio de las actividades. Asimismo, se resguarda rigurosamente la confidencialidad y el anonimato

de los datos obtenidos, omitiendo cualquier información identificatoria en los registros, análisis y presentación de los resultados.

El trabajo es supervisado por profesionales de la Clínica “Sol de abril” y de la Universidad Católica de Cuyo, cumpliendo con las pautas éticas establecidas por ambas instituciones, así como con el Código de Ética del Psicólogo Argentino (FePRA, 2012)

CAPITULO III

3.1- Resultados

El presente capítulo expone los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados durante el trabajo de campo. En función de las características del diseño metodológico adoptado, se combinan dos estrategias complementarias de análisis: por un lado, el análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas permite identificar tendencias recurrentes y categorías significativas compartidas por los participantes; por otro lado, el tratamiento de los datos derivados de los instrumentos estandarizados se organiza en función de un abordaje individualizado, caso por caso.

Esta decisión metodológica se fundamenta en el carácter exploratorio del estudio, en la naturaleza del fenómeno abordado y en el tamaño acotado de la muestra. El análisis cualitativo de las entrevistas se orienta a recuperar elementos comunes en las vivencias subjetivas de los progenitores frente al diagnóstico de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en sus hijos, así como a describir el modo en que dichas experiencias impactan emocionalmente y se vinculan con su implicancia en el tratamiento. En paralelo, los datos provenientes del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) y de la Escala de Estrés Percibido (PSS) se presentan de forma diferenciada por el sujeto, a fin de captar con mayor precisión las configuraciones particulares de estrés percibido y estrategias de afrontamiento desplegadas en cada caso.

Este enfoque mixto, que alterna el análisis transversal con la mirada idiográfica, permite integrar la profundidad interpretativa del enfoque cualitativo con la especificidad descriptiva de los datos cuantitativos, respetando la complejidad del objeto de estudio y la singularidad de las trayectorias clínicas involucradas.

Los datos permiten conocer como los padres y madres viven esta situación particular, que emociones y preocupaciones aparecen frecuentemente y las formas en que cada persona enfrenta las demandas y exigencias provenientes del tratamiento no ambulatorio en la clínica “Sol de Abril”. A la vez, aportan información relevante sobre su vivencia como progenitor y como su rol afecta de manera positiva o negativa en el proceso que atraviesan sus hijas.

3.2- Perfil general de los participantes

La muestra principal del presente trabajo está integrada por tres progenitores: dos madres y un padre, cuyas edades oscilan entre los 32 y los 52 años. En dos de los casos, se trata de familias con más de un hijo, en ambos el adolescente en tratamiento constituye el miembro menor de la descendencia. En relación con la configuración del holón familiar, se observan dinámicas diversas, con un elemento en común: en ninguno de los casos el otro progenitor convive actualmente en el mismo hogar. Asimismo, en dos de los tres casos se evidencia una separación total entre los padres, con escasa o nula comunicación y relación entre ellos.

Respecto al tiempo de permanencia en tratamiento dentro del dispositivo clínico interdisciplinario “Sol de Abril”, se identifica que dos participantes se encuentran en las etapas iniciales del proceso, con una duración aproximada de dos y tres meses respectivamente. El tercer progenitor refiere una trayectoria terapéutica más prolongada, cercana a los seis meses. Un aspecto relevante que emerge de las entrevistas es el desconocimiento generalizado acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: la totalidad de los participantes manifiesta contar con escasa o nula información al respecto. Esta carencia de herramientas dificulta el reconocimiento temprano de los signos y síntomas asociados, y se expresa en afirmaciones como *“no pensé que era algo tan grave como realmente es”*.

Este perfil general permite situar a los participantes en un punto de alta implicancia emocional frente al diagnóstico, atravesado por incertidumbre, desconcierto y un proceso de

construcción de sentido que se desarrolla en paralelo al acompañamiento terapéutico. A continuación, se exponen los resultados obtenidos a partir de los instrumentos administrados y los testimonios recabados, con el objetivo de profundizar en las vivencias subjetivas, las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés parental percibido en cada caso.

3.3- Resultados de la entrevista semiestructurada.

La información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas es abordada desde una perspectiva cualitativa, con el objetivo de explorar en profundidad los significados que cada madre y padre asigna a su experiencia en relación con el diagnóstico y tratamiento de su hija. Este enfoque permite recuperar dimensiones subjetivas, emocionales y vinculares que no podrían ser captadas mediante técnicas cuantitativas, favoreciendo una comprensión más integral del impacto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el ámbito familiar.

Entre los resultados obtenidos, emergen con particular relevancia tres dimensiones que se consideran fundamentales en el marco del presente Trabajo Integrador Final: las emociones y sentimientos predominantes que atraviesan en la experiencia parental, los pensamientos recurrentes que se configuran en torno al proceso de recuperación de sus hijas, y las estrategias, herramientas y recursos subjetivos que los progenitores implementan para lidiar y afrontar con dichas vivencias emocionales y cognitivas.

Comenzando por la primera variable, las emociones y sentimientos que predominan en la muestra son: la culpa en un mayor porcentaje, ya que la totalidad de los participantes expresaron esta emoción como algo que aparece recurrentemente, reflejando una tendencia a la autoevaluación crítica respecto del propio rol parental. Por otro lado, aparece el miedo, la tristeza y la angustia, demuestran el alto impacto emocional que conlleva esta experiencia, lo cual se vincula con la falta de información y la dificultad para anticipar el curso del tratamiento.

En menor porcentaje, pero con igual relevancia, se dilucidan la negación, acompañada con el desborde emocional.

Los pensamientos recurrentes que emergen en los discursos de los progenitores se encuentran estrechamente ligados a las emociones y sentimientos predominantes. En este sentido, las ideas que se reiteran suelen manifestar una fuerte carga de autoevaluación negativa y cuestionamiento retrospectivo, tales como: “*¿Qué hice mal?*”, “*¿En qué me pude haber equivocado?*”, “*¿Qué no vi?*”, “*¿Cómo llegamos hasta acá?*”. Estas formulaciones mentales se articulan directamente con sentimientos de culpa, tristeza y temor, constituyendo un eje central en la experiencia subjetiva frente al padecimiento alimentario de sus hijas.

Asimismo, aparecen pensamientos asociados a la incertidumbre respecto del rol parental y la eficacia de sus intervenciones, expresados a través de interrogantes como “*¿Qué hago?*”, “*¿Qué más puedo hacer?*”. En un caso particular, un progenitor manifiesta su inquietud ante la posibilidad de que su hija no hubiese comunicado lo que le estaba ocurriendo, lo cual vincula directamente con el temor a la presencia de conductas autoagresivas no verbalizadas. Esta vivencia refuerza el impacto emocional que conlleva el desconocimiento o la invisibilidad inicial del trastorno, generando elevados niveles de angustia y vulnerabilidad subjetiva en quienes ejercen funciones parentales. Las dos progenitoras mujeres expresaron que padecen problemas con el sueño, lo cual relacionan directamente con una invasión de pensamientos a la hora de dormir.

En relación con la tercera variable analizada, referida a las estrategias de afrontamiento, se observa que la totalidad de los participantes no se encuentra realizando actualmente un tratamiento psicológico individual. No obstante, cada uno de ellos manifiesta recurrir a diferentes recursos personales para canalizar sus emociones y pensamientos. Entre las formas de afrontamiento más mencionadas se destacan las actividades artísticas (como la actuación, la

música, el tejido y el bordado), la práctica deportiva y la adhesión a prácticas religiosas o espirituales, lo cual evidencia la importancia de espacios simbólicos y expresivos en el procesamiento del malestar. En cuanto al acceso al apoyo social, se advierte una diferencia significativa entre los casos: mientras una de las madres refiere acudir activamente a su red cercana en busca de contención, los otros dos progenitores no mencionan este tipo de soporte, lo que podría estar reflejando estilos de afrontamiento más introspectivos o reservados.

3.4- Resultados de los cuestionarios

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la administración de los instrumentos estandarizados: la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento – Adultos (CRI-A). Dado el diseño cualitativo y exploratorio del presente estudio, y considerando el tamaño acotado de la muestra, el análisis se organiza de manera individual para cada participante. Esta modalidad permite profundizar en las particularidades de cada caso, observando tanto los niveles de estrés percibido como los estilos de afrontamiento predominantes, en diálogo con las experiencias subjetivas expresadas en las entrevistas.

- Caso Padre 1

El primer participante presenta una edad de 49 años y alcanza hasta el momento de la prueba un estado educativo terciario. Presenta un nivel de estrés percibido moderado-bajo, obteniendo en la Escala de Estrés Percibido una puntuación bruta de 19 puntos, con una media de 1.4. si bien experimenta cierto grado de estrés, se encuentra dentro de los parámetros más bajos, esta puntuación puede relacionarse con el tiempo que su hija lleva de tratamiento, siendo este de 6 meses dentro de la clínica.

En relación con las estrategias de afrontamiento evaluadas mediante el CRI-A, se observa un perfil adaptativo predominante. Las escalas con puntajes más elevados son

Búsqueda de gratificación y Búsqueda de apoyo, ambas bastante por encima del promedio, lo cual indica una tendencia marcada a sostenerse en actividades que le generen satisfacción y a recurrir a otros como recurso emocional o instrumental frente al malestar. Esta disposición a vincularse con redes de apoyo y a mantener espacios de gratificación puede actuar como factor protector frente al impacto emocional de la situación clínica de su hija. Estos resultados coinciden con lo que el progenitor expresa en su entrevista semi estructurada.

Asimismo, se destacan con valores por encima del promedio las estrategias de Resolución de problemas y Revalorización positiva, lo que denota una orientación activa y racional ante la adversidad. Este estilo sugiere que el participante no solo busca comprender cognitivamente la situación, sino que también intenta actuar sobre ella, reorganizando sus esquemas de interpretación y desplegando acciones concretas. Sin embargo, se evidencian niveles levemente por debajo del promedio en Evitación cognitiva y Aceptación, lo cual podría indicar una tendencia a no evitar pensar en la situación y a enfrentarla activamente, pero a la vez presenta cierta dificultad para aceptar plenamente el proceso que está atravesando.

En síntesis, se observa un perfil de estrategias de afrontamiento relativamente equilibrado, donde el participante muestra una amplia gama de herramientas, tanto cognitivas como conductuales. Y se observa que el foco de su afrontamiento está dirigido a la aproximación y no así a la evitación, evidenciado en sus bajos puntajes en evitación cognitiva y aceptación. Por lo tanto, su nivel moderado-bajo de estrés percibido se encuentra en consonancia con su repertorio de estrategias de afrontamiento, la combinación entre recursos emocionales, conductuales y cognitivos parece funcionar como un modulador que amortigua la percepción de estrés, permitiéndole al participante transitar el proceso sin presentar indicadores elevados de desbordamiento subjetivo.

- Caso madre 2

La participante presenta una edad de 52 de años y el grado académico adquirido hasta el momento de la evaluación es universitario completo. Presenta un nivel de estrés percibido moderado, obteniendo una puntuación bruta de 23, con una media de 1,6 en la Escala de Estrés Percibido. Coincide con lo expuesto en la entrevista semi estructurada y en relación con su conducta asociada en la misma donde la madre expresa la situación del tratamiento de su hija como altamente estresante y refiriendo como interfiere en su vida cotidiana.

En el análisis del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A), se observan como estrategias preponderantes la búsqueda de apoyo social, la descarga emocional y la resolución de problemas obteniendo puntajes por encima del promedio, lo que sugiere una disposición a implicarse en la situación y a buscar recursos interpersonales para enfrentarla. A la vez, se encuentra muy utilizada la revalorización positiva lo cual refleja la búsqueda de un sentido más adaptativo a la situación.

En contraposición se observa bajos niveles de aceptación y ligeramente altos en evitación cognitiva, lo que sugiere cierta dificultad para asumir plenamente la situación vivida y grandes esfuerzos para evitar pensar en ello.

Concluyendo y en busca de relaciones con la entrevista semi estructurada, se dilucidan ciertas incongruencias entre los puntajes obtenidos en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) y el relato de la progenitora. A simple vista la participante cuenta con un repertorio de respuestas frente al estrés más de tipo conductual y con cierta oscilación entre el foco de aproximación y evitación. Despierta interés su puntaje más alto, siendo este la búsqueda de apoyo social, ya que la madre expresa que lo que menos utiliza a la hora de sobrellevar esta situación es pedir ayuda a un otro cercano. Se observa, por lo tanto, un perfil

con una sobrecarga percibida como moderada, pero con un alto uso del apoyo del contexto y de la evitación del pensamiento.

- Caso madre 3

La participante cuenta con una edad de 32 años, siendo la más joven de la muestra al igual que hija, la cual tiene 13 años. Su nivel educativo alcanzado al momento de la evaluación es universitario completo. Presenta un puntaje en la Escala de Estrés Percibido de 37 (puntaje bruto), con una media de 2.7. Esta alta escala de estrés puede estar directamente relacionado con el tiempo transcurrido dentro de la clínica, lo cual es 1 mes.

En cuanto a sus estrategias de afrontamiento y en congruencia con la entrevista semi estructurada, su herramienta más utilizada es la búsqueda de apoyo y obteniendo altos puntajes en aceptación, descarga emocional y resolución de problemas. Por lo tanto, si bien hay una actitud activa ante la problemática busca el apoyo de sus allegados tanto para la descarga emocional como para ayudarla en momentos de frustración.

Por otro lado, obtiene puntajes muy bajos en evitación cognitiva, lo cual demuestra una tendencia a no evitar pensar en la situación y a enfrentarla activamente, esto se relaciona con un alto nivel de aceptación de la situación. Esto se refleja en su gran implicancia en el tratamiento de su hija. Concluyendo se observa poco uso de estrategias como el análisis lógico, la revalorización positiva y la búsqueda de gratificaciones.

En síntesis, se observa una clara inclinación por estrategias de tipo conductuales y focalizando en la aproximación. Todo lo contrario, con las estrategias de tipo cognitivas con el mismo foco, las cuales parecen no ser utilizadas. El perfil evaluado se caracteriza por un alto nivel de estrés percibido, que busca activamente afrontarlo, aceptando la situación como se presenta, apoyándose en los demás para resolver problemas y como fuente de descarga emocional.

CAPITULO IV

4.1 Discusión

El presente trabajo integrador final, llevado a cabo en la clínica “Sol de Abril”. Producto de las prácticas profesionales de la Licenciatura en Psicología, dentro del área clínica, tuvo como objetivo general analizar la posible vinculación entre el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento desplegadas por padres y madres de hijas adolescentes que cursan actualmente un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). En este contexto se desarrolla una propuesta de intervención, a través de dos encuentros, destinada a obtener datos relevantes en función de las variables elegidas, para así lograr dilucidar si existe relación entre el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los progenitores.

Los TCA, se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación o la ingestión de alimentos que provoca un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Presentan un carácter complejo y multifactorial, por lo tanto, no emergen como consecuencia de un único factor ni de un evento específico, lo mismo ocurre a nivel familiar, no existe un único patrón para las familias con un miembro con TCA. En la actualidad, se indaga cuales factores, dentro de la familia, pueden asociarse a procesos de mantenimiento de la patología o cuales constituyen una variable moderadora de la efectividad de las intervenciones, tanto a nivel positivo como negativo. En base a eso, aparecen los conceptos asociados a factores protectores y/o factores de mantenimiento, agravamiento o cronicidad. De ahí la relevancia de poner atención en las vivencias subjetivas de padres y madres para que, operen de manera protectora y adaptativa ante un padecimiento que necesita un abordaje de todas las variables que rodean a la persona.

El presente trabajo opta por una mirada desde la Terapia Cognitivo Integrativa, desde la cual incluir a la familia como parte del tratamiento de los TCA implica asumir una mirada

que contemplara las particularidades culturales, los recursos disponibles y las trayectorias relacionales de cada núcleo familiar. Desde este enfoque, se observa a la familia con una actitud positiva, con énfasis en los recursos que posee y lejos de una mirada culpabilizadora. A partir de estos conceptos se reafirma la importancia de observar el estrés que perciben los progenitores y como afrontan sus emociones y pensamientos, para que así puedan favorecer el proceso de recuperación de sus hijas y no que funcionen como obstaculizadores del tratamiento.

4.2 Conclusiones generales

Desde esta perspectiva y siguiendo el objetivo general del presente Trabajo Integrador Final, el estudio permite analizar si existe o no vinculación entre las dos variables planteadas. A partir de esta experiencia, se construye en este capítulo una interpretación crítica que integra los resultados empíricos con los marcos conceptuales abordados en el desarrollo teórico.

A partir de los resultados obtenidos se observa que el tratamiento de un hijo/a por un TCA, genera un gran malestar a nivel subjetivo en las madres y padres, siendo la emoción predominante la culpa. En relación con el marco teórico expuesto, puede relacionarse con la vieja creencia culpabilizadora que se tenía sobre las familias y con la poca información que se tiene sobre este tipo de padecimientos, donde la totalidad de la muestra expresa tener poca o nula información previa sobre este tipo de trastornos. Esto viene correlacionado con la incertidumbre y la ignorancia sobre cómo actuar, lo que a su vez genera miedo, angustia y desbordes emocionales. Estas emociones vienen acompañadas de una invasión de pensamientos relacionados, sobre todo, con la culpa nuevamente y con el miedo a posibles internaciones o a la aparición de autolesiones. Gran parte de la muestra resaltan la incapacidad para conciliar el sueño como consecuencia de la magnitud de los pensamientos, siendo a veces necesario tomar medicación para lograr la relajación. Esta vivencia resulta coherente con lo

planteado por Kirszman y Salgueiro (2012), quienes advierten que los trastornos de la conducta alimentaria generan respuestas emocionales de gran intensidad, especialmente entre los familiares más cercanos.

Desde una perspectiva integrativa, las autoras sostienen que determinadas respuestas parentales pueden funcionar como factores que perpetúan la sintomatología. En esta línea, destacan que los entornos familiares caracterizados por bajos niveles de cohesión y una elevada carga emocional se asocian con un mayor riesgo de cronificación del trastorno y con una menor receptividad a los recursos terapéuticos disponibles. Al considerar estos aportes teóricos en relación con la muestra analizada, se observa cierta consonancia: los tres participantes refieren disfunciones en el vínculo con el otro progenitor, ya sea por ausencia de convivencia, escasa comunicación o relaciones conflictivas. A partir de la observación en campo, se infiere además que ninguno de los otros adultos responsables se encuentra involucrado activamente en el proceso de tratamiento que se lleva a cabo en la institución.

Uno de los principales aportes del presente trabajo radica en dilucidar la existencia de una relación entre el nivel de estrés parental percibido y las técnicas de afrontamiento utilizadas en una situación específica como es el tratamiento de un TCA.

En relación al estrés, se encuentran datos inversamente proporcionales entre el tiempo transcurrido de tratamiento dentro de la clínica y el nivel de estrés percibido por los padres y madres. Observado en los puntajes obtenidos en la Escala de Estrés Percibido (PSS), donde el padre (caso 1) que lleva más tiempo de tratamiento, en este caso 5-6 meses, es el que obtiene menor nivel de estrés percibido. Por el otro lado, la participante que lleva 1 mes en la institución (caso 3) es la que obtiene mayor puntaje y por lo tanto mayor nivel de estrés percibido. Por lo tanto, mayor tiempo de tratamiento indicaría un menor nivel de estrés.

En cuanto al afrontamiento, se dilucida un amplio espectro de respuestas emocionales, tanto cognitivas como conductuales. Sin embargo, llaman la atención dos estrategias cognitivas con foco evitativo. Por un lado, la evitación cognitiva, que hace referencia a los intentos por evitar pensar de forma realista sobre el problema, y por el otro, la aceptación o resignación, entendida como la disposición a asumir la situación cuando no se vislumbra una solución posible. Se observa cierta relación entre estos ítems, dado que en los casos donde se registra un bajo uso de la aceptación, aparece un elevado empleo de la evitación, y viceversa. Cabe señalar que ninguno de los progenitores entrevistados refiere estar realizando actualmente un proceso psicoterapéutico individual. En cambio, mencionan recurrir a otras formas de descarga emocional, tales como actividades artísticas (teatro, música, tejido) o la práctica de deportes, así como también la espiritualidad. Estas estrategias, si bien no forman parte de un abordaje clínico formal, pueden cumplir una función de regulación emocional y contención subjetiva frente a la elevada carga afectiva que implica acompañar un proceso terapéutico complejo. En este sentido, la tensión entre aceptación y evitación puede incidir directamente en la manera en que los cuidadores se implican en el tratamiento de sus hijas y en la construcción de recursos internos que favorezcan su rol en la recuperación.

En el análisis conjunto de las variables centrales, estrés parental percibido y estrategias de afrontamiento desplegadas, se observa una tendencia que sugiere que, en aquellos casos donde el nivel de estrés informado es más bajo, se identifican con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales de tipo adaptativo, tales como la búsqueda de apoyo social, el análisis lógico de la situación y la resolución activa de problemas. De manera complementaria, en estos mismos casos se registra un menor uso de estrategias de tipo evitativo, particularmente aquellas de índole cognitiva. No obstante, esta relación no se presenta de forma uniforme ni lineal en toda la muestra: no se evidencia una asociación consistente que permita afirmar, por ejemplo, que un mayor nivel de estrés percibido conduce

necesariamente a la implementación de estrategias específicas. Este hallazgo permite sostener la existencia de cierta vinculación entre las variables estudiadas, aunque matizada por la singularidad subjetiva de cada caso, por la etapa del tratamiento en que se encuentran y por las condiciones contextuales y vinculares que intervienen en la experiencia parental.

En síntesis, el presente apartado pone en evidencia la complejidad inherente a la experiencia parental frente al tratamiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la adolescencia. La relación entre estrés percibido y estrategias de afrontamiento no puede entenderse de manera lineal ni determinista, sino como el resultado de múltiples factores que se entrelazan en cada trayectoria familiar. Desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Integrativa, se destaca la necesidad de contemplar estas variables en su articulación con los niveles emocionales, cognitivos, relacionales y contextuales, para diseñar intervenciones clínicas más eficaces y ajustadas a la singularidad de cada caso. La inclusión activa de las familias en el proceso terapéutico, a partir de una comprensión no patologizante de su implicancia, representa una vía prometedora para potenciar los recursos disponibles y acompañar de forma más efectiva el proceso de recuperación de los adolescentes afectados.

4.3 Limitaciones y propuestas

No obstante, más allá de los aportes teóricos y clínicos derivados del presente trabajo, resulta pertinente reconocer una serie de limitaciones que condicionan el alcance de los hallazgos y su posibilidad de generalización. Estas consideraciones permiten situar críticamente los resultados obtenidos en función del contexto específico en el que se desarrolla la experiencia, así como valorar con mayor precisión el alcance de las conclusiones formuladas.

Una de las principales limitaciones se vincula con el tamaño acotado de la muestra, compuesta por un padre y dos madres de adolescentes en tratamiento, pertenecientes a una única institución clínica. Esta restricción impide la generalización de los datos tanto hacia otras

configuraciones familiares como hacia otros contextos socioculturales e institucionales. Asimismo, dado el carácter exploratorio del estudio y la breve duración de las prácticas profesionales, no es posible realizar un seguimiento longitudinal que permita observar la evolución de las variables abordadas a lo largo del tiempo.

Otra dificultad que se presenta refiere a la baja frecuencia de espacios sistemáticos destinados exclusivamente a los familiares dentro del dispositivo institucional. La clínica ofrece talleres familiares de carácter voluntario con frecuencia mensual, los cuales, si bien representan un recurso valioso para el acompañamiento, no garantizan un vínculo sostenido con los progenitores. Esta situación complica la selección y conformación de la muestra, así como también la posibilidad de generar un diálogo clínico más profundo que favorezca una participación activa en este tipo de dispositivos.

A partir de los resultados obtenidos, se considera pertinente profundizar en el diseño e implementación de talleres informativos dirigidos a la población general, con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre los TCA, sus signos y síntomas, promoviendo así una mayor concientización respecto de la problemática. Asimismo, se destaca la importancia de identificar señales de alarma que permitan una detección precoz y una intervención oportuna ante situaciones críticas, favoreciendo así una prevención temprana.

En relación a la clínica “Sol de abril”, si bien la institución actualmente ofrece acompañamiento a las familias, se estima fundamental continuar generando espacios de escucha y contención emocional, que posibiliten la transmisión de herramientas útiles tanto para el manejo de situaciones específicas vinculadas al tratamiento de sus hijos como para el abordaje de sus propios niveles de estrés. En este sentido, se sostiene que el rol de la familia resulta central, pudiendo constituirse en un factor que favorezca o, por el contrario, obstaculice el proceso terapéutico.

Para finalizar, el desarrollo del presente trabajo constituye para la alumna practicante una experiencia formativa y enriquecedora, tanto en el plano personal como profesional. La participación en un dispositivo de carácter interdisciplinario, el abordaje clínico de niños y adolescentes que, a su vez, implica la inclusión activa de sus figuras parentales, así como el acercamiento a problemáticas contemporáneas de alta relevancia, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria, reafirman la importancia del trabajo en equipo y del rol de la psicología como espacio de acompañamiento y escucha. En el marco de la Terapia Cognitivo Integrativa, se destaca el valor de una intervención que no se dirige únicamente a quien porta el síntoma, sino que contempla también a su entorno más próximo, integrando los múltiples factores que conforman su realidad psíquica y relacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Calderón, E., & López, L. (2014). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicogente*, 17(31), 385–398.
<https://doi.org/10.17081/psico.17.31.479>
- Calle Luque, D., & Yactayo Mio, A. N. (2018). *Capacidad de afrontamiento y adaptación de los padres ante la hospitalización del paciente pediátrico en una unidad de cuidados intensivos pediátricos* [Trabajo de investigación]. Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña.
- Craig (2001) En *Desarrollo Psicológico* (9.ª ed., pp. 344–364). Pearson Educación.
- Fundación AIGLÉ. (s.f.). *Quiénes somos*. Recuperado de <https://aigle.org.ar/quienes-somos>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPR). (2018). *Código de Ética para Psicólogas y Psicólogos*. FEPR.
- Fernández-Álvarez, H. (2005). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *El proceso psicoterapéutico: Una perspectiva integradora*. Paidós.
- Fernández Álvarez H. (2015). *Integración y salud mental*.
- Fernández-Álvarez, H. (2017). *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Fundación AIGLÉ.

- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*(2), 157–169.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Gallardo Mendoza, L. M. (2019). *Afrontamiento al estrés: una revisión teórica y evolutiva del concepto* [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán].
- J. Palacios, Á. Marchesi & C. Coll (Comps.), Desarrollo psicológico y educación. Volumen I: Psicología evolutiva (pp. 433–451). Alianza Editorial.
- Kirszman, D., & Salgueiro, J. (2001). *Integración y psicoterapia: de los modelos técnicos a la lógica clínica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. C. (2001). La experiencia de sufrimiento en los trastornos alimentarios: Hacia un modelo integrativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6*(1), 49–62.
- Kirszman, D., & Salgueiro, J. (2012). *Familia y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Aportes desde la Terapia Cognitiva Integrativa*. Revista Aiglé, 18(1), 45–58.
- Kirszman, D. (2020). *Obstáculos en el tratamiento de los trastornos alimentarios*. Fundación AIGLÉ.
- Londoño, N. H., & Caycedo, J. E. (2011). Afrontamiento al estrés: una revisión teórica y evolutiva del concepto. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 7(2)*, 309–320.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2001.0002.06>
- Moos, R. H. (2018). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A). Versión para adultos*. Adaptación española.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/es>

D. E. Papalia, S. Wendkos Olds, & R. D. Feldman (2009), *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia* (9.^a ed., pp. 355–362). McGraw-Hill.

Pérez Padilla, J. (2014). *El estrés parental como dimensión psicológica aplicada en familias en situación de riesgo* [Tesis doctoral, Universidad de Huelva]. Repositorio de la Universidad de Huelva. <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6338>

Remor, E. (2006). *Adaptación de la “Escala de Estrés Percibido” (PSS) de Cohen al español*. *Psicothema*, 18(2), 352–358.

Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C., & Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45–57. <http://journals.iztacala.unam.mx/>

Salgueiro, M. C., & Kirszman, D. (2012). *Intervención multinivel en los trastornos alimentarios: experiencias clínicas en un equipo interdisciplinario*. Fundación AIGLÉ.

Sepúlveda, A. R., Graell, M., & Carretero, M. (2020). Actualización de las intervenciones dirigidas al contexto familiar en los trastornos alimentarios: Revisión crítica. *Revista de Psicoterapia*, 112*, 29–45.

TCA y Terapia Cognitivo Integrativa. (s.f.). *Fundación AIGLÉ*. Documento interno de formación.

ANEXOS

ANEXO I

Modelo de entrevista semi estructurada

Datos generales:

- Nombre (iniciales):
- Edad:
- Vínculo con el/la adolescente:
- Nivel educativo:
- Ocupación:
- Composición familiar/ Composición del hogar:
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico/desde su ingreso a la clínica:

-
1. Al enterarte, ¿Qué sentiste y qué fue lo primero que hiciste con esa información nueva que tenías?
 2. ¿Cómo describirías tu experiencia como madre/padre desde que tu hijo/a fue diagnosticado/a con un trastorno de la conducta alimentaria?
 3. ¿Qué crees que cambió en vos o en tu dinámica familiar a partir de ese momento?
 4. ¿Cómo crees que tu rol como padre/madre influye en el proceso de recuperación de tu hijo/a?
 5. ¿Qué ideas o creencias tenías acerca de los trastornos alimentarios antes del diagnóstico?
 6. ¿Qué tipo de pensamientos aparecen con más frecuencia en vos frente a las dificultades alimentarias o emocionales de tu hijo/a?
 7. ¿Qué emociones predominan en vos en relación al proceso que está atravesando tu hijo/a? ¿Cómo reacciona tu cuerpo ante estas emociones?
(Ej.: culpa, miedo, frustración, impotencia, preocupación, etc.)

8. ¿Cómo manejas esas emociones? ¿Tenés espacios personales para descansar, descargar o pedir ayuda? ¿Qué estrategias sentís que te ayudan realmente a sobrellevar el estrés que implica este proceso?
9. ¿Qué expectativas tenés respecto al tratamiento?

ANEXO II

Modelo de consentimiento informado

“ESTRÉS PARENTAL PERCIBIDO Y TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES DE ADOLESCENTES QUE CURSAN UN TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CLINICA SOL DE ABRIL”

Investigadora: Emiliana María Romero Bianchi. Estudiante de la carrera de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica de Cuyo. Facultad de Humanidades.

Directora del trabajo final: Mag. Marisa Zalazar

El presente estudio tiene como finalidad explorar las experiencias subjetivas, niveles de estrés percibido y estrategias de afrontamiento en padres/madres de adolescentes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria, desde el enfoque de la Terapia Cognitivo Integrativa. La entrevista permitirá conocer cómo viven y enfrentan este proceso en el contexto de la atención clínica interdisciplinaria.

Se le solicita su participación en dos encuentros, correspondientes a una entrevista individual y la administración de instrumentos estandarizados que tendrán una duración estimada entre 45 minutos a 1 hora. La misma será grabada (si usted lo autoriza) exclusivamente con fines académicos. Su participación es voluntaria, y podrá interrumpir o desistir en cualquier momento sin que esto implique ningún perjuicio.

Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos. Su identidad será preservada en todo momento, mediante el uso de iniciales o pseudónimos. Toda la información obtenida será tratada con absoluta confidencialidad y anonimato, en conformidad con los principios éticos de la investigación en psicología.

Declaro que he sido debidamente informado/a sobre los objetivos y características de este estudio. He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento. Asimismo, autorizo el uso del contenido de la entrevista para fines académicos dentro del marco del presente trabajo final de investigación.

Firma del participante:

Fecha:

Firma de la investigadora:

ANEXO III

Escala de Estrés Parental Percibido (PSS)

Autores: Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R.

Traducción y Adaptación: Dr. Eduardo Remor.

Instrucciones

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ANEXO IV

Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A)

Autor: Rudolf H. Moos, Ph. D.

Traducción y Adaptación: Dra. Isabel María Mikulic

Instrucciones

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y descríbalos brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con los problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

Describa el problema o situación:

Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

Hacer una cruz en “N” si su respuesta es NO

Hacer una cruz en “GN” si su respuesta es GENERALMENTE NO

Hacer una cruz en “GS” si su respuesta es GENERALMENTE SI

Hacer una cruz en “S” si su respuesta es SI

	N	GN	GS	S
1. ¿Tuvo que enfrentar un problema como este antes?				
2. ¿Sabía que este problema le iba a pasar?				
3. ¿Tuvo tiempo para prepararse para manejar este problema?				
4. Cuando sucedió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?				
5. Cuando sucedió este problema, ¿pensó en él como un desafío?				
6. ¿Este problema fue causado por algo que usted hizo?				
7. ¿Este problema fue causado por algo que hizo alguien además de usted?				
8. ¿Hubo algo positivo al enfrentar este problema o situación?				
9. ¿Se resolvió este problema o situación?				
10. Si este problema está resuelto, ¿se resolvió en forma favorable para usted?				

Considerando el problema que ha descrito, le pedimos que responda las siguientes preguntas.

Marque con una cruz la opción que mejor describe su experiencia.

0 = Si su respuesta es Nunca

1 = Si su respuesta es Una o dos veces

2 = Si su respuesta es Algunas veces

3 = Si su respuesta es Muchas veces

	0	1	2	3
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar este problema?				
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo/a para sentirse mejor?				
3. ¿Habló con su pareja u otro familiar sobre este problema?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar este problema y lo siguió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				
6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiaría las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7. ¿Trató de ayudar a otros a tratar un problema similar?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado/a, deprimido/a, bajoneado/a o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo/a?				
10. ¿Se dijo a usted mismo/a que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo/a de este problema?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre el problema?				
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades, como nuevos trabajos o distracciones?				
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con un profesional (médico, abogado, sacerdote)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o lugar mejor del que usted vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado/a de la gente en general?				

25. ¿Trató de prever o anticipar cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba usted comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27. ¿Buscó la ayuda de personas o grupos con el mismo tipo de problema?				
28. ¿Trató de resolver el problema al menos en dos formas diferentes?				
29. ¿Evitó pensar en el problema, aún sabiendo que en algún momento debía pensar en él?				
30. ¿Aceptó el problema porque pensó que nada se podía hacer?				
31. ¿Leyó, miró televisión o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a la situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo/a que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de averiguar más acerca de la situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo/a?				
37. ¿Deseó que el problema hubiera desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39. ¿Le dedicó más tiempo a actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41. ¿Trató de prever o anticipar las nuevas demandas o pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podría este suceso cambiar su vida en un sentido positivo?				
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomó las cosas de a una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que era en realidad era el problema?				
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo/a ayudaran a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				