



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Influencia del Comportamiento Alimentario Materno en el Desarrollo de Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes"


T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Karla Lucero Domínguez Martínez

Directora: Lic. **Miriam López Ramírez**

Dictaminadores: Dra. **María Leticia Bautista Díaz**

Dra. **Claudia Lucy Saucedo Ramos**


Lic. Miriam López Ramírez
V.º B.º



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, oct. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, selección, preparación e ingesta de alimentos y se considera una conducta alimentaria de riesgo (CAR), para designar un síndrome parcial o subclínico de los cuadros que caracterizan a los trastornos de conducta alimentaria. Se han identificado factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, entre los que destacan el ambiente familiar, sobre todo con relación a la crianza materna, quien cumple un rol preponderante a través de la transmisión de prácticas y gustos a sus hijos. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes de educación secundaria y la conducta alimentaria de sus madres, además de evaluar la relación de sus características sociodemográficas y su nivel de apoyo social con sus conductas alimentarias de riesgo. Se utilizó un diseño de investigación correlacional y transversal, participaron 246 estudiantes de educación secundaria de dos instituciones públicas y 39 madres de familia. Se aplicó el Cuestionario de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Comportamiento Alimentario y la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos, validados para población mexicana. Los resultados encontrados indican que, el 10.6% de los estudiantes y el 7.7% de las madres de familia presentaron un nivel alto de conductas alimentarias de riesgo, y aunque no se encontró una diada en la que ambos mostraran el mismo riesgo, cada grupo presenta sus propias conductas de riesgo, además se encontró una relación entre sus hábitos alimentarios. En conclusión, las madres de familia influyen en el comportamiento de sus hijos ya que son comúnmente quienes enseñan hábitos saludables o no saludables.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, conductas alimentarias de riesgo, adolescentes, práctica de crianza materna

ÍNDICE

Introducción.....	1
Trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo.....	4
1.1 Antecedentes, definición y características	4
1.2 Anorexia nerviosa.....	7
1.3 Bulimia nerviosa.....	12
1.4 Trastorno por atracón.....	15
1.5 Incidencia	17
1.5 Factores de riesgo.....	21
1.6.1 Factores biológicos.....	22
1.6.2 Factores psicológicos.....	23
1.6.3. Factores socio-culturales.....	27
1.7 Consecuencias.....	31
1.7.1 Biológicas.....	31
1.7.2 Psicológicas	33
1.7.3 Sociales.....	34
1.8 Tratamiento.....	36
1.8.1 Tratamiento médico.....	36
1.8.2 Tratamiento Psicológico	38
1.8.2.2 Terapia gestáltica.....	45
1.8.2.3 Terapia de aceptación y compromiso.....	46
1.7.1.1 Terapia cognitivo-conductual.....	48
Adolescencia Como Factor de Riesgo de TCA	53
2.1 Definición de adolescencia.....	53
2.2 Cambios físicos	55
2.3 Cambios psicológicos.....	58
2.4 Cambios sociales.....	64
2.5 Adolescencia y familia.	71
Influencia de la Conducta Alimentaria Materna en el Desarrollo de TCA.....	78
3.1 Familia y conducta alimentaria	78
3.2 Rol materno en la alimentación	82
3.3 Hábitos alimentarios maternos y su influencia en las CAR de sus hijos.....	83

3.4	Obesidad Materna y TCA	84
3.5	Idealización corporal de la madre	85
3.6	Antecedentes de TCA en la madre	86
	Apoyo Social	89
4.1	Definición	89
4.2.	Dimensiones del Apoyo Social	92
4.2.1.	<i>Funcional</i>	92
4.2.2.	<i>Estructural</i>	94
4.2.3	<i>Contextual</i>	97
4.3	Apoyo Social en Casos de TCA	98
	Justificación	101
	Objetivo general	101
	<i>Objetivos específicos</i>	101
	Método	103
	Resultados	108
	Discusión	124
	Referencias	135
	Anexo 1	163
	Anexo 2	164
	Anexo 3	166
	<i>Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) (González y Landero, 2014)</i>	166

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden definirse como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos que se caracterizan, por comer en exceso o por dejar de hacerlo, su origen es multifactorial pero su base es psicosocial.

Actualmente, los adolescentes presentan la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada, lo que se traduce cada vez más en la aparición de conductas alimentarias de riesgo y uno de los factores de riesgo que se ha identificado es el ambiente familiar, sobre todo con relación a la crianza materna pues es quien cumple un rol preponderante en la definición del estilo alimentario, a través de la transmisión de prácticas y gustos a sus hijos.

Por ello, el objetivo de este estudio es identificar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y la conducta alimentaria de sus madres, con relación a la edad, sexo y nivel de apoyo social, además de las variables de ocupación, grado de estudios y apoyo social para evaluar el riesgo de conducta alimentaria en las madres; por lo que, para entender de mejor manera este tema, en los siguientes capítulos se abordarán algunos temas que serán de utilidad para caracterizar la metodología a seguir en esta investigación.

En el primer capítulo se abordará el tema de los TCA, comenzando por sus antecedentes históricos y el origen etimológico de los conceptos, así como las características diagnósticas mencionadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés DSM V) y la

Clasificación Internacional-de Enfermedades (CIE-10), además se mencionará la incidencia, factores de riesgo y consecuencias biológicas, psicológicas y socioculturales así como de la diferenciación con las Conductas Alimentarias de Riesgo. Finalmente se hablará sobre el tratamiento tanto médico como psicológico desde diferentes perspectivas.

Dando continuidad, en el segundo capítulo se abordará el tema de la adolescencia, su definición, sus características físicas, psicológicas y sociales y la importancia que tiene el núcleo familiar en esa etapa de la vida. Por otro lado, en el capítulo tres se hablará sobre la influencia que tiene el comportamiento materno respecto a hábitos, creencias y gustos en cuanto a la alimentación, en el comportamiento de sus hijos, desde la primera infancia hasta la adolescencia.

En otro orden de ideas, en el capítulo cuatro se aborda el tema del apoyo social, su definición, características, dimensiones y su relación con el desarrollo de TCA.

Se presentan los objetivos y la metodología de esta investigación en la que se utilizó un diseño correlacional con una encuesta descriptiva aplicada a un grupo de adolescentes de educación secundaria y a madres de familia de dichos estudiantes, de lo cual se llevó a cabo un análisis de los datos utilizando estadísticos descriptivos y el coeficiente de correlación phi, para cumplir con el objetivo de identificar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y sus madres.

Enseguida se presentarán los resultados obtenidos en esta investigación donde se podrán observar las características demográficas de los participantes, los índices encontrados respecto de su conducta alimentaria, el nivel de riesgo que tienen de padecer un TCA, el nivel de apoyo social percibido en los adolescentes y la relación entre las variables.

Para concluir, en el último apartado se discuten los resultados encontrados y se harán propuestas a considerar en futuras investigaciones, además de exponer las conclusiones con respecto a la influencia que tienen los hábitos alimenticios de las madres de familia, en las conductas alimentarias de sus hijos adolescentes, para finalmente exponer las referencias utilizadas.

Trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo

1.1 Antecedentes, definición y características

La alimentación es una de las acciones del ser humano, en la que inciden factores internos como la sensación de hambre o el impulso de ingerir alimentos y condiciones externas en las que influye la connotación social de las comidas. Según Castillo y León (2013) se define como la forma de proporcionar al organismo las sustancias esenciales para el mantenimiento de la vida.

En la medida en que los individuos se esfuerzan por ajustar sus necesidades básicas a los requerimientos sociales, pueden aparecer conflictos individuales, estrechamente relacionados con la génesis de alteraciones del comportamiento alimentario (Sánchez et al. , 2015).

Un claro ejemplo son las conductas alimentarias de riesgo (CAR), este término es utilizado para designar un “síndrome parcial” o “subclínico” de los cuadros que caracterizan a los trastornos de conducta alimentaria (TCA). La diferencia entre las CAR y los TCA radica en la frecuencia y la duración, ya que en los segundos las manifestaciones o conductas alimentarias nocivas son más repetitivas y permanentes. Por tanto, se entiende que las CAR pueden, en caso de volverse crónicas y agudas, desencadenar en un posterior diagnóstico de TCA (Caldera et al., 2019). Algunos ejemplos de CAR son, el seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, el ejercicio físico en exceso, entre otras.

A lo largo de la historia se tiene conocimiento de numerosos casos de personas con algún tipo de conducta alimentaria de riesgo (CAR), de los cuales los ejemplos de religiosas medievales y renacentistas son los más famosos, pero no los únicos. Utilizar el “control” del comportamiento alimentario como una forma de manifestación religiosa o ideológica ha sido común en numerosas culturas a lo largo de toda la historia, en algunos casos promoviendo y valorando la obesidad; en otros, el ayuno (Baile y González, 2010).

Ya en la época de los romanos comer era considerado como una actitud saludable y socialmente bien vista, hasta el punto de que era necesario recurrir al vómito para poder seguir disfrutando del placer de la comida. En el lado opuesto existió la restricción y el ayuno, como una forma de alcanzar la “pureza del alma”, que en la edad media se predicó como forma de penitencia y de logro de “un espíritu elevado” (Cala, 2014).

En tiempos recientes y desde hace algunas décadas, la sociedad occidental y la comunidad científica se han enfrentado a la proliferación de una serie de trastornos de salud, caracterizados por la alteración del comportamiento alimentario, denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria (Baile y González, 2010).

Dichos trastornos se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no

por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales (Méndez et al., 2008).

Actualmente existen dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales, utilizadas en el ámbito internacional para el diagnóstico en niños, adolescentes y adultos; uno de ellos es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), el cual incluyó un diagnóstico de TCA por primera vez en su tercera versión y su revisión, DSMIII-R, donde clasificaban estos trastornos en los de inicio en la infancia y adolescencia, junto a otras anomalías de la alimentación en la primera infancia (Pérez, 2018). Su última actualización, el DSM-5; proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan identificar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos. Esta última versión incluye la eliminación del sistema multiaxial y la incorporación de un enfoque más dimensional donde se analiza la severidad mayor o menor de los síntomas (leve, moderado y severo) en diversos cuadros clínicos. Específicamente en la clasificación de trastornos de la conducta alimentaria, se incluyeron: pica (ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias) y la rumiación (regurgitación repetida de alimentos) como nuevos diagnósticos (Echeburúa et al., 2014). La definición y clasificación que presenta este manual en las ediciones mencionadas serán consideradas a lo largo de la presente revisión.

Otro sistema es, el de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Versión (CIE-10), en la que se describen las tres clases principales de TCA: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE, según DSM-IV-TR) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10). Los límites entre estas categorías se basan en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas para controlar el peso utilizadas por quienes los sufren (López y Treasure, 2011).

Basado en lo anterior, se considera que los TCA son un problema de salud mental pública, cuya importancia ha sido reconocida desde hace ya más de tres décadas en los países desarrollados y aunque hay una amplia clasificación, en el presente trabajo se retomaran únicamente la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón como referencia, ya que son de estos, que se tiene una caracterización más clara dentro de los TCA, además de que tienen un impacto importante en la salud de quienes lo padecen por su interferencia en el funcionamiento cotidiano, su comorbilidad psiquiátrica, las consecuencias sumamente nocivas para la salud física y su elevado riesgo de mortalidad que a continuación se describen.

1.2 Anorexia nerviosa

En el siglo XIX existen numerosos casos de “chicas ayunadoras” y en una naciente ciencia psicopatológica se crea el oportuno caldo de cultivo para su clasificación y catalogación; así, dos famosos psiquiatras, Laségue (1873) y Gull (1888), citados en Baile y González (2010), elaboran de manera independiente una

primera definición del trastorno, que viene a denominarse “anorexia histérica” o “anorexia mirabilis”. El cuadro descrito por ambos autores incluía como síntomas fundamentales el rechazo a la comida, la pérdida extrema de peso, la amenorrea, el estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Tanto Gull como Laségue, atribuyeron dicha enfermedad a una alteración del sistema nervioso. No obstante, Laségue prestaba especial atención al origen sociocultural de sus pacientes ya que lo consideraba un factor influyente (Pérez, 2018).

Durante el siglo XX concurren distintos hitos en relación con la Anorexia Nerviosa (AN). Por una parte, en 1914, Simmonds establece que la causa de la AN es una disfunción hipofisaria que denomina caquexia hipofisaria, enfermedad caracterizada por una atrofia del lóbulo anterior de la hipófisis que se manifiesta por un adelgazamiento rápido y considerable (Pérez, 2018). Por otra parte, ya en 1920, P. Janet distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Por un lado, en la primaria se mantendría la sensación de hambre, la paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar, desarrollarse y hacerse mujer; por otro lado, en la secundaria, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real de apetito. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos, de origen emocional en el que las pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estar obsesionadas por la idea de su volumen corporal y contaban con una multitud de pequeños delirios relacionados con los alimentos y el comer (Salas et al., 2005).

Hacia los años treinta se reafirma su origen psicogénico por psicoanalistas que explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual. Desde los años cincuenta se produce una revolución conceptual y metodológica alrededor de la AN, diversificándose las líneas terapéuticas con una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando factores psicosociobiológicos en la génesis del problema. En el Simposio de Göttingen, en 1965, se elaboraron tres conclusiones básicas sobre la AN (Pérez, 2018):

- 1) La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- 2) El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.
- 3) La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los conflictos neuróticos.

En la actualidad es muy común escuchar la palabra “anorexia” de forma generalizada, masiva e indiscriminada. Cualquier persona con un peso corporal por debajo de la media es etiquetada como “anoréxica”. Sin embargo, dicho término, al igual que el de “bulimia”, encierran mucho más significado del que se les atribuye en la sociedad actual (García, 2014).

Etimológicamente el término “anorexia” procede del griego, el prefijo “a-, an-” hace referencia a “falta, ausencia, privativo” y el término “orexis” significa “apetito”. Por lo tanto, la palabra “anorexia” se refiere a la “falta de apetito” y una persona con anorexia es aquella que no tiene apetito. Cuando queremos referirnos al trastorno que padece una persona cuyo peso corporal se sitúa por debajo de la media a causa de alteraciones a nivel psicológico y nutricional, el término a

emplear es “anorexia nerviosa”, acuñado en el año 1873 (García, 2014).

Por su parte, La Real Academia Española (RAE, 2018) define a la AN como un síndrome de rechazo de la alimentación por un estado mental de miedo a engordar, que puede tener graves consecuencias patológicas.

Por otro lado, en la clasificación del DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2013) se explica que las tres características diagnósticas de la AN son:

1. Restricción de la ingesta energética en relación con 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 que se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

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

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

Además, se reconocen dos subtipos: La anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas (antes llamada compulsivo-purgativa) en la que, durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diurético o enemas). Y la anorexia nerviosa de tipo restrictiva, este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo (APA, 2013).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades. Décima versión (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), la AN es un trastorno caracterizado por pérdida de peso intencional inducida y mantenida por el paciente. Se presenta habitualmente en mujeres adolescentes y jóvenes, y aunque en menor frecuencia, puede afectar también a hombres adolescentes, al igual que a niños que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores, hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la cual se mantiene como idea recurrente y sobrevalorada un temor a la obesidad y a la flaccidez de la silueta corporal, por la cual el paciente se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre las CAR se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas, y el uso de anorexígenos y de diurético.

1.3 Bulimia nerviosa

Con respecto a la bulimia nerviosa (BN), se debe decir que entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como cynorexia, canine appetite o hambre patológica, como modo de referirse a episodios de voracidad que dan lugar a la ingesta de comida excesiva (Pérez, 2018).

La BN fue definida por Russell en 1979 y los primeros casos, desde el punto de vista clínico, aparecieron tras la Segunda Guerra Mundial, y el aumento de su incidencia dio lugar a su reconocimiento como síndrome separado de la AN en los años sesenta. Sin embargo, para Russell, la BN no era más que una variante de la AN, ya que un gran porcentaje de los pacientes con BN tienen antecedentes de AN. De hecho, la formulación del cuadro planteada por este autor fue reconocida por el DSM-III como categoría diagnóstica aunque centrando los criterios en la presencia de episodios de ingesta voraz y las reacciones psíquicas inmediatas inducidas por tales conductas (Pérez, 2018).

En cuanto a su etimología, la palabra bulimia viene del griego: bous = buey, y limus = hambre. Literalmente significa “comer como un buey” y también se ha traducido como “ser capaz de comerse un buey”. El término bulimia nerviosa es descrito por Russell en 1979, definiéndola “más por comer y purgar que por querer ayunar, con momentos de gran ingesta” (Rodríguez et al., 2006).

Así mismo la RAE, define bulimia como “las ganas insaciables de comer”,

mientras que la bulimia nerviosa la define como “el síndrome de deseo compulsivo de comer, con provocación de vómitos y consecuencias patológicas”(Pérez, 2018).

Por otro lado, en cuanto los criterios del DSM-V (APA, 2013) para referir a la bulimia nerviosa, se enfatiza en la presencia regular y recurrente de episodios de sobreingesta (atracones) acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso que potencialmente produciría el atracón. La propuesta diagnóstica es la siguiente:

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

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período 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 auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

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

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

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

Además, tal como el caso de AN, distingue dos subtipos de pacientes con BN. El tipo purgativo que describe cuadros clínicos en los que la persona se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. Y el tipo no purgativo que describe cuadros clínicos en los que se ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (APA, 2013).

De acuerdo con la definición del CIE-10, la BN es un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiper ingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiper ingestión alimentaria seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características comunes con la AN, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio anterior de AN, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años (OMS, 1992).

1.4 Trastorno por atracón

El trastorno por atracón (TPA) se conoce desde la década de los años 50 del siglo XX en estrecha relación con la BN y hace aparición en el contexto de la obesidad, a los ojos de una cultura en la que la imagen y la delgadez hacen ver dichas situaciones corporales como algo más que censurable. Como un antecedente temprano en la temática, Hamburger en 1951 identificó en una muestra de obesos un tipo de hiperfagia que se singularizaba por deseos compulsivos por la comida. Sin embargo, sería A.J. Stunkard en 1959, a través de observaciones con pacientes obesos, quien emplea concretamente el término atracón para definir el tipo de sobreingesta que caracterizaba a esta población concreta, estableciendo la primera vinculación entre la obesidad y lo que sería el futuro TPA (Cuadro y Baile, 2015).

Desde la década de 1960-69 se conocía la existencia de una alteración del comportamiento alimentario donde comer compulsivamente era sintomático, pero es en la década de 1990 cuando se perfilaron sus singularidades y se le empezó a denominar síndrome de sobreingesta o trastorno por ingesta compulsiva (Baile, 2014).

En 1994, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se establecen los criterios diagnósticos pero no fue hasta el 2013 que el TPA es considerado como una psicopatología con nosología propia y equiparable a la AN y BN, continuando casi con todos sus criterios clínicos propuestos en 1994, sólo se ajusta, la frecuencia del cuadro clínico a tres meses y la forma de

contar los atracones por episodio y no por día (Valdez et al., 2022).

Sus características diagnosticas descritas el DSM-V, son (APA 2013):

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

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período 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 no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

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

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

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

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

A lo largo del tiempo, se han diagnosticado los trastornos ya descritos, en personas de diferentes edades, razas y estratos sociales, sin embargo, han alcanzado en los últimos 30 años una especial relevancia, constituyendo hoy un proceso patológico identificado mayoritariamente en la población femenina adolescente y juvenil volviendo a esta población la más vulnerable por lo que es importante conocer la incidencia que se tiene en México y en el mundo para identificar la frecuencia de estos trastornos y comprender de forma más clara la descripción de estos como un problema de salud pública.

1.5 Incidencia

Como ya se mencionó, la AN se presenta con mayor frecuencia en mujeres, ocupando el 90 y 95% de los casos afectados y entre un 5 y un 10% en varones (García, 2014). Según el DSM IV-TR (APA, 2000), los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1 % para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de AN. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo y existen pocos datos referentes a la prevalencia de este

trastorno en individuos varones. Según el DSM-5 (APA, 2014), la población clínica se ve reflejada normalmente con una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1. En cuanto a la edad el DSM IV- TR (APA, 2000) reporta que el promedio de inicio de la AN es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años, por su parte el DSM 5 (APA, 2014) menciona que la AN suele empezar durante la adolescencia o a la edad adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicios tanto temprano como tardío.

Por otro lado, la BN es la presentación más común de los TCA considerando todos los grupos étnicos. Su prevalencia se ha estimado entre 1 y 2% en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser entre 15,7 y 18,1 años (López y Treasure, 2011). Entre los varones la prevalencia es diez veces menor. En cambio, en el DSM-IV- TR se indica como edad de inicio de la BN el final de la adolescencia o el principio de la vida adulta, con una persistencia de la alteración de la conducta alimentaria de al menos, varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas y en el DSM-5 se especifica que es infrecuente el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años (Pérez, 2018).

Por su parte, Hernandez y Ledon (2018) mencionan que el TPA afecta a aproximadamente del 2 al 5 % de la población general, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y se estima que aproximadamente el 30 % de las personas que participan en programas de control de peso, lo padecen.

Las referidas patologías se consideran propias del mundo occidental y de las grandes urbes, aunque en los últimos años se ha comprobado que su incidencia aumenta en países subdesarrollados y afecta a personas de diversos estratos sociales y regiones como las suburbanas (Guadarrama y Mendoza, 2011).

En México, se ha sugerido que las conductas alimentarias riesgosas como someterse a dietas, provocación de vómitos o pensamientos asociados a la preocupación por la delgadez son bastante comunes, particularmente en los adolescentes. Además, hay indicios de que estas conductas están en aumento ya que se ha detectado entre jóvenes estudiantes de la Ciudad de México, un incremento de las conductas alimentarias de riesgo entre 1997 y 2003; sin embargo no se conoce la magnitud del problema por escasez de estudios representativos de la población. Por otro lado, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGR, 2004) reporta que, en México, las cifras reflejan que la prevalencia de la Anorexia Nerviosa entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la BN alcanza un 3% y según un reporte reciente de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que utiliza los criterios propuestos en el apéndice del DSM-5 ([ENEP] citado por Hernandez y Ledon, 2018), se estima que 1,6% de los adultos mexicanos ha cumplido criterios para el TPA alguna vez en su vida.

Por otro lado, la ENEP, estimó una prevalencia de vida de 2.5% para la bulimia, sin datos en los casos de anorexia. En la población adolescente escolar se ha estimado 2.8% de mujeres y 0.9% de varones como posibles casos de algún

trastorno alimentario aunque no provean diagnósticos (Benjet et al., 2012).

Mientras tanto, Guadarrama y Mendoza (2011) mencionan que se habían reportado más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardíaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total.

Además, estudios epidemiológicos llevados a cabo entre 2003 y 2007 en Estados Unidos, España y México, indican que 6% de las mujeres entre 12 y 21 años presentan algún TCA. Así mismo estudios poblacionales realizados entre 2008 y 2011 en estos mismos países, revelan que alrededor de 10-15% de las mujeres adolescentes y 3-8% de los varones adolescentes refieren incurrir en Conductas alimentarias de riesgo (CAR) tales como ingerir grandes cantidades de comida y luego inducirse el vómito, utilizar laxantes u otros fármacos para perder o controlar su peso. (López et al., 2011).

Por su parte en el informe del año 2018 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) se reportó que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescente mexicana fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Tanto en hombres (12.6%), como en mujeres (12.4%) se reportó frecuentemente haber comido demasiado. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito auto inducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y

laxantes (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2018).

En datos más recientes, según el Anuario de Morbilidad de la Secretaría de Salud, en el año 2017 se diagnosticaron a 2 mil 886 mexicanos con algún tipo de TCA, en 2018 a 2 mil 942 y en 2019 a 3 mil 344, de los cuales más de 2 mil eran mujeres, en su mayoría entre los 15 a 19 y 25 a 44 años de edad. Por su parte, las edades de la mayoría de hombres que fueron diagnosticados con alguno de estos trastornos, se ubicaban en un rango de edad entre los 10 a 14 años.

Esta cifra podría ser una muestra mínima del verdadero panorama pues existen muchos casos que no han sido diagnosticados por lo que la situación respecto a estas problemáticas de salud podrían ser más graves de lo que parecen ya que la población que se encuentra vulnerable, están expuestos constantemente a una serie de factores de riesgo que pueden llevarlos a incidir en alguno de estos trastornos, por lo que es necesario conocer dichos factores, los cuales se describirán a continuación.

1.5 Factores de riesgo

La conducta alimentaria (CA), es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos. Dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el valor nutricional del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo (Radilla et al., 2015).

La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales. Estos trastornos resultan de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y socio-culturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su etiología (Portela et al., 2012).

1.6.1 Factores biológicos

La investigación de los factores biológicos se ha centrado principalmente en los factores genéticos y las alteraciones neurobiológicas. Los estudios realizados en familias demuestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con estos trastornos, con lo cual se concluye que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos (Silva et al., 2014).

Se ha establecido que los familiares de primer grado de pacientes con AN tienen aproximadamente un riesgo vital 10 veces mayor de sufrirla que los parientes de pacientes no afectados. Además, se ha comprobado que la frecuencia de BN es mayor en los familiares de pacientes anoréxicos que en otros grupos de comparación, lo que sugiere que hay una coagregación de los dos fenotipos de trastorno alimentario en familias (Plumed y Rojo, 2014).

Por otra parte, se sabe que el consumo de alimentos está impulsado por sus propiedades gratificantes, hecho que se ha vinculado al aumento de la actividad dopaminérgica en los circuitos cerebrales de recompensa. Los sistemas de recompensa dopaminérgicos y opioides son críticos para la supervivencia, pues condicionan impulsos amorosos, reproductivos y de ingesta alimentaria. En el

caso de TCA, se ha demostrado el involucramiento del sistema dopaminérgico en los pacientes con anorexia, observándose reducción de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo en individuos con dicha enfermedad, alteración que persiste aún después de la recuperación. Por otro lado, la actividad del sistema dopaminérgico está aumentada en la BN (Méndez et al., 2008).

Finalmente, el ser mujer es, el factor de riesgo principal para padecer estos trastornos, junto a otro, también muy importante, tener una edad que oscila entre los 13 y los 23 años. Aunque cada día aparecen más casos en niñas, mujeres adultas y varones, lo cierto es que la época de inicio primordial es la adolescencia, ya que, desde el punto de vista biológico, es una etapa de profundos cambios físicos con repercusiones en la imagen corporal (Rodríguez et al., 2006).

1.6.2 Factores psicológicos

En la pubertad, surgen cambios de la organización de los rasgos psicológicos y de comportamiento y se sugiere que sus acciones afectan el estado de ánimo y la conducta alimentaria, especialmente si el individuo es de maduración temprana, lo cual puede favorecer la aparición de TCA. Además, la adolescencia es el período de formación de la identidad y de cambios físicos de gran magnitud, que cuando se combinan con la aspiración de los adolescentes de ser aceptados, puede desencadenar procesos de comparación de su cuerpo con el de sus iguales o con personas representadas en los medios de comunicación (Portela., 2012).

Igualmente, el origen de los TCA se asocia, a menudo, con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en que el individuo es más susceptible de padecerlos (abuso físico, psicológico o sexual; sobreprotección; control excesivo; carencia de figuras de autoridad o reglas establecidas) y con rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales, por ejemplo: baja autoestima, inestabilidad emocional y conductas obsesivas (Pérez, 2018).

La baja autoestima o autoconcepto negativo han sido factores centrales en diferentes teorías etiológicas de los TCA. Se ha comprobado que las personas con AN tienen menor autoestima y un autoconcepto negativo en comparación con los grupos control. Por otra parte, se ha reportado que la baja autoestima en mujeres aumenta hasta en ocho veces el riesgo de tener un TCA (Unikel et al., 2017). Por ejemplo, en un estudio realizado por Moreno y Rosas (2009) en el que se estudió la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de secundaria, se encontró que tanto hombres como mujeres están constantemente evaluándose, presentan baja autoestima y se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, lo que los puede llevar a realizar conductas para bajar de peso, al mismo tiempo fue posible observar que las mujeres presentan mayor preocupación por engordar y mayores porcentajes de riesgo TCA.

Así mismo, se ha señalado que las personas que padecen un TCA tienen claras dificultades con el mundo emocional. Los sentimientos de disforia y depresión acompañan frecuentemente a la conducta anoréxica y bulímica, considerándose ambas variables fundamentales en el mantenimiento de los TCA.

En general, se puede decir que esto se traduce en dificultades para expresar emociones y falta de habilidades de afrontamiento en circunstancias estresantes, especialmente en situaciones sociales, resultando un aspecto característico en los TCA el deterioro en sus relaciones y el aislamiento social (Pérez, 2018).

En la misma línea, se ha mencionado que los pacientes con TCA presentan conductas impulsivas, pensamientos circulares repetitivos en cuanto a la comida y al peso, creando pensamientos dicotómicos, inferencia arbitraria, pensamientos supersticiosos, generalizaciones excesivas, ideas autorreferenciales, uso selectivo de la información y magnificación de lo negativo. Por ejemplo: Si comes a gusto, engordaras, no conseguiré controlarme nunca, etc. (Muñoz, 2013).

Por otro lado, los pacientes con patologías alimentarias suelen presentar, antes del desarrollo de la enfermedad, problemas de autonomía e independencia y de aceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Pérez, 2018).

De igual importancia, la depresión y el afecto negativo deben ser considerados como una influencia negativa sobre el peso y aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y de preocupaciones sobre la alimentación y se asocian con altos niveles de percepción de las influencias socioculturales, que puede imprimir

más daños a la salud pues, para lograr la apariencia ideal, a menudo se utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, tales como la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos auto-infligidos, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales. En la actualidad, parece que la dieta restrictiva es una de las estrategias más utilizadas y forma parte de la cultura, como una estrategia efectiva para lograr el cuerpo delgado esperado. Contrario a esta creencia, se ha demostrado que la dieta restrictiva autoinformada ayuda a aumentar el riesgo de problemas de salud relacionados con la apariencia física, es decir, aumento de peso, atracones, bulimia, depresión y baja autoestima (Portela et al., 2012).

Por último, los TCA se asocian a altos niveles de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, según el DSM- 5 (APA, 2013), en el caso de la AN, muchos pacientes refieren la presencia de síntomas ansiosos, en algunos individuos se han descrito casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), especialmente en los de tipo restrictivo. El trastorno por abuso de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos, especialmente en el tipo con atracón/purgas. En el caso de BN, existe un aumento en la frecuencia de sintomatología depresiva y ansiosa. La prevalencia vitalicia del consumo de sustancias, particularmente del consumo de alcohol o de estimulantes, es de al menos el 30% entre los individuos con este tipo de sintomatología y un porcentaje de sustancias también presenta características que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de la personalidad.

En el caso de la asociación de TCA con el TOC y trastorno bipolar I o II, vienen a señalar que los pacientes diagnosticados de TOC con comorbilidad de TCA pueden estar asociados con mayor gravedad clínica, por mayores puntuaciones en ansiedad, depresión e intentos autolíticos, que los pacientes con TOC como único diagnóstico. Por su parte, los pacientes con trastorno bipolar, especialmente las mujeres, no rara vez tienen trastornos alimentarios comórbidos y esta comorbilidad se asocia con una edad más temprana de inicio y curso más grave de la enfermedad bipolar (Pérez, 2018).

Además, se estima que aproximadamente el 25,9% de las personas con sobrepeso/obesidad con TA que siguen tratamiento para perder peso presentan sintomatología depresiva leve; el 18% moderada y el 8,2% severa, lo que da un total de 52,1% de personas con depresión, cifra superior a la que se identifica en población general, siendo estos valores mayores en mujeres que en hombres. En pacientes con obesidad severa, el TA también se asocia a obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y baja conciencia interoceptiva, que alude a la capacidad de reconocer las señales fisiológicas de hambre y saciedad (Escandon y Garrido, 2020).

1.6.3. Factores socio-culturales

Los TCA se han considerado como síndromes supeditados a la cultura, debido entre otras razones a que son más frecuentes en las culturas occidentalizadas. En los grupos que pertenecen a las culturas donde la influencia de los estereotipos occidentales de belleza no es tan grande son pocos los casos

de TCA (Unikel et al., 2017).

En la sociedad actual y globalizada el ideal de la belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la "delgadez del cuerpo" para hombres y mujeres y por otra parte estigmatizan la obesidad. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado es hermoso, incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los/las niñas/niños y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres. En este contexto, desde edades muy tempranas, niños y niñas que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en condiciones muy desfavorables en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes (Portela et al., 2012).

En esta misma línea, un medio de comunicación masiva que se ha vuelto foco importante de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo alimentario asociadas al TCA es el internet, como lo menciona Serra (2015), el anonimato en la red ha provocado un fenómeno preocupante entre las adolescentes enfermas o en riesgo de sufrir un TCA. Actúa como un refugio virtual donde centenares de adolescentes, unidas por la idea de la imperfección, han creado un universo propio con sus símbolos y su imaginario, sus códigos, su lenguaje. Estas páginas están camufladas con los nombres de ANA y MIA; la mayor parte de la información incluida está diseñada para mantener la conducta anoréxica

y/o bulímica y es a menudo peligrosa e inexacta. Un joven o adolescente, sea hombre o mujer que presente insatisfacción corporal, problemas de autoestima, que haya sido víctima de burlas, que haya adoptado el ideal de delgadez, puede encontrar información inadecuada sobre hábitos alimentarios con un solo clic.

A su vez, la presión social por alcanzar o conservar la delgadez proveniente de la familia y los pares debido a que fomentan la interiorización del ideal estético de la delgadez, la insatisfacción corporal y la realización de dietas restrictivas (Unikel et al., 2017).

Tal como menciona Portela et al. (2012), la influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación, las medidas y la figura del cuerpo, así como con los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes.

Sin embargo, una cuestión importante en la determinación de la existencia de insatisfacción con la imagen corporal y TCA son las burlas de familiares y amigos sobre el peso. Se ha identificado un mayor riesgo de compulsión alimentaria, comportamientos inadecuados para controlar el peso y sobrepeso entre los niños y de las dietas restrictivas, atracones y conductas extremas para pérdida de peso entre las niñas que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros. También se sugiere que el

comportamiento de los amigos puede influir en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta, ya que estos aspectos se comparten dentro de la relación del grupo (Portela et al., 2012).

Así mismo, el papel de los padres en el desarrollo de las CAR, también ha sido objeto de estudio. Se ha encontrado que, en adolescentes y preadolescentes, los patrones de alimentación más sanos se correlacionaban con relaciones satisfactorias entre padre e hija. Por otra parte, el rechazo paterno produce sentimientos de vergüenza y abandono que inducen tanto al impulso a la delgadez como a la insatisfacción corporal. En general, la literatura médica coincide en señalar que el rechazo paterno y materno son un factor que se correlaciona positivamente con la aparición de CAR y que los conflictos familiares y la alta exigencia por parte de los padres son correlatos familiares específicos para la AN, en relación con otros trastornos mentales (Plumed y Rojo, 2014).

Como último aspecto, aunque se ha hablado de una incidencia similar en todos los estratos sociales, contrariamente a la predominancia de clases sociales medias-altas que se mantuvo en un principio, la relación entre el nivel socio-económico y el desarrollo de un TCA sigue siendo una cuestión inconclusa. Se ha afirmado que los TCA serían, en líneas generales, más frecuentes en las poblaciones sociales más desfavorecidas, mientras que otros diferencian entre la AN, que tendría una incidencia superior en los niveles socioeconómicos elevados, y la BN, que afectaría en mayor medida a las clases sociales más vulnerables (Pérez, 2018).

1.7 Consecuencias

Como se pudo observar, las causas por las que una persona se ve en riesgo de desarrollar un TCA, son multifactoriales por lo que las consecuencias que tienen estas alteraciones de la conducta alimentaria, se verán reflejadas igualmente en las diferentes esferas de la vida del individuo, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

1.7.1 Biológicas

Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo. Algunas de las condiciones médicas asociadas a la AN son problemas cardiovasculares y gastrointestinales, deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones músculo-esqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza (López y Treasure, 2011).

Las pacientes con algún TCA, en general lucen muy delgadas, con una edad menor a la que tienen, la piel puede tener un tono naranja-amarillento por consumo excesivo de alimentos ricos en carotenos (verduras rojas y naranjas); pueden referir intolerancia al frío aunque se cubran con varias prendas de vestir; cuando se levantan bruscamente pueden presentar hipotensión ortostática, en los brazos pueden tener lanugo, bradicardia, edema en miembros inferiores, los dientes pueden perder el esmalte si la paciente vomita frecuentemente. En adolescentes se puede detener el crecimiento y llegar a presentar osteopenia u osteoporosis, que

puede llevar a fracturas, aunque las pacientes sean muy jóvenes (Ibarzábal et al., 2015).

Igualmente se producen alteraciones graves de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio; estos son importantes ya que son necesarios para la producción de energía eléctrica natural del organismo. Se da la amenorrea que consiste en la pérdida de los ciclos menstruales. Hay un aumento del azúcar en la sangre que puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad. Pueden presentarse problemas en el hígado o riñones y conducir a un deterioro neurológico o mental. Callos o hematomas en los dedos de la mano, por el uso recurrente de los dedos para provocarse el vómito. Puede provocar cáncer de garganta y cuerdas vocales debido a trastornos de reflujo ácido (Muñoz, 2013).

El caso de las personas con TCA, en general reportan mayor deterioro en su calidad de vida; desde el ámbito físico presentan mayor malestar, dificultad al caminar, un Índice de Masa Corporal (IMC) superior al normopeso y un deficiente control de la glucosa en la sangre, lo que podría generar otras enfermedades como el síndrome metabólico o la diabetes, además de que tienen el doble de probabilidades de desarrollar sobrepeso u obesidad (Escandon y Garrido, 2020).

Entre aquellas que pueden ser irreversibles se encuentran el retardo del crecimiento en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epífisis, pérdida del esmalte dental, cambios en la estructura cerebral, retardo o detención

en el desarrollo puberal y dificultad para la adquisición de masa ósea (López y Treasure, 2011). Finalmente, la muerte, siendo la consecuencia más extrema por infartos de miocardio, infecciones o complicaciones gastrointestinales; debido a su debilidad física (Muñoz, 2013).

1.7.2 Psicológicas

En cuanto a las consecuencias psicológicas se ha identificado que, la malnutrición y el estrés cada vez más intenso son producidos por el rechazo a su propio cuerpo y provoca sentimientos de tristeza, irritabilidad y aislamiento social progresivo que genera un círculo vicioso y dificulta la culminación del TCA. Es una enfermedad que disminuye la calidad de vida de la persona que lo padece y de las personas que lo rodean (Ibarzábal et al., 2015).

En el caso de la BN, como ya se mencionó, la característica primordial de esta enfermedad es que la persona sufre episodios de atracones compulsivos, pero la preocupación que tiene de no ganar peso conduce hacia conductas compensatorias de control para evitar la ganancia de peso, seguidas éstas de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida de control. Estos pacientes, utilizan diferentes medios para intentar compensar los atracones, siendo el más habitual la provocación del vómito; otras conductas son: uso excesivo de laxantes o de diuréticos, el ayuno y ejercicio físico muy intenso. Todas estas conductas son realizadas con el fin de no incrementar el peso. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En forma habitual, estos pacientes desarrollan

un patrón alimentario cíclico caracterizado por abstenerse de ingerir alimentos en las primeras horas del día y comer excesivamente, seguido de conductas purgativas por la tarde o la noche. Al día siguiente, los sentimientos de culpa los llevan a reforzar la abstinencia alimenticia con la repetición del ciclo antes descrito (Méndez et al., 2008).

Por otro lado, la literatura ha señalado prevalencias altas de suicidio, ideación e intentos suicidas, así como comportamientos de autolesión no suicida (CALNS) en personas con TCA (Rodríguez et al., 2013). Se reporta que los pacientes con TCA tienen un alto riesgo de autolesionarse debido al inicio en la adolescencia o adultez temprana, mayor ocurrencia en mujeres, y el experimentar psicopatología severa asociada, como impulsividad y disociación. Entre el 25% y el 38% de las personas con TCA refieren comportamientos autolíticos. También ha sido observada la prevalencia de ideación suicida en adolescentes, encontrándose un alto porcentaje (36,27%) (Varela et al., 2017). Relacionado a esto, un estudio reportado por Muñoz (2013) demostró que las mujeres con anorexia tienen una probabilidad de suicidarse 58.1 veces mayor a la de una mujer sana equivalentemente, lo que conlleva a un riesgo elevado de mortalidad.

1.7.3 Sociales

Las personas con TCA se aíslan socialmente, se vuelven irritables, se sienten culpables o están malhumoradas. La permanente preocupación por el peso y la delgadez de quienes sufren estos padecimientos, por un lado, se extiende al entorno social, de tal modo que critican incisivamente la gordura y, por otro,

preguntan constantemente a los demás cómo se ven y se comparan insistentemente con otras personas. Como la percepción de sí mismos es distorsionada, recurren a los otros en busca de aseguramiento y corroboración (CNEGSR, 2004).

Por otro lado, el abuso y dependencia de sustancias ilegales es alto en los TCA, especialmente en la BN y cuadros afines. Al principio el uso de estimulantes (anfetaminas y cocaína) está relacionado con los intentos para reducir el apetito, después se vincula a los cuadros de BN asociada a la impulsividad. Hasta el 40% de las personas diagnosticadas (AN o BN) reconocen que abusan o dependen de alcohol o sustancias ilegales (Cala, 2014).

Al mismo tiempo, se ha detectado que más del 50% de las personas con TCA como AN y BN presentan dificultades en relación al rol social como en el uso del tiempo libre o el tiempo dedicado a las amistades y al rol ocupacional como en actividades laborales o educativas. Igualmente ha señalado que las pacientes con TCA presentan dificultad para mostrar conductas asertivas o habilidades sociales, tanto para poner límites a otras personas y diferenciarse de ellas, como para expresar juicios discrepantes de manera independiente, y a la propia comunicación de sentimientos y opiniones. Contribuyen a este déficit los rasgos de sumisión o timidez, sentimientos de inutilidad personal y necesidad de aprobación por los otros (Behar, 2010). Además, en ambos sexos el TCA se relaciona con discapacidad laboral.

También, se ha demostrado que, en el caso de mujeres sexualmente activas y con TCA, muestran peor funcionamiento sexual que mujeres en grupos control y

de forma particular, menor satisfacción sexual, esto debido a la mala percepción de su imagen corporal pues dado el grado de intimidad en la exposición del cuerpo que hay en las relaciones sexuales y la dificultad de aceptación, las mujeres con TCA recurren frecuentemente a la evitación sexual. Aunado a esto, se ha planteado también la idea de que las mujeres con TCA presentan problemas en las relaciones de pareja, especialmente en la comunicación y negociación de las relaciones sexuales (Almarcegui, 2018).

Teniendo este panorama, es muy claro que las personas que padecen alguno de estos trastornos necesitan recibir atención tanto médica como psicológica, de manera integral para tener una recuperación exitosa, por lo que a continuación se describe el tratamiento de diferentes disciplinas que trabajan en conjunto.

1.8 Tratamiento

Dado que los TCA son de origen multifactorial y pueden afectar tanto al área física, psicológica y social del individuo, tanto el diagnóstico como el tratamiento debe ser multidisciplinario, que abarque la evaluación del impacto, incluyendo médico internista o pediatra según la edad del paciente, psiquiatra, psicoterapeuta individual, familiar, nutriólogo y fisioterapeuta (Ibarzábal et al., 2015).

1.8.1 Tratamiento médico

De manera general, el tratamiento médico inicia con una valoración completa del estado físico del paciente. Se incluye: peso, talla, frecuencia y ritmo

cardíaco, tensión arterial, presencia de hirsutismo, pérdida de cabello, presencia de edemas periféricos. Se solicitan de rutina exámenes de laboratorio que incluyan: biometría hemática, electrolitos, glucosa, albúmina, lípidos, colesterol, calcio, fósforo, creatinina, urea, hormonas tiroideas, cortisol, magnesio, zinc. Con base a los resultados se planea un tratamiento y seguimiento del paciente con la finalidad de estabilizar y evitar futuras complicaciones (Secretaría de Salud [SS], 2016).

Por un lado, el tratamiento primordial del individuo con AN es alcanzar la renutrición, siempre supervisada por el médico y por el apoyo nutricional especializado (Ibarzábal et al., 2015). En cuanto a la BN, desde la perspectiva del internista, estos pacientes son menos frágiles, siendo la sintomatología digestiva la que requiere de tratamiento con mayor frecuencia. El uso de antiácidos - inhibidores de bomba de protones- y procinéticos se requiere con frecuencia. Además, se debe vigilar el estado hidroelectrolítico (Méndez et al., 2008).

En conjunto, el manejo psiquiátrico es lo que hace posible el tratamiento de los TCA, por lo que los fármacos serán parte de un manejo integral. En el caso de AN, el uso específico de antipsicóticos de segunda generación (la olanzapina es el medicamento que mayor evidencia ha adquirido) promueve una respuesta adecuada a la ansiedad, la depresión, la agresividad, la angustia y tolerancia al periodo de renutrición (Ibarzábal et al., 2015). En cuanto a la BN, la necesidad de psicofármacos es igualmente frecuente para el control de la ansiedad y de la depresión. La fluoxetina ha tenido buenos resultados como coadyuvante en el control de la compulsividad en el comer (Méndez et al., 2008). Para el TPA, los tres tipos de medicación más habituales en el tratamiento son los antidepresivos

(especialmente los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina o isrs, como la fluoxetina o la fluoxamina), los antiepilépticos (especialmente el topiramato), y los fármacos contra la obesidad, siendo los primeros los que parecen más prometedores (Gonzalez y Ormeachea, 2016).

1.8.2 Tratamiento Psicológico

Sumado al tratamiento médico en todas sus especialidades, el apoyo psicológico para el paciente debe integrarse en el tratamiento, y el objetivo será modificar las distorsiones cognitivas, fortalecer áreas de autoestima, regulación afectiva y de los impulsos, y mejorar la capacidad de integración social (Ibarzábal et al., 2015). Sin embargo, el tratamiento psicológico se determina a partir de los resultados obtenidos en la valoración psicológica completa que se lleva a cabo cuando llega el paciente a pedir ayuda. Esta incluye cuestionarios autoaplicables, entrevistas de profundidad, instrumentos sobre imagen corporal, personalidad y estado de ánimo (SS, 2016).

Las intervenciones se organizan en un programa de tratamiento con una secuenciación dependiente de la forma clínica del trastorno y del estado evolutivo en que se encuentre la enfermedad del adolescente. Las distintas modalidades terapéuticas se dividen en intensivas y no intensivas, en función del número de horas de tratamiento que recibe el paciente (Morandé et al., 2014).

Las guías internacionales recomiendan que el tratamiento se realice en forma ambulatoria en primera instancia, usando la alternativa de hospitalización para aquellos casos que no respondan ambulatoriamente, presenten alto riesgo

vital y escasos recursos psicosociales (López y Treasure, 2011).

Es importante que los pacientes con un TCA o CAR reciban información psicoeducativa al inicio del tratamiento. Algunos pacientes, sobre todo aquellos con un periodo breve de inicio de los síntomas, se pueden ver beneficiados de una intervención psicoeducativa e incluso remitir el trastorno con esta intervención. Esta aproximación se basa en el supuesto que los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria en muchas ocasiones tienen severas lagunas de información o información equivocada en relación con los factores que causan un trastorno. Se asume que los pacientes persistirán menos en los síntomas si se les hace conscientes de la evidencia científica sobre los factores que perpetúan los síntomas. Esta aproximación asume que la responsabilidad del cambio recae sobre el paciente, con el objetivo de incrementar la motivación y la conciencia de la enfermedad y en reducir la resistencia al cambio. A su vez tiene una justificación financiera, ya que es una intervención inicial de bajo costo (Unikel y Caballero, 2010).

En otra instancia, los programas de tratamiento ambulatorio pueden ser intensivos, en caso de que la atención sea diaria como la hospitalización en casa y hospital de día intrahospitalarios, o no intensivos como el tratamiento ambulatorio habitual. En cuanto a la hospitalización domiciliaria, se trata de un programa de formato familiar y de procedimientos conductuales, motivacionales y cognitivos. Es la indicación terapéutica más frecuente en la unidad de TCA de niños y adolescentes, como forma de inicio de tratamiento. Hay dos formas de hospitalización domiciliaria: la primera se extiende a seis u ocho semanas y es muy

exigente, la forma abreviada, de la mitad de duración, es menos intensiva y los pacientes se incorporan parcialmente a sus actividades habituales en una o dos semanas (Morandé et al., 2014).

En cuanto a los hospitales de día intrahospitalarios son programas intensivos de seis a ocho semanas para adolescentes con TCA, comorbilidad psiquiátrica o apoyo familiar inseguro (Morandé et al., 2014). Dentro de este servicio se aplican especialmente programas de control y normalización biológica, recuperación ponderal y monitorización de la dieta, así como programas estructurados de intervención psicoterapéutica. A lo largo del día se conforma un programa de intervenciones psicológicas, de recomendaciones conductuales, de controles y monitorizaciones que hacen que este programa sea más intensivo y eficaz que las simples consultas externas. Los programas psicoterapéuticos tienen como objetivo la reestructuración y normalización de los pensamientos alterados relativos a la dieta, la figura o el peso, así como la reorganización de la dinámica familiar y reestructurar las relaciones interpersonales del paciente (Cala, 2016).

Por otro lado, cuando estas alternativas no han sido eficaces debido a la gravedad del cuadro clínico, se opta por un ingreso hospitalario dentro de una unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil, unidades de pediatría o medicina adolescente o en unidades específicas de trastornos de la alimentación. Dentro de esta modalidad de tratamiento se diseñará un programa específico con las intervenciones terapéuticas que realizara un equipo entrenado para cumplir con los objetivos de estabilizar médicamente al paciente, la rehabilitación nutricional,

interrupción de conductas compensatorias, psicoeducación nutricional y del TCA e identificación y tratamiento de otros aspectos psicológicos que subyacen al trastorno. El alta del hospital precisa unos criterios mínimos que garanticen que se han cumplido dichos objetivos y eviten el reingreso de forma inmediata o a corto plazo (Morandé et al., 2014).

Posterior a esto y con relación a las modalidades de tratamiento no intensiva, se usan estrategias como los módulos ambulatorios y el seguimiento intervencionista. Los módulos semanales de tratamiento ambulatorio están destinados a adolescentes que han estado hospitalizados o han terminado su estancia en un hospital de día. Éste, cuenta con tres grupos que se suceden en una mañana: grupo de plan de vida, donde se realiza la evaluación de los síntomas alimentarios y de las actividades de la vida diaria, y se dan las correspondientes indicaciones médico-conductuales; grupo cognitivo conductual de pacientes y grupo psicoeducativo para padres. En cuanto al programa de seguimiento intervencionista está destinado a pacientes que han finalizado los módulos de atención ambulatoria. Los objetivos del programa son prevenir las reactivaciones o recaídas de la enfermedad y que el adolescente aprenda a hacerse cargo de su salud sin el control de su entorno. Está centrado en el plan de vida adecuado al momento evolutivo del paciente y su cumplimiento. Se ve al paciente y a sus padres cada tres meses, seis meses y al año, mientras se consigue la recuperación completa (Morandé et al., 2014).

Otro recurso que se utiliza para el tratamiento terapéutico de los pacientes con TCA son los llamados grupos de ayuda mutua (GAM). En general, están

formados por individuos que tienen un mismo problema o que se encuentran en una misma situación conflictiva. El GAM enfatiza la interacción personal y la capacidad de asumir responsabilidades por parte de sus miembros. Acostumbra a proporcionar ayuda emocional y promueve unos valores por medio de los cuales sus miembros refuerzan su propia identidad. Estos grupos ofrecen ayuda y acompañamiento emocional a la familia y a los enfermos, que facilitan paralelamente el éxito de la terapia correspondiente. Los grupos son dirigidos por facilitadores (personas que han padecido el mismo problema o situación que los asistentes) y periódicamente reciben ayuda de un profesional que supervisa la acción y aporta instrumentos para la mejora de las dinámicas del grupo (Cala, 2014). Actualmente, en México, los GAM en instituciones públicas, como centros de salud, están dirigidos a personas que padecen alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, etc., sin embargo, en instituciones privadas como la Institución Comenzar de Nuevo A.C. o Avalon Centro de Tratamiento para la Mujer, se usan los GAM como parte de los programas de tratamiento para TCA.

Igualmente existen los pisos terapéuticos. En este recurso se abordan los TCA desde una vertiente más social y se centra en un acompañamiento del paciente en aquellos procesos que implican un acercamiento a una vida y hábitos normalizados, incidiendo mucho en la prevención de posibles recaídas del TCA. En este caso, los enfermos recuperan su rutina normal de vida, la mayoría estudian o trabajan y tienen su propio horario; conviven con el resto de pacientes y comparten tareas como la limpieza; se ocupan de su alimentación elaborando sus propias comidas y haciendo la compra semanal, entre otras actividades y responsabilidades

de la vida autónoma.

Los servicios que se ofrecen en los pisos son: Alojamiento y manutención, comedor terapéutico en busca de un acercamiento saludable a la comida, asambleas de grupo, con carácter participativo con el objetivo de solucionar los problemas de funcionamiento cotidiano bajo la supervisión de un profesional del centro, tutorías individuales, intervención psicosocial grupal a través de talleres educativos y sociales, supervisión dietética y nutricional, control de medicación, la salud física y el descanso, intervención familiar para implicar el ámbito más cercano del enfermo en su curación. Los pisos terapéuticos cuentan con un equipo de profesionales formado por psicólogos, enfermeros, educadores y trabajadores sociales, médicos y psiquiatras. Según algunos estudios, el paso de los enfermos por los pisos terapéuticos favorece la transición a una vida autónoma mejorando la calidad de vida de estas personas (Cala, 2014).

Finalmente, la terapia de familia juega un papel especial en el tratamiento, ya que es una de las principales estrategias terapéuticas que ha ganado mayor evidencia científica en niños y adolescentes. Se hace necesaria la intervención del resto del equipo de especialistas, la psicoeducación en las sesiones de terapia de familiar para ayudar a la familia a entender el proceso de la enfermedad y que sean un apoyo para la recuperación (Ibarzábal et al., 2015).

Según Morandé et al.,(2014), este tipo de intervención se centra en producir cambios concretos y específicos de patrones disfuncionales en la interacción familiar, cambios de roles y reestructuración del sistema familiar.

Se refiere al proceso de enseñar una serie de habilidades específicas de afrontamiento ante diversas situaciones estresantes debidas a la enfermedad, se aplica un método compuesto por técnicas y procedimientos específicos a estos fines terapéuticos.

De acuerdo con las modalidades anteriormente descritas, existen diferentes aproximaciones psicológicas, algunos más efectivos que otros, que utilizan diferentes estrategias para lograr su objetivo terapéutico particular. A continuación, se mencionan algunos de ellos.

1.8.2.1 Psicoterapia dinámica

Las psicoterapias psicoanalíticas se sustentan en varias teorías que aportan diferentes matices sobre el ser humano y su desarrollo. Desde el modelo psicoanalítico clásico la patología es entendida como el fruto de un desarrollo evolutivo anómalo debido a carencias en las relaciones temprana (Espina, 2007).

Hilde Bruch considera que la base para los diferentes trastornos del comportamiento alimentario, se centran en los problemas en la identificación de sensaciones y emociones, en la percepción de la imagen corporal, la dependencia hacia la madre y la fragilidad de la identidad. El eje central de sus postulados radica en la relevancia que adquiere la distorsión de la imagen corporal. Esta distorsión, junto con disfunciones de tipo alimentarias son simbólicas, ya que se consideran como formas de camuflaje para diversos problemas, que no han logrado resolverse por otros medios. “Las anoréxicas

transforman su ansiedad y problemas psicológicos a través de la manipulación de la ingesta de comida y la talla”. Además, menciona que en estos trastornos se presentan problemas en su sentido de la individualidad e identidad antes de manifestarse el trastorno alimentario, necesitando ayuda en su búsqueda de autonomía. Por lo tanto, al clarificar la meta principal del tratamiento, se busca comprender el trastorno emocional subyacente del paciente involucrado con su autonomía, más que el problema de no comer (Aravena, 2016).

El abordaje que se utiliza, con buenos resultados, incluye sesiones familiares e individuales. Con la paciente se realiza una terapia dinámica acompañada de intervenciones sistémicas, parte de la sesión se dedica al análisis y manejo del atracón-vómito y el resto a abordar las otras problemáticas. En las sesiones familiares, de orientación sistémica, se trabajan los aspectos problemáticos de estas familias y el manejo de los síntomas con técnicas estratégicas, de manera que, tanto en las sesiones individuales como familiares, se integran los modelos dinámico y sistémico (Espina, 2007).

1.8.2.2 Terapia gestáltica

La corriente gestáltica considera al ser humano como un todo holístico. En este sentido, una de sus más importantes premisas indica que el tratamiento de pacientes que han desarrollado un trastorno alimentario debe ser multidisciplinar e integral: se dice integral en el sentido de favorecer las aportaciones desde distintas áreas de la persona: pensamientos, conductas, sentimientos, el cuerpo, lo biológico, lo familiar, lo social, etc. (Rubinstein, 2002).

La Gestalt ofrece ciertas ventajas en el tratamiento de estos trastornos, como por ejemplo pueda ser trabajar con el ciclo de satisfacción de necesidades partiendo de la teoría y concretando con ejercicios de gran valor vivencial y educativo. Otro valor intrínseco de la utilización de técnicas gestálticas, estriba en que promueve la integración de partes del self (del sí mismo) en conflicto, favoreciendo el darse cuenta corporal, la expresión de sentimientos a través de otros medios que no sean la palabra, el autodescubrimiento de las propias necesidades y aprender a poner límites entre uno mismo y el medio. Y sobre todo, permitir al paciente comenzar a tomar las riendas de su vida haciéndose responsable de su propio crecimiento (Rubinstein, 2002).

Para todos estos procesos, el método vivencial de la terapia Gestalt es muy adecuado. A su vez, es vital volver a poner en funcionamiento el ciclo de satisfacción de necesidades, activando su correcto recorrido y promoviendo la completa satisfacción de sus necesidades imperantes, especialmente los sentimientos “negativos” prohibidos a su conciencia hasta el momento. Para ello favorecemos la toma de conciencia de sensaciones, pensamientos y emociones, la elección de acciones adaptativas, la posibilidad de establecer contacto con el mundo exterior y consigo mismos y, por último, la retirada (Rubinstein, 2002).

1.8.2.3 Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), pone el foco de atención sobre algunas áreas de la patología como la flexibilidad psicológica, la

alta evitación experiencial, el déficit de vivencia de la experiencia sensorial y la falta de motivación. Estas variables son objetivo de cambio primordial en la terapia ACT y contrarrestan específicamente las bases centrales de un trastorno de la conducta alimentaria: pensamientos y creencias egosintónicas, estrategias de control ineficaces y el rechazo a experimentar emociones o pensamientos negativos (Casanova et al., 2018).

La ACT más que centrarse en la eliminación de síntomas, se persigue cambiar la función de los eventos psicológicos y la relación de las personas con ellos a través de técnicas como la aceptación, la difusión y el mindfulness. En este sentido, la ACT da un giro en el enfoque de la terapia: primero, no trata de cambiar o reducir pensamientos, sensaciones o recuerdos molestos, sino que se trata de alterar su función y generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. La mayoría de las estrategias de ACT son cognitivas, su uso tiene como objetivo trabajar y empoderar los valores personales (Cramer et al., 2018).

Desde la ACT los TCA se caracterizarían por una evitación experiencial, donde las pacientes centran su atención en su cuerpo y la comida como estrategia para evitar otros pensamientos y emociones que consideran fuera de su control. Desde la ACT se trata de cambiar este patrón de atención en el cuerpo y la conducta alimentaria para dejar que emerjan otros comportamientos más adaptativos. Los resultados de estos estudios sugieren que los pacientes que experimentan mejoras en atención, aceptación y evitación emocional también presentan una reducción de los síntomas de TCA, además de mostrar cambios en los niveles de flexibilidad con respecto al inicio del tratamiento (Cramer et al.,

2018).

1.7.1.1 Terapia cognitivo-conductual

Actualmente los estudios sobre tratamientos psicológicos que se consideran eficaces para los TCA muestran, por lo general, que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que obtiene mayor apoyo empírico (Celis y Roca, 2011).

El primero de los tratamientos cognitivo-conductuales protocolizado y específico para los TCA que empezó a ofrecer resultados positivos fue el propuesto por C. Fairburn para la BN a mediados de los años 80. Esta TCC-BN tiene como objetivos: reducir los atracones y las conductas compensatorias (como las de tipo purgativo que incluyen vómitos y uso de laxantes o diuréticos); modificar la tendencia a hacer dietas extremas, y cambiar las actitudes hacia el peso y la figura; además de disminuir otros síntomas asociados como: depresión, baja autoestima y deterioro en el funcionamiento social (Celis y Roca, 2011).

Y aunque se han descrito programas específicos para la AN, la BN y TPA, basados en el la TCC, lo cierto es que las técnicas utilizadas para TCA completos o subclínicos son similares. Algunas de las más utilizadas son el control de contingencias, exposición y prevención de respuesta, control de estímulos, reestructuración cognitiva, refuerzo social, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas. Sin embargo, a pesar de los buenos resultados obtenidos con la TCC, sigue existiendo un número considerable de pacientes que no se benefician en parte o totalmente de estas intervenciones, por lo que algunos autores defienden la necesidad de incluir en los tratamientos otros aspectos, como son el

abordaje de la autoestima, las relaciones interpersonales, las emociones o la imagen corporal (Tornero et al., 2014).

A esta extensión del modelo original se le ha denominado Teoría transdiagnóstica. El tratamiento derivado de la teoría transdiagnóstica de los TCA es una TCC que los autores han denominado “mejorada” (*Enhanced* - *Cognitive Behavioral Therapy*), que incluye el tratamiento de todos los TCA y que, en su versión principal, se estructura en cuatro etapas desarrolladas en un total de 20 sesiones a lo largo de 20 semanas (5 meses). A partir de la formulación de cada caso, la terapia admite distintas formas de tratamiento. Por un lado, existen dos versiones: la focalizada (*focused versión*) que se centra exclusivamente en la psicopatología propia de los TCA y la versión extendida (*broad versión*) que incluye los mecanismos adicionales (perfeccionismo clínico, baja autoestima, estados de ánimo y relaciones interpersonales). Por otro lado, se contemplan dos posibilidades en cuanto a la duración: 20 sesiones (en su versión más habitual) y 40 sesiones (en casos de peso por debajo de un IMC=17,5). Además, existen versiones con modificaciones específicas para pacientes jóvenes, una modalidad intensiva para pacientes internos y versiones para ser aplicadas en grupo (Celis y Roca, 2011).

En conclusión, de acuerdo a la evidencia, dentro de todas estas modalidades, uno de los tratamientos que ha mostrado mayor efectividad para adolescentes mayores (sobre 15 años) es la TCC la cual se focaliza en las actitudes, pensamientos y conductas que mantienen el trastorno.

El uso de manuales de autoayuda para las fases iniciales de tratamiento

también ha sido apoyado por los estudios en el área. La terapia interpersonal ha demostrado igualmente ser efectiva, pero de resultados más lentos que la TCC (López y Treasure, 2011).

Sustentando esta última idea, Saldaña (2001) realizó un análisis de varias investigaciones publicadas por un comité de expertos de la *American Psychiatric Association* respecto a los tratamientos señalados a lo largo de los años, la TCC es la más empleada y una de las que ha mostrado mayor eficacia a corto plazo tanto de forma individual como grupal, a cualquier forma de tratamiento psicológico con que se ha comparado tomando en cuenta las estrategias de reducción de estrés, la psicoterapia no directiva, la psicoterapia focal y la psicoterapia psicodinámica.

El único tipo de psicoterapia que se ha mostrado igualmente eficaz, a largo plazo, es la Terapia Interpersonal, sin embargo, aunque la TIP se mostró igual de eficaz que la TCC en la disminución de los atracones, esta última fue superior en la disminución de las conductas purgativas, la restricción alimentaria y en las actitudes negativas hacia el peso y la figura. Igualmente se ha señalado que los tratamientos cognitivo-conductuales auto aplicados deberían ser la primera forma de intervención con los pacientes con TPA ya que han mostrado ser eficaces en la reducción de éste comportamiento (Saldaña, 2001).

Por otro lado, en cuanto a la AN, aunque no existe evidencia suficiente que indique que a través de este tipo de psicoterapia se pueda tener una recuperación nutricional del paciente y para ello el tratamiento mejor establecido es la

rehabilitación nutricional, la TCC ha rendido frutos a través de la implementación de reestructuración cognitiva para el cambio de pensamientos y actitudes relacionadas con la preocupación por la comida, el peso y la silueta, además de programas conductuales que producen buenos efectos terapéuticos a corto plazo como ganancias de peso más consistentes y estancias más cortas en el hospital.

Del mismo modo, en su artículo de revisión Del Bosque y Caballero (2009), afirman que la TCC empleada en casos de AN y BN ha resultado ser el tratamiento de TCA, se menciona que en el caso de la bulimia nerviosa, de todos los tipos de manejo psicoterapéutico más adecuado ya que a través de sus técnicas cognitivas dirigidas a corregir la distorsión en los pensamientos relacionados con el consumo de alimentos y con su evitación y sus métodos conductuales cuyo objetivo es incrementar el peso, han demostrado ser efectivos además de reducir la ansiedad asociada con el cambio conductual y a lo largo del tratamiento clarificar las conexiones entre las dificultades interpersonales y la restricción de los alimentos, además de identificar las áreas deficientes en la resolución de problemas y desarrollar habilidades de afrontamiento diferentes y efectivas.

Como se pudo ver a lo largo de este capítulo, los TCA son un problema importante de salud pública que debe atenderse de manera inmediata, y aunque se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, los adolescentes son una población a la que hay que prestar especial atención, ya que son el grupo de riesgo más vulnerable a incurrir en conductas de riesgo alimentario que podrían desencadenar en un TCA, por lo que se hace necesario reconocer las CAR en la etapa de

desarrollo más vulnerable y esto ayudará a comprender los aspectos en los que se tendrá que trabajar para prevenir estos trastornos de manera más exitosa.

Adolescencia Como Factor de Riesgo de TCA

2.1 Definición de adolescencia

La adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta y tiene la misma importancia que ellas, presentando unas características y necesidades propias (Güemes et al., 2017).

La OMS (2020) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

La palabra adolescente proviene del latín “adolecere” que significa crecer o madurar, y dependiendo de la manera como transcurre esta etapa, se define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo vital, el grado de desarrollo del potencial humano y en consecuencia, el capital social al que un país apuesta (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS], 2012).

Aunque el crecimiento y maduración sea un continuum, la adolescencia se puede dividir en tres etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. Aunque este período puede ser tormentoso, la mayoría de los adolescentes lo superan sin excesivas estridencias (Casas y Ceñal, 2005).

Valadez et al., (2004), refieren que la adolescencia es un periodo del desarrollo que conlleva una gran cantidad de estrés, lleno de cambios muy importantes, en el cuerpo, en las ideas y en las emociones.

Sin embargo, ningún esquema del desarrollo puede describir adecuadamente a cada uno de los adolescentes, ya que estos no forman un grupo homogéneo. Existe una amplia variabilidad en cuanto al desarrollo biológico y psicosocial. Cada adolescente responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, influido por los diferentes factores de riesgo y protección presentes en su vida (Güemes et al., 2017).

A pesar de que cada persona vive todas las etapas de la vida de manera distinta por el contexto en el que se desarrolla, en este capítulo se exponen las características propias de la adolescencia, tanto la fisiología de la pubertad, así como el desarrollo psicosocial del adolescente.

2.2 Cambios físicos

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. La pubertad es el conjunto de cambios físicos que ocurren entre la infancia y la edad adulta. Se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis y gónadas (Casas y Ceñal, 2005).

Etimológicamente, el término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular además de alcanzar la talla adulta (Güemes et al., 2017).

Los primeros signos externos de la pubertad se ven reflejados en los signos fisiológicos de maduración sexual que no implican directamente los órganos sexuales; por ejemplo las mamas en las mujeres y los hombros amplios en los varones. Los pezones de las niñas aumentan de tamaño y sobresalen, el vello púbico, que al principio es liso y sedoso, a la larga se vuelve grueso, oscuro y rizado. Aparece en diferentes patrones en hombres y mujeres. Los adolescentes varones generalmente muestran satisfacción de encontrar pelo en rostro y pecho, la voz se profundiza, en especial en los varones, en parte como respuesta hacia el crecimiento de la laringe y en parte por la producción de hormonas masculinas. La piel se vuelve más gruesa y grasosa. El aumento en la actividad de las glándulas

sebáceas puede dar lugar a barros y espinillas. El acné es más común entre los varones y parece relacionarse con el aumento en la cantidad de testosterona (Papalia et al., 2009).

Al mismo tiempo, durante la adolescencia ocurren cambios importantes en los órganos sexuales necesarios para la reproducción. En el caso de los hombres, los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del esperma. Este fluido aparece en la apertura de la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación. Además, aparecen las poluciones nocturnas conocidas como sueños húmedos (Rice, 1997).

En las mujeres durante la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción alcalina de la niñez a una reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos. Los labios mayores, se agrandan considerablemente, igual que los labios menores y el clítoris. El monte de Venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, los ovarios incrementan notablemente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta la edad de 8

años, cierta aceleración del crecimiento desde esa edad hasta el momento de la ovulación y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Comienza a menstruar a la edad promedio, de 12 o 13 años, aunque la maduración puede ocurrir considerablemente antes o después (Rice, 1997).

Por otro lado, el crecimiento de niños y niñas es diferente, lo cual se manifiesta no sólo en las tasas de crecimiento sino también en la forma en que se produce. Un niño se hace más grande en general: sus hombros son más anchos, sus piernas más largas en relación al tronco y sus antebrazos son más largos en relación a la parte superior del brazo y a su estatura. La pelvis de la niña se ensancha para facilitar la maternidad y bajo su piel se acumulan capas de grasa, lo que le da una apariencia más redondeada. En ellas, la grasa se acumula dos veces más rápido que en los varones. Dado que cada uno de esos cambios sigue su propio programa, algunas partes del cuerpo pueden estar fuera de proporción por un tiempo. Esos sorprendentes cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas.

A la mayoría de los adolescentes les preocupa más su apariencia que cualquier otro aspecto de su persona y a algunos no les gusta lo que ven en el espejo, pues surgen dificultades para aceptar su nuevo cuerpo ya que muchas veces se observa un claro aumento de masa corporal, poco acorde con el estereotipo de belleza asociado a la delgadez por lo que puede surgir una gran insatisfacción de su aspecto físico. Como veremos más adelante, esa insatisfacción puede dar lugar a problemas alimentarios (Papalia et al., 2012).

Finalmente, es importante resaltar que el desarrollo físico viene acompañado de cambios en el aspecto psicológico y social, que se abordarán en las siguientes páginas, cabe mencionar que las características de este desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes culturales (Gaete, 2015).

2.3 Cambios psicológicos

Los procesos psicológicos de la adolescencia comienzan en general con la pubertad y los importantes cambios corporales que trae consigo. El desarrollo psicológico de esta etapa se caracteriza por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, que disminuye progresivamente, dando paso a un punto de vista sociocéntrico (propio de la adultez) a medida que la persona madura. Además, va variando en su naturaleza, calidad y características desde la infancia a la adolescencia, a medida que el desarrollo cognitivo progresa (Gaete, 2015).

La tarea central de este período fue definida por Erikson como la búsqueda de la identidad. Dicha identidad hace a la persona diferente tanto de su familia, como de sus pares y del resto de los seres humanos. El proceso de identidad se va dando desde la infancia y continúa ajustándose a lo largo del ciclo vital, para el adolescente no es fácil, pues implica transformaciones de su singularidad para

construirse socialmente y escoger nuevos objetos de amor y definir un proyecto de vida, lo cual, involucra aspectos como: aceptación del propio cuerpo, conocimiento objetivo y aceptación de la personalidad, identidad sexual, identidad vocacional, identidad moral - ideología, valores propios y filosofía de vida. En otras palabras, la necesidad y búsqueda del adolescente en dar sentido al yo, es parte del proceso sano y trascendental de la vida, donde el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona y ayuda a adaptarlos a las demandas de la sociedad (González, 2020).

Por otro lado, además del crecimiento físico, los y las adolescentes experimentan un aumento súbito en su habilidad de pensar. Antes de la adolescencia, el pensamiento de los niños y niñas se caracteriza por la necesidad de tener un ejemplo concreto, es decir, se limita a lo que es real y físico. Durante la adolescencia, las personas jóvenes empiezan a reconocer y entender las abstracciones, entonces su pensamiento se vuelve más formal (MSPBS, 2012). Por lo tanto, el desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal.

En este sentido, la toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. Estos cambios se manifiestan frecuentemente como un «soñar despierto», que no solo es normal, sino además importante para el desarrollo de la identidad, porque le permite al adolescente representar, explorar, resolver problemas y recrear importantes aspectos de su vida (Gaete, 2015).

La velocidad con que procesan la información sigue aumentando. Aunque en ciertos sentidos su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, además de poder hacer planes más realistas para el futuro (Papalia et al., 2012).

El proceso del crecimiento cognitivo incluye también el pensamiento abstracto, el pensamiento hipotético y la lógica. Este desarrollo cognitivo permite que las personas adolescentes puedan, entender el contexto social de sus comportamientos, considerar alternativas y consecuencias al tomar sus decisiones, analizar la credibilidad de la información, meditar sobre las implicancias de sus acciones en el futuro y controlar sus impulsos. Los y las adolescentes se interesan en problemas que tienen que ver con su realidad cercana, desarrollan su capacidad crítica, piensan en valores y consecuencias a largo plazo, disfrutan de la capacidad de reflexionar y exploran sus sentimientos y pensamientos, entre otras cosas. Todo esto les permite tener posiciones propias, las cuales defienden y cuestionan ante las personas adultas que ocupan algún lugar de autoridad, como los padres, madres o profesores. Estas habilidades cognitivas se desarrollan a través del tiempo y no ocurren en un momento preciso. Un adecuado desarrollo de este proceso puede motivar la toma de decisiones que llevan a comportamientos saludables, mientras la inmadurez cognitiva frecuentemente lleva a comportamientos tales como sentirse invencible, sin poder visualizar las consecuencias negativas que ciertas acciones podrían causar (MSPBS, 2012).

Por lo tanto, en el camino a la madurez, asumen una o más conductas que

los exponen al riesgo físico, social o educativo. En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras, sin embargo, gradualmente los y las adolescentes desarrollan una serie de auto-controles de comportamiento por los cuales miden qué conductas son aceptables social y personalmente (Rosabal et al., 2015).

También ocurren otros fenómenos como la labilidad emocional con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta, una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Además, aumenta la habilidad de expresión verbal y en el ámbito vocacional, los jóvenes presentan metas no realistas o idealistas. Por otro lado, esta etapa aumenta el nuevo sentido de individualidad, sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos

de los demás y de preocuparse por los otros (Gaete, 2015).

En este sentido, el comportamiento de las y de los adolescentes no solo está influenciado por el desarrollo cognitivo y de personalidad, sino también por factores emocionales como la autoestima, entendida como la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo, es un determinante importante en el desarrollo emocional y es considerado un factor protector que ayuda a enfrentar y resolver situaciones difíciles. Los adolescentes que desarrollan niveles altos de esta, muestran un mayor control de sus impulsos, con más frecuencia se auto refuerzan y refuerzan a otros, se auto afirman, son persistentes en la búsqueda de soluciones constructivas, poco agresivos y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo, en cambio, la baja autoestima es uno de los principales factores de riesgo para que los adolescentes incurran en prácticas dañinas como el alcoholismo y el uso de drogas, además de que es también uno de los principales factores asociados a trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismos. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima como producto de inferencias y creencias, muchas de ellas sujetas a distorsiones (Moreno y Rosas, 2009).

Además, la adolescencia tiene que ver con la actitud que la persona adolescente tiene hacia su propio cuerpo (autoimagen) y con el valor y aprecio hacia su persona. Sentirse capaz, valorada y amada va a ser importante para que empiece a desarrollar seguridad en sí mismos (MSPBS, 2012). De esta manera, la

adolescencia es la etapa más vulnerable para la aparición de problemas con la percepción de la imagen corporal ya que en estas edades la apariencia física es uno de los temas de mayor preocupación y está determinada por factores internos y externos, por el género y por las normas de belleza de la sociedad. Por lo tanto, la imagen corporal en esta etapa es de vital importancia por los cambios que se suscitan durante este periodo pudiendo reflejarse de manera positiva o negativa, de allí que cuando es de forma negativa pueden presentarse alteraciones como la insatisfacción o distorsión corporal (Duno y Acosta, 2019).

Al respecto, Duno y Acosta (2019) definen la imagen corporal como la representación mental y consciente que cada individuo construye y percibe de su cuerpo. Esta se refiere a la configuración global del individuo y es influenciada por múltiples elementos como los perceptivos, cognitivos, conductuales, emocionales y culturales. La imagen corporal es construida a partir de la historia psicosocial de las personas, además depende del autoconcepto y de la autoestima de cada individuo, por lo que es considerada móvil y variable durante la vida, sin embargo cuando se desarrolla una imagen corporal negativa en el adolescente, pudiera conllevar a la práctica de ejercicios extenuantes e inadecuados, adoptar diferentes patrones de dieta y así desencadenar la presentación de diferentes trastornos de la conducta alimentaria, pudiendo presentar malnutrición por déficit con sus complicaciones y trastornos psicológicos.

Por lo tanto, la imagen corporal está íntimamente asociada con la autoestima ya que, si los adolescentes se centran demasiado en lo que les

disgusta de su aspecto físico, su autoestima no se desarrollará sanamente, al igual que la confianza en sí mismos. Tener una imagen corporal positiva significa sentirse bastante satisfecho del propio aspecto físico, valorando el propio cuerpo por sus capacidades y aceptando sus imperfecciones. Conocer los propios gustos, intereses, metas y poder alcanzar los objetivos personales puede ayudar a que se sientan capaces y fuertes. Una actitud positiva y un estilo de vida saludable (como hacer ejercicio y comer bien) son una combinación para desarrollar una alta autoestima en esta etapa (Gimenez, et al., 2013).

Más adelante, en el proceso de convertirse en adultos, los adolescentes desarrollan gradualmente más objetividad y perspectiva cognoscitivas. Empiezan a disminuir sus expectativas idealistas y a ser más objetivos, que es el inicio de la vida adulta (Rice, 1997).

Debe destacarse que el desarrollo no llega a su fin con el término de la adolescencia y que el adulto joven que emerge de este proceso no es un «producto acabado». El desarrollo es un proceso que tiende a continuar a lo largo de toda la vida, por lo que, si bien los cambios futuros pueden no ser tan rápidos y tumultuosos, los adultos jóvenes se verán enfrentados a otras tareas del desarrollo tales como la adquisición de la capacidad para establecer relaciones íntimas estables, cuyo logro dependerá en gran parte de la resolución saludable del proceso adolescente (Gaete, 2015).

2.4 Cambios sociales

Los cambios de índole social en la adolescencia se encuentran a la base de

la necesidad de adquirir autonomía e independencia y de construir la propia identidad. El logro de la independencia implica un replanteamiento de las relaciones de los adolescentes con sus padres dirigido a construir mayor libertad y flexibilidad. Estos cambios suelen provocar tensión y ansiedad, ya que los padres muchas veces se resisten a cambiar reglas familiares que han funcionado bien en el pasado, mientras que los adolescentes desean cambiar precipitadamente todas las reglas: quieren más libertad para tomar decisiones sobre su apariencia, su vida social, hábitos de alimentación, programas de televisión, etc. Sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas. El grupo de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar (García, 2012).

El involucramiento con los pares se caracteriza por el contacto principalmente con aquellos del mismo sexo y la aparición de la necesidad de amistades exclusivas con quienes divertirse y compartir secretos. Estas son idealizadas con frecuencia y pueden volverse intensas, generándose fuertes sentimientos de cariño hacia determinados pares, que pueden incluso llevar a dudas, temores, exploración y/o relaciones homosexuales. Debe destacarse que en esta etapa existe una importante susceptibilidad a la presión de los pares (Gaete, 2015).

Entonces, para lo adolescentes obtener la aceptación de los grupos sociales se convierte en una poderosa motivación en la vida de los adolescentes y una meta principal del adolescente es ser aceptado por los miembros de un grupo por el que se siente atraído. En esta etapa los adolescentes son sensibles a las críticas o a la

reacción negativa de los demás. Les preocupa lo que las personas piensan porque desean ser aceptados y admirados por ellas; además, el valor que se atribuye es en parte un reflejo de la opinión de los demás (Rice, 1997).

Por ello, los jóvenes dedican mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto (peinado, maquillaje, ropa, tatuajes y piercing pasan a ser muy importantes) y con su comportamiento. En este período se toma conciencia de la orientación sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. Estas son habitualmente breves y utilitarias, predominando en ellas la exploración, la búsqueda, la descarga de impulsos sexuales y el egocentrismo. Las relaciones de pareja pueden también comprender fantasías idealistas y románticas. Por último, en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales con cierta frecuencia (Gaete, 2015).

En este sentido, verse a sí mismo como un ser sexuado, reconocer la propia orientación sexual, aceptar los cambios sexuales y establecer vínculos románticos o sexuales, son aspectos que acompañan a la adquisición de la identidad sexual. La conciencia de la sexualidad es un aspecto importante de la formación de la identidad, que afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo. Si bien éste es un proceso impulsado por factores biológicos, su expresión está definida en parte por la cultura (Papalia et al., 2012).

Además, durante la adolescencia la amistad tiene una función estratégica, pues es un factor relevante en la socialización de los adolescentes, puede ser un

medio para aprender habilidades sociales y juega un papel central en la búsqueda del adolescente del conocimiento y la definición de él mismo. La amistad es importante para lograr la emancipación de los padres, el establecimiento de relaciones heterosexuales y la afirmación de la identidad. Más aún, carecer de amigos o tener con éstos relaciones conflictivas permite predecir posteriores problemas psicológicos. Los amigos son una fuente importante de compañía y recreación, comparten consejo y posesiones valiosas, fungen como confidentes y críticos confiables, actúan como aliados leales y proporcionan estabilidad en tiempos de estrés o transición (Rice, 1997).

Al mismo tiempo, estas relaciones sociales influyen significativamente en la estima corporal del individuo y pueden llegar incluso a ser un factor de riesgo, pues en ocasiones puede ser un influyente negativo, por la presión de los compañeros para alcanzar una delgadez, comportamientos de dieta, conversaciones sobre la dieta, apariencia, burlas, modelado de iguales y la comparación social.

La influencia de los pares es una contribución importante para que la persona interiorice un modelo estético dominante, en el caso específico de los varones, se ha visto que la baja estima corporal ha estado relacionada con las malas habilidades sociales y con una menor competencia social; mientras que en el caso de las mujeres se vincula también con una baja percepción de habilidades sociales. Aunado a esto, mediante las conversaciones que se dan entre los individuos y sus pares, se lleva a cabo una retroalimentación negativa, dando lugar a una alta valoración de la apariencia física, misma que se ve asociada con efectos

psicológicos dañinos en el individuo, debido a la gran importancia que le dan, lo que conlleva a una baja estima; por otro lado, cuando se genera una competencia entre estos, se puede generar un efecto negativo, ya que al existir comparación social, se influye directamente sobre un ideal corporal, afectando la satisfacción que tengan los individuos sobre sí mismos y esto puede desencadenar una serie de conductas de riesgo que pueden terminar en el desarrollo de algún TCA (Martínez, 2018).

Por otra parte, en la actualidad, no se puede negar la influencia de los medios masivos de comunicación en el desarrollo de los adolescentes ya que proveen a los jóvenes educación informal que en su mayoría es más atractiva; ya que esto contraviene más que nunca en la educación de las nuevas generaciones, producen gustos y tendencias en públicos de todas las edades e incluso influyen en la manera como se relacionan consigo mismo, y con sus semejantes (Senseto, 2015). En este sentido, desde su aparición los medios de comunicación han servido para informar, educar, entretener y para vender productos, dentro de los cuales están los alimentos, siendo estos de buena o deficiente calidad nutricional. El impacto entre la población adolescente de programas de TV sobre todo videos musicales influyen en estas tendencias del cuerpo ideal. También hay que tener en cuenta, que las propagandas, publicidades y modelos de los cuerpos “a igualar”, pueden influenciar demasiado en personas patológicas o que estén en riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario. Debido a que los TCA han incrementado notablemente en los últimos tiempos en adolescentes, un factor que predispone son los medios de

comunicación ya que se ha demostrado que pueden ejercer influencia social en los adolescentes por los modelos estéticos que estos medios presentan (Ruiz y Reynaga, 2017).

Con el surgimiento del internet y la creación de las redes sociales, los adolescentes han obtenido una considerable cantidad de nuevos contextos en los que crean diversas identidades que van cambiando con mucha rapidez y que pueden afectar al desarrollo personal, dependiendo de cómo sea el uso que se les dé a estas aplicaciones (el tiempo que le dedican, el tipo de red social, etc.) pero también es determinante el tipo de retroalimentación que reciban de éstas ya que puede ser beneficioso, y también perjudicial para algunos de los jóvenes pues se ha comprobado que las redes sociales pueden llegar a tener un impacto negativo en la autoestima y en la satisfacción con la imagen corporal. En este sentido, las redes sociales, en concreto aquellas que están destinadas a la publicación de fotografías, juegan un papel muy importante. Esto es debido a que, en estas plataformas, las imágenes que se ofrecen intentan mostrar un perfil lo más perfecto posible. Esto puede generar inseguridades en los usuarios que visualizan el contenido, pudiendo llegar a provocar conductas que pueden dañar la salud con motivo de cambiar algún aspecto físico mediante dieta o deporte excesivo (Romo, 2020).

Por otro lado, a medida que los niños crecen y alcanzan niveles cognitivos superiores, adquieren la capacidad de razonar de manera más compleja sobre temas morales. Sus tendencias hacia el altruismo y la empatía también aumentan. Los

adolescentes son más capaces que los niños pequeños de asumir la perspectiva de otra persona, resolver problemas sociales, lidiar con relaciones interpersonales y verse a sí mismos como seres sociales. Todas estas tendencias fomentan el desarrollo moral (Papalia et al., 2009).

También la conducta prosocial suele incrementarse de la niñez a la adolescencia. Las niñas suelen mostrar más conducta prosocial que los niños, diferencia que se hace más pronunciada en la adolescencia. Las niñas suelen considerarse más empáticas y prosociales que los varones, y sus padres otorgan mayor importancia a la responsabilidad social. Cerca de la mitad de los adolescentes participan en algún tipo de servicio comunitario o actividad de voluntariado, actividades prosociales que les permiten involucrarse en la sociedad adulta, explorar sus roles potenciales como parte de la comunidad y vincular su sentido de identidad en desarrollo a la participación cívica. Los adolescentes voluntarios suelen tener un alto grado de autocomprensión y de compromiso con los otros. (Papalia et al., 2012).

Finalmente, es importante mencionar que en las últimas décadas, la investigación en torno a la adolescencia ha sufrido un importante cambio de paradigma al centrar el foco de análisis del desarrollo individual en los contextos sociales en los que tiene lugar el desarrollo físico, cognitivo y emocional del adolescente, y el contexto familiar ha recibido una especial atención debido a la incuestionable importancia que posee la familia como unidad social básica, encargada de facilitar y proteger los procesos de crecimiento y aprendizaje de sus

descendientes que se encuentran a su cuidado (Valadez et al., 2004). Por ello, a continuación, se hablará acerca de la importancia de la familia en esta etapa del desarrollo.

2.5 Adolescencia y familia.

La familia es el grupo humano al cual se pertenece primariamente, situación que se determina por el nacimiento o la adopción. Un primer signo del vínculo entre el individuo y su familia es el nombre que representa la pertenencia a una familia determinada, así como una realidad social, que a la vez proporciona especificidad, la cual es definitiva, no intercambiable. En consecuencia, la individualización se desarrolla con base en una dinámica de relaciones que se dan al interior de una familia, sean éstas afectivas o no, es por ello que este grupo humano constituye la base de la afectividad individual, cuya importancia es fundamental para el desarrollo equilibrado de la personalidad humana; de esta forma, la interacción armoniosa de los padres entre sí y hacia los hijos favorece en forma importante el desarrollo armónico (Valadez et al., 2004).

En este mismo sentido, la familia es la principal influencia socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. Por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales (Rice, 1997).

Al hablar de la familia, se habla de un fenómeno históricamente cambiante en sus formas de organización y su manera de agruparse; sin embargo, la distinción más conocida de los tipos de familia se refiere a la familia extensa y a la familia conyugal o nuclear. Se considera familia extensa a aquella que sigue una línea de descendencia y considera como sus miembros a personas de todas las generaciones. De manera diferenciadora, la familia nuclear o conyugal está conformada por la pareja y los hijos no adultos. Al crecer, los hijos forman su propia familia, de tal manera que el núcleo familiar se vuelve a reducir a la pareja que la formó originalmente (Villarreal et al., 2016).

A lo largo del tiempo, la familia ha cumplido funciones significativas en distintos contextos culturales y con características específicas de acuerdo con las demandas del entorno. En décadas recientes se han producido cambios significativos en su estructura, su tamaño, las relaciones entre sus integrantes y sus vínculos con otras instituciones y grupos. Una de las transformaciones más marcadas es la creciente pluralidad de tipos de familia y la variedad cada vez más evidente de sus formas de organización (Oudhof, et al., 2019).

Sin embargo, sea cual sea la estructura familiar, los miembros de este grupo interactúan en forma constante, estableciéndose entre ellos una serie de lazos de interdependencia (Valadez et al., 2004). Por lo anterior cualquier situación que afecte a un miembro se extenderá, afectando al resto de la familia, por lo cual todos y cada uno de sus miembros tendrán que alterar su comportamiento a fin de compensar los déficits que pueden resultar de la alteración que padece otro miembro. El sentido de los cambios que puede experimentar una familia puede

variar y conducir a los miembros hacia una situación altamente productiva o a la inversa, alterar a tal grado que resulte en una conducta negativa y destructiva por parte del adolescente.

Es importante mencionar que la familia sigue siendo la única institución que cumple simultáneamente varias funciones clave para la vida de la persona y la vida en sociedad. Se trata de funciones ‘sociales’ pero que ninguna institución social, aparte de la familia, es capaz de aglutinar y hacer funcionar simultáneamente. La familia es, por tanto, una institución que economiza muchos medios y recursos, que ordena y regula los aspectos del individuo que a continuación se enumeran (Villarreal et al., 2016):

1. La conducta sexual, a través de una serie de normas y reglas de comportamiento, como la ‘prohibición’ del incesto o del adulterio.
2. La reproducción de la especie con eficacia y funcionalidad.
3. Los comportamientos económicos básicos y más elementales; desde la alimentación hasta la producción y el consumo.
4. La educación de los hijos, sobre todo en las edades más tempranas y difíciles como lo son la infancia y la adolescencia.
5. Los afectos y los sentimientos, a través de la expresión íntima y auténtica de los mismos estableciendo mecanismos de socialización y control del comportamiento de los hijos.

Enfatizando en la función de socialización, se puede decir que comprende dos aspectos fundamentales: un aspecto de contenido (qué es lo que se transmite) y un aspecto formal (cómo se transmite). El primero hace referencia a los valores inculcados en la familia, que dependerán de los valores personales de los padres y del sistema de valores dominante en el entorno sociocultural más amplio. El aspecto formal se conoce con el nombre de disciplina familiar y se refiere a las estrategias y mecanismos familiares que se utilizan para transmitir los contenidos. Estas estrategias y mecanismos varían de unas familias a otras, por lo que para su mejor comprensión se han desarrollado distintas tipologías de los estilos parentales de socialización, como veremos a continuación (Villarreal et al., 2016).

Utilizando el modelo de Baumrind, existen tres estilos educativos diferentes de los padres en el ámbito familiar: estilo autoritario, el cual no utiliza el afecto y el apoyo. Se basa en el control firme, la imposición de normas y el uso de castigos. Los padres que utilizan este estilo pueden favorecer valores deterministas y de conformidad, e inhibir valores de autodirección y estimulación. Al adolescente sólo se le exige sumisión ante la norma impuesta, de forma que no hay un proceso de integración de esta como propia y sus efectos son poco duraderos. Estilo democrático que tiene como principios básicos el respeto, la exigencia adecuada, el castigo razonable, el control firme, la negociación y aplicación de normas, y el refuerzo de los comportamientos deseados más que el castigo de los no deseados. Los padres democráticos promocionan valores de autodirección y valores prosociales. La interiorización de normas y de valores requiere que el hijo

no sólo capte el mensaje de los padres, sino que además lo haga suyo y lo utilice. Por último, el estilo permisivo que se caracteriza por la falta de control y de límites, la tolerancia y la renuncia a influir en los hijos. Los padres permisivos fomentan valores de autodirección como la autonomía y la independencia e inhiben valores prosociales como la solidaridad o la justicia (Montañes et al., 2008).

El estilo de crianza democrático se ha definido como la mejor forma para educar a un hijo o hija, porque favorece las interacciones familiares que promueven en los niños y adolescentes el desarrollo de habilidades tanto personales como sociales. Las acciones de los padres hacen sentir a sus hijos o hijas seguros, ya que saben que sus padres los quieren y lo que esperan de ellos, produce en general, efectos positivos en la socialización: desarrollo de competencias sociales, índices más altos de autoestima y bienestar psicológico, un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos, entre otras. Estos niños suelen ser interactivos y hábiles en sus relaciones con sus iguales, independientes y cariñosos (Jorge y Gonzales, 2017).

No obstante, la adolescencia trae consigo desafíos especiales. Así como los adolescentes sienten cierta ambivalencia ante la dependencia de sus padres y la necesidad de desprenderse de ellos, los padres quieren que sus hijos sean independientes, pero les resulta difícil dejarlos ir. Por lo tanto, deben encontrar equilibrio entre dar a los adolescentes independencia suficiente y protegerlos de juicios inmaduros. Las tensiones pueden provocar conflictos en la familia y los

estilos de crianza pueden influir en su forma y resultado. La supervisión eficaz depende de cuánto permitan los adolescentes que sus padres sepan de su vida cotidiana, revelaciones que pueden depender de la atmósfera que los padres hayan establecido. Además, igual que con los niños más jóvenes, las relaciones de los adolescentes con los padres son afectadas por la situación de vida de estos últimos, su trabajo y su estatus marital y socioeconómico (Papalia et al., 2012).

Igualmente, la edad se convierte en un poderoso agente de vinculación en la adolescencia. Los adolescentes pasan más tiempo con los compañeros y menos con la familia. Sin embargo, los valores fundamentales de la mayoría de ellos permanecen más cercanos a los de sus padres de lo que en general se percibe. Incluso cuando los adolescentes encuentran en sus amigos compañía e intimidad, buscan en los padres una base segura a partir de la cual puedan “probar sus alas” de manera muy parecida a lo que hacen los niños pequeños cuando empiezan a explorar un mundo más amplio. Los adolescentes más seguros tienen fuertes relaciones de apoyo con los padres que están en sintonía con la forma en que los jóvenes se ven a sí mismos, permiten y estimulan sus esfuerzos por lograr la independencia y ofrecen un puerto seguro en tiempos de estrés emocional (Papalia et al., 2012).

En conclusión, la familia constituye una importante influencia para el desarrollo y el ajuste adolescente por lo que se hace necesario que los padres se esfuercen en aumentar su competencia, mejorar su estilo parental y la forma de relacionarse con sus hijos. Esto podría contribuir a la reducción de muchos de los

problemas de ajuste interno y externo característicos de los adolescentes y les facilita una transición más saludable al mundo adulto (Oliva, 2006).

Esto incluye tanto su forma de interactuar y relacionarse con otros, los buenos o malos hábitos que adquiriera como incurrir en el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, hábitos de higiene, así como la forma en que cuidan su salud sexual y reproductiva o la salud nutricional y por lo tanto los hábitos en la alimentación que se van a adquirir. Respecto a esto último, al ser la familia el primer círculo social con el que un individuo se relaciona, este mismo será el que sienta las bases de la conducta alimentaria mediante los modelos familiares que reciba el individuo, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

Influencia de la Conducta Alimentaria Materna en el Desarrollo de TCA

3.1 Familia y conducta alimentaria

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Esta conducta se adquiere mediante la experiencia con la comida y la imitación de modelos familiares, viéndose implicadas tanto a las emociones que rodean al acto de comer como los rasgos culturales. Por lo tanto, la familia representa ese entorno social que rodea a la persona en su niñez y que proporcionará la mayor parte de la información relacionada con la alimentación, actitudes con el peso y apariencia física, que repercutirá posteriormente en la adolescencia (Alvarez, et al., 2014).

La CA que se presenta en las primeras etapas de desarrollo es el resultado de la relación entre la actitud interna del individuo, tal como los sentimientos frente a la alimentación; así como las influencias externas dadas por el ambiente, horarios, lugar y duración de las comidas, compañía e interacción con el cuidador que rodean el acto de alimentación.

Todos estos factores condicionan que una conducta alimentaria pueda ser adecuada o no y por esta razón, modificaciones sencillas sobre estos elementos con frecuencia y en gran medida mejoran la ingesta del niño (Papp y Campos, 2010).

En esta misma línea Velandia et al., (2011), menciona que el consumo de alimentos está determinado por el entorno donde el

individuo y las comunidades en que se desenvuelve. La familia, instituciones educativas, empleo, condiciones económicas, cultura y las políticas públicas son factores que influyen este aspecto convirtiéndose en muchas ocasiones, en una barrera para el consumo de alimentos saludables para niños y adolescentes.

Además de esto, es eminente la influencia de padres frente al consumo, ya que son ellos quienes crean el ambiente nutricional y alimentario de sus hijos y, por tanto, influyen en sus hábitos de alimentación y en la cantidad de alimento a ingerir, dado que se implementan reglas, brindan información y modelan el comportamiento; por lo tanto, influyen en la disponibilidad del alimento en el hogar y en los sentimientos de aprobación o ejemplo de las relaciones con el alimento. Los padres influyen en las elecciones de alimentos, a través de su presencia en los tiempos de comida, la inclusión de diversas preferencias alimentarias dentro de los menús diseñados en casa, esfuerzo y habilidades de preparaciones de alimentos, así como por aspectos concernientes a salud y finanzas del hogar. No obstante, hay una condición de la que mucho se ha hablado y es la referente a la mediación que hace el padre entre el alimento y el consumo por de su hijo, la cual frecuentemente es asociada a una estrategia de presión. Estas estrategias que utilizan los padres para favorecer el consumo abarcan estímulos neutrales, razonamientos, premios y chantajes. Sin embargo, los resultados de estas estrategias no siempre son los mejores (Díaz, 2014).

Al respecto Moreno y Galiano (2015), mencionan que existen evidencias

que cuando los padres controlan excesivamente la alimentación de sus hijos, estos tienen una peor regulación de su ingesta calórica, por lo que el control familiar rígido, coercitivo o estricto de la dieta, es un factor negativo para su respuesta a la densidad calórica. Por tanto, el sistema de sobornos, premios y recompensas para que el niño coma, podría actuar negativamente sobre la regulación de la ingesta energética. Por ello, es recomendable un ambiente familiar no coercitivo con el fin de conseguir una adecuación de la ingesta a las necesidades. Una conducta positiva y proactiva por parte de los padres (por ejemplo, preparando la comida juntos) en estas edades se asocia al establecimiento de hábitos de vida saludables.

Por su parte Godoy et al., (2018), mencionan que las prácticas familiares reflejan las creencias y actitudes respecto a los hábitos alimentarios (HA). En este contexto, el modelamiento que dan los padres a sus hijos puede tener resultados positivos o negativos, dependiendo del comportamiento de los padres y de qué acciones son imitadas por los hijos. Un mayor consumo de alimentos saludables en los padres se ha asociado a efectos positivos en el desarrollo alimentario de los hijos, pero también pueden ser negativos; por ejemplo, un mayor consumo de alimentos no saludables o elevados niveles de restricción alimentaria.

Con respecto a esto último, se ha mencionado que hay muchas variables dentro del entorno familiar que pueden afectar a la conducta alimentaria de los niños y adolescentes, desde las formas de convivencia, el apoyo percibido, la estructura familiar, los hábitos aprendidos e incluso el propio comportamiento

alimentario de los padres (Tejeda y Neyra, 2015).

En cuanto al ambiente que rodea la hora de la comida, hay que mencionar que la creación de patrones de alimentación posibilita la interacción social entre los miembros de la familia reforzando hábitos alimentarios saludables y previniendo conductas alimentarias problemáticas o, por el contrario, favoreciendo el establecimiento de creencias erróneas o la asociación entre emociones negativas y la alimentación. A todo ello, añadimos la conducta sobreprotectora y el exceso de control por parte de los padres, lo que genera un ambiente negativo durante la comida, creándole al niño o adolescente la sensación de dependencia por parte de los padres, utilizando como único recurso de autoridad el control sobre su propio cuerpo, agravándose cuando existe insatisfacción corporal tanto en hombres como mujeres (Álvarez et al., 2014).

Por otro lado, la interacción entre prácticas de alimentación por parte de los padres y las conductas alimentarias de sus hijos en un ambiente emocional adecuado, caracterizado por la validación emocional, la receptividad a las necesidades, y un contexto apto para el aprendizaje de conductas en la mesa, es esencial para establecer vínculos con el entorno en general, con las demás personas y con los alimentos (Castrillon y Giraldo, 2014).

En este sentido, la familia juega un rol preponderante en la forma en que los niños y adolescentes se alimentan, en sus preferencias y rechazos hacia determinados alimentos y en las actitudes que en general presentan hacia su cuerpo y la alimentación (Silva et al., 2013). Al respecto Behar y Arancibia

(2014) refieren que en niños y adolescentes con problemas alimentarios se han distinguido dos variables significativas del ambiente familiar: desorganización en los horarios de comida y un fuerte control materno, mediadores de la asociación entre el TCA infantil y maternal. Asimismo, niveles maternos más altos de comportamientos y preocupaciones en torno a su peso, se asociaron con mayor insatisfacción corporal y prevalencia de conductas para adelgazar en muchachas adolescentes, por lo tanto, la manera en que las madres deciden cómo alimentar a sus hijos depende en gran medida de sus actitudes hacia el propio cuerpo, el peso corporal y la alimentación, y de ello también depende el tipo de control alimentario que ejercen sobre sus hijos.

3.2 Rol materno en la alimentación

En este sentido, es importante mencionar que, en el núcleo familiar y en la mayoría de los casos, la madre es quien cumple un rol preponderante en la definición del estilo alimentario, a través de la transmisión de prácticas y gustos a sus hijos y otros miembros del hogar, lo que ha dado paso a hablar de la “feminización del consumo alimentario”. Sobre esto, se ha señalado que aquellas madres que tienen un mayor conocimiento nutricional, proveen a sus hijos de una alimentación más saludable; por el contrario, se ha advertido que los trastornos alimentarios maternos influyen directamente en la conducta alimentaria de sus hijos (Godoy et al., 2018).

Tal como lo mencionan Osorio et al., (2002), la madre es la responsable de incorporar a su hijo a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia.

Este rol lo ejerce con la participación de un entorno familiar variable. Por ejemplo en ambientes pobres, es frecuente que la familia sea de tipo extendida, donde la madre vive de allegada en el hogar de los abuelos, junto a sus hijos y al padre de sus hijos. En esta situación la crianza del niño, incluyendo su alimentación, es compartida con la abuela o asumida directamente por ésta. En ambientes socioeconómicos medios o altos aumenta la frecuencia de trabajo de la madre fuera del hogar en una familia de tipo nuclear, por lo que el desarrollo de la conducta alimentaria pasa a ser compartida con una asesora del hogar o en un jardín infantil. Los niños desde muy temprana edad están capacitados para establecer una íntima relación recíproca con la figura primaria que lo cuida y como se ha mencionado, con frecuencia es la madre; esta relación de apego establecida en el primer semestre de la vida, es determinante en la adquisición de su conducta alimentaria y de su adecuado desarrollo posterior.

3.3 Hábitos alimentarios maternos y su influencia en las CAR de sus hijos

Según Gutiérrez y Sánchez (2006), estudios realizados en México sugieren que la comida que consumen las madres determina el consumo de sus hijos por el establecimiento de hábitos y por la familiaridad con sabores experimentados a edades tempranas. Aparentemente, los alimentos que consume la madre durante el embarazo y la lactancia resultan mejor aceptados por los niños aunque muchas madres no notan que su propia relación con la comida modela la de sus hijos y pueden establecer reglas que generan malos hábitos.

Con base en lo anterior se puede decir que la figura materna contribuye al modo de alimentarse, y a establecer las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos, que sobre todo influyen en la persona durante la infancia, ya que es la etapa en la que se instauran la mayor parte de los hábitos alimentarios. En este periodo de la vida, la madre se convierte en la participante fundamental en la alimentación del niño, transmitiendo pautas alimentarias que pueden potenciar o no el riesgo de desarrollar un TCA en la adolescencia o edad adulta.

3.4 Obesidad Materna y TCA

Referente a esto, en una revisión de literatura realizada por Vázquez y Reild (2013) encontraron que la obesidad en la madre es uno de los principales factores de riesgo para que alguno de los hijos desarrolle TCA pues esto no solo determina las conductas en la madre, sino también el miedo de ser obesas hace que se encuentren más preocupadas por el peso de sus hijos, lo cual puede condicionar la restricción en su alimentación.

En este sentido, se ha propuesto que problemas como el de la obesidad podría empezar a gestarse durante el primer año de vida por la incapacidad de la madre para entender las necesidades reales del niño. Al no diferenciar entre las necesidades físicas de alimentación, las emocionales, las biológicas u otras necesidades, las madres pueden utilizar la comida como la única o principal herramienta para satisfacer las demandas del bebé y para mantenerlo quieto. Como consecuencia, el niño dispondrá de escasas oportunidades para diferenciar

sus emociones, sentimientos y necesidades y responderá a las situaciones negativas o displacenteras con la conducta de comer (Gutiérrez y Sánchez, 2006).

3.5 Idealización corporal de la madre

Por otro lado, se ha demostrado el desarrollo de inquietudes en los hijos por el peso y por hacer dietas constantemente en cuanto a la preocupación de la madre por que la figura corporal se parezca al ideal aceptado socialmente y haga un considerable esfuerzo por parecerse a dicha figura ideal. Esto sugiere que los niños que perciben que sus madres intentan frecuentemente perder peso son más propensos a convertirse en personas preocupadas por el peso o a hacer dietas constantemente (sobre todo en el caso de las niñas), lo que apoya la hipótesis de que el papel que desempeñan las madres en la transmisión de los valores culturales acerca del peso y la figura ideal es vital (Vázquez y Reild, 2013).

En un estudio realizado por Birch y Fisher (2008), se evaluó la influencia del control materno en la alimentación y el peso de las hijas, encontrando que las hijas que hacen dieta en la adolescencia tienden a tener madres que hacen dieta y al mismo tiempo son estas quienes pueden alentarlas y brindarles orientación sobre cómo hacerlo.

Sin embargo, las dietas por parte de la madre no son el único factor de riesgo, sino también propiciar una mayor restricción en el acceso a alimentos de sus hijos, fomentando la necesidad de perder peso o condicionando en ellos los atracones o ayunos. Pero en el caso contrario, también la desinhibición frente al

alimento de la madre se ha asociado a episodios bulímicos en los hijos. Es por ello que se concluye que las madres pueden influir en sus hijos no solo a través del modelamiento de conductas y actitudes, sino asimismo mediante la retroalimentación a los altos los estándares de belleza (Vázquez y Reild, 2013).

3.6 Antecedentes de TCA en la madre

Al mismo tiempo, se ha comprobado que aquellos progenitores que han padecido o padecen algún tipo de trastorno alimentario tienen un mayor riesgo de inducir ese tipo de trastornos en sus hijos, principalmente por la realización de determinados comentarios relacionados con el peso y el tipo de dietas que realizan. Este hecho, los adolescentes lo asocian con que existe una preocupación por la pérdida de peso y si a esto se suma que el joven presenta conductas de control de peso, depresión y falta de autoestima, es altamente probable que desarrolle algún TCA (Álvarez, et al., 2014).

Generalmente las madres con historia de TCA persisten en exhibir HA restrictivos, presentan un vínculo afectivo deficitario con sus propias madres, desarrollan más comorbilidades psiquiátricas, tales como depresión y ansiedad, y en algunas se observan profundos sentimientos de culpa y vergüenza por no cumplir satisfactoriamente con su rol materno e inquietud por no interferir en la nutrición de sus hijas(os), debido a sus problemas alimentarios, los que habitualmente se evidencian mediante la tendencia al cese precoz de la lactancia, gran control de la ingesta de sus hijas(os), en ocasiones presión para comer, horarios irregulares de comidas, énfasis en nutrientes no procesados y orgánicos,

dieta desequilibrada y poco variada, preferencia por la delgadez y actitud crítica y descalificadora de la figura corporal de sus hijas(os) (Behar y Arancibia, 2014).

En este sentido, la influencia de las madres sobre la conducta alimentaria de sus hijos puede provenir de la importancia que éstas le dan a la apariencia física y a la persuasión que llevan a cabo para que sus hijos pierdan o controlen su peso, inculcando el miedo a la obesidad. Miedo causado por el propio trastorno de la madre o por la coacción social que presiona a la madre llegando al punto de que en algunos casos, la madre obligue a sus hijos a hacer dietas muy restrictivas en alimentos concretos, omitiendo especialmente aquellos con un alto valor calórico, grasas, azúcares, y sal, destacando entre ellos los bocadillos (Álvarez, et al., 2014).

La opresión sobre este tipo de alimentos promueve al adolescente a reaccionar con una sintomatología propia de un TCA mostrando periodos alternados de atracones y ayunos cuando se consumen estos alimentos, además de experimentar sentimientos negativos como es la vergüenza y la culpa después de comer los alimentos “prohibidos”. Por lo que, se puede concluir que las actitudes y comportamientos de la madre frente a la comida contribuyen a que los hijos manifiesten sus conflictos psicológicos y emocionales de determinada manera, ya sea mediante conductas propias de la AN, BN o de obesidad (Alvarez et al. 2014).

Sumado a lo anterior, ya que la figura materna y en general, el entorno familiar tiene una influencia fundamental en el comportamiento alimentario, es igualmente importante señalar que la familia es el contexto natural para recibir apoyo para usarlo como protector de la salud, sin embargo, tal como comenta

Portela, et al. (2012), la influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación, las medidas y la figura del cuerpo, por lo que es importante analizar el papel que tiene el apoyo social en el desarrollo de TCA, tema que se abordará en el siguiente capítulo.

Apoyo Social

4.1 Definición

En las últimas décadas, se ha producido un interés creciente en la relación entre lo social y lo biológico desde diferentes áreas del conocimiento, principalmente por los cambios experimentados en el modelo epidemiológico, la promulgación de los determinantes sociales de la salud desde la OMS y la evidencia empírica sobre su influencia en la mortalidad, la enfermedad física y la mental. En la literatura, destacan conceptos tales como la integración social, los sistemas de apoyo comunitario, las redes sociales, relaciones sociales o el apoyo social. Estos conceptos, han sido utilizados en ocasiones de forma indistinta pero en conjunto, podemos decir que han sido elementos clave para el desarrollo de las líneas teóricas que han guiado las investigaciones que ponen en relación los vínculos sociales y la salud. Sin embargo, el apoyo social, ocupa un lugar relevante en la literatura tanto por el desarrollo conceptual, metodológico y empírico experimentado en las últimas décadas, como por las reiteradas evidencias de su relación con determinados indicadores de salud (Fernández, 2015).

De acuerdo con lo anterior, se podría afirmar que dicho apoyo tiene diversos efectos positivos con respecto a la salud y bienestar de los individuos, es decir, que el apoyo social brindado de manera adecuada, puede considerarse entonces, como un recurso necesario para la adaptación del sujeto a las exigencias medioambientales. Además, un aspecto que destaca la importancia del apoyo social es el concepto de salud mental que se ha

trabajado durante los últimos años, ya que ha tenido en cuenta los factores psicosociales como un factor determinante en la salud de los individuos de la sociedad. De esta forma el apoyo social tiene un papel significativo en la salud y el bienestar psicológico, por ejemplo, se ha demostrado que los sujetos que perciben altos niveles de apoyo social, tienen un alto autoconcepto, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, una mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud (Orcasita y Uribe, 2010).

En general, el apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual, familiar y comunitario, que responden a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto. El concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida (Fiallo et al., 2022).

De esta manera, en la aproximación conceptual del apoyo social es necesario hacer una distinción entre los términos red social y apoyo social. La red social, se define como un conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. Es decir, cuando se habla de red social se hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo constituyendo su ambiente social primario. Las redes sociales suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos,

vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Estos vínculos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del individuo. El aspecto importante de las redes de apoyo es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y son quienes potencialmente brindan el apoyo social. Es decir, estas redes sociales cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano (Orcasita y Uribe, 2010). De este modo, las redes sociales constituirán el marco estructural en el que el apoyo social como contenido relacional, puede ser accesible o no a un individuo.

Por lo tanto, podemos definir el apoyo social, como un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés (Monagas, 2016).

Sin embargo, un aspecto importante para la conceptualización del apoyo social es la tipología basada en las condiciones bajo las cuales este opera, distinguiéndose el apoyo social percibido y el apoyo social recibido. El apoyo social percibido se refiere a la disponibilidad y adecuación de ayuda en caso de necesidad, y es una medida que refleja por ejemplo el ambiente social en el que se encuentra el sujeto. En otro sentido, el apoyo social recibido, alude al apoyo que se ha recibido recientemente y es una medida adecuada para medir la capacidad de los demás en la prestación de asistencia cuando los sujetos se enfrentan a la adversidad

o se encuentran bajo condiciones de estrés (Fernández, 2015). En otras palabras, el Apoyo Social recibido se refiere a los recursos, provisiones o transacciones reales disponibles para la persona al satisfacer sus necesidades, mientras que el apoyo social percibido se refiere a la dimensión evaluativa en que la persona analiza la ayuda con la que cuenta o cree contar (Rodríguez et al., 2015).

De esta manera, se habla de Apoyo social, es necesario saber que se trata de un concepto complejo, ambiguo, multidimensional y sujeto a diferentes interpretaciones en el que se mezclan diversos aspectos que tienen relación con redes sociales, vínculos familiares, integración social, estado civil o clase social (Alonso et al., 2013).

Dicha naturaleza multidimensional de este concepto ha requerido la clarificación de los diversos tipos de apoyo social y de los mecanismos que permiten que las necesidades afiliativas sean satisfechas, por ello, en un intento de simplificarlo y para ayudar a su comprensión se definieron tres dimensiones que describen los componentes de este, de lo cual se hablará a detalle a continuación (Rodríguez et al., 2015).

4.2. Dimensiones del Apoyo Social

4.2.1. Funcional

El apoyo funcional, se refiere al grado en que las relaciones interpersonales sirven para funciones particulares. En esta vertiente se distinguen principalmente cinco tipos de apoyo: (a) emocional, (b) informacional, (c)

tangible, (d) interacción social positiva y (e) apoyo afectivo (Rodríguez et al., 2015). Dichas vertientes, Alonso et al., (2013) las definen como se muestra a continuación.

Apoyo emocional: relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional. *Apoyo informativo:* se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

Apoyo tangible o instrumental: es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

Apoyo afectivo: se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.

Interacción social positiva: la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc.

Con base en esto, se puede afirmar que el enfoque funcional del apoyo social, se centra por tanto en los aspectos cualitativos del mismo poniendo el acento en las funciones y los recursos que se pueden obtener como resultado de las relaciones sociales. De entre los recursos intercambiados, destaca el

feedback, la asistencia conductual, el dinero y pequeños servicios.

Al mismo tiempo, el enfoque funcional de las redes sociales, el apoyo social se ha considerado como una función relacionada con el funcionamiento psicológico de los individuos, que es vehiculizada en el interior del marco estructural de la red, lo cual se explica a continuación (Fernández, 2005).

4.2.2. Estructural

El apoyo estructural se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarle a resolver los problemas planteados (por ejemplo familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras (Jimenez et al., 2017).

En esta definición, reflejan los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, los tres niveles están interconectados. El primer nivel de análisis estaría ocupado por la comunidad, haciendo referencia a la integración social, regulación normativa y orden social que ésta ofrece dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado. En un segundo nivel de análisis lo constituyen las redes sociales, que

aportaría un sentido de relaciones y de unión con los demás. El tercer nivel de análisis sería el correspondiente al más íntimo, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros (Fernández, 2005).

Desde esta perspectiva, se estudia el campo social en el que está inmerso el sujeto siendo la red social la unidad de análisis del individuo. Desde este enfoque se asume que: los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de esta y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. Sin embargo, es necesario señalar que tales afirmaciones son cuestionables ya que obvian la posibilidad de la existencia de conflictos asociados a las relaciones sociales y a la polémica pero consistente distinción entre las dimensiones objetivo/subjetivo del apoyo, que fueron mencionadas anteriormente cuando se habla.

Por otro lado, en cuanto a las características de una red social, que se mencionan, Fernández (2005) las define de la siguiente manera:

Tamaño: Referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central.

Densidad: Interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas

una mayor capacidad para proveer apoyo emocional, si bien su aceptabilidad dependerá de los sujetos y situaciones. Por otro lado, las redes sociales densas, no serían adecuadas en determinadas situaciones como la viudedad ya que impiden la creación de nuevos contactos sociales y perpetúan de este modo, el modelo social previo.

Reciprocidad: Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas.

Parentesco: Variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictora de un buen ajuste ante las crisis vitales.

Homogeneidad: Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc.

Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas, tienen interacciones más reforzantes.

La importancia de la dimensión estructural en el estudio del apoyo social, radica en la información que ofrece acerca de la disponibilidad potencial del apoyo. Sin embargo, la existencia de una relación social no puede equipararse a obtener apoyo de la misma. Se ha señalado que para que una red social sea efectiva, no sólo es necesario que exista desde un punto de vista estructural sino también que las personas/nodos que formen parte de la red, tengan la habilidad, conocimiento y motivación suficiente para proveer soporte, de lo cual se sigue

que no todos los nodos serían “operativos” para la provisión del mismo (Trejo, 2016).

4.2.3 Contextual

La dimensión contextual hace referencia a las expectativas basadas en la cultura, por su influencia para modelar su significado así como para movilizar las redes de apoyo en caso de necesidad. Por ello, al investigar el apoyo social es necesario un enfoque interpretativo centrado en el significado, es decir, en lugar de conceptualizar el apoyo social en términos de los atributos de una interacción, es útil considerarlo como una evaluación o interpretación de un comportamiento concreto dando un contexto cultural determinado. De forma concreta, los elementos a tener en cuenta en la interpretación para entender el apoyo en su contexto cultural estaría conformado principalmente por: la influencia de la percepción de lo que constituye un apoyo, quien tendría que ser el proveedor, a quien se le proporciona y bajo qué circunstancias (Fernández, 2015).

Por ello, es necesario considerar las características de los participantes en el apoyo tanto del receptor como del donante por su influencia en el mismo, así como la duración del apoyo. En cuanto a las primeras, parece existir variación entre la fuente de procedencia del apoyo en función de los sujetos de manera que el apoyo de los compañeros de trabajo tiene mejores consecuencias en varones que en mujeres, mientras que el apoyo familiar es más importante ante problemas relacionados con la salud frente al procedente de los amigos. En otro sentido, características del receptor como la personalidad, roles, presencia o

no de otros recursos y/o la creencia acerca del momento en el que es adecuado aceptar la ayuda juegan un papel relevante para la efectividad del soporte (Fernández, 2005).

4.3 Apoyo Social en Casos de TCA

Como ya se ha mencionado, los TCA son un problema de salud pública preocupante, sobre todo dentro de la población adolescente y al igual que en el estudio de las variables que influyen en distintos problemas de salud, la evaluación y acercamiento al tipo de recursos sociales y de apoyo de los que disponen las pacientes con un trastorno de conducta alimentaria se ha convertido en uno de los temas de interés en este ámbito.

En este sentido, algunos estudios que han investigado la relación entre el apoyo social y los TCA muestran que aunque estos pacientes tengan un acceso similar al apoyo social que individuos sin el trastorno, se muestran más insatisfechos con sus redes de apoyo, más ansiosos, incómodos y alienados, sus redes sociales son más pequeñas comparadas con las de los sujetos controles y, en particular, los pacientes con bulimia nerviosa perciben menor apoyo social de la familia y amigos y tienen un mayor número de interacciones interpersonales negativas (Pérez, 2018).

Al mismo tiempo, en un estudio realizado por Quiles et al., (2002) donde se llevó a cabo una revisión de artículos empíricos relacionados con el apoyo social en TCA, se encontró que es frecuente que los pacientes con diagnóstico de TCA no cuentan con el apoyo de la pareja porque la han perdido a lo largo de su

enfermedad, lo que ocurre aproximadamente en el 66% de las anoréxicas y en un 44% de las bulímicas, frente a un 22% de los participantes del grupo control. Además, un 14% de las anoréxicas y un 12% de las bulímicas no disponen del apoyo de un mejor amigo, tras perderlo durante su enfermedad. En cuanto a la evaluación de la adecuación del apoyo, referida a los tipos de apoyo o a las fuentes proveedoras de este, se encontró que las bulímicas están más insatisfechas con el apoyo emocional, el instrumental y con el apoyo de los padres frente a controles. Por otro lado, respecto a otros estudios sobre la relación entre otros factores psicosociales y el apoyo social en pacientes con anorexia o bulimia se encontró que en referencia a la autoestima, las anoréxicas que reciben apoyo emocional, instrumental y el apoyo de hermanos tienen una adecuada autoestima, y en ellas una buena autoestima será predictora de la satisfacción con el apoyo emocional e instrumental y con apoyo de la madre. Sin embargo, en bulímicas la relación entre apoyo social y autoestima no es significativa. Por último y en cuanto a la relación que el apoyo social establece con variables clínicas como la severidad del trastorno o curso de la enfermedad, los resultados sugieren que, en los casos de bulimia si en el momento del diagnóstico cuentan con mayor apoyo de la familia y amigos, los pacientes presentan una menor severidad de la enfermedad valorada por la frecuencia de atracones y vómitos.

A su vez, de acuerdo con la literatura, el apoyo social es un elemento indispensable para el desarrollo del bienestar individual y familiar, dando respuesta a las necesidades y momentos de transición del proceso de desarrollo de cada sujeto (Orcasita y Uribe, 2010) y permitiendo alcanzar un mayor grado de

estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos. También contribuye al refuerzo de la autoestima, la construcción de una percepción más positiva del ambiente, el desarrollo del autocuidado y un mejor empleo de los recursos personales y sociales.

En los casos donde el apoyo social se ausente, el individuo puede quedar expuesto a mayor estrés, pudiendo producir algunos efectos fisiológicos de modo directo o a través de procesos psicológicos o conductuales, de modo que el poseer un apoyo social adecuado podría convertirse en un factor protector importante para los trastornos de la conducta alimentaria, por lo tanto el apoyo social debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (Fernández, 2015; Quiles et al., 2002).

De acuerdo con Mendez y Cerquera (2020), los TCA se convierten, para quien los padece, en una serie de experiencias y problemas personales que les impide desarrollarse plenamente, además de que, los TCA, pasan desapercibidos en la sociedad, pues existe poca información sobre el tema que los reduce a la apariencia física, donde el peso se convierte en el principal criterio diagnóstico, por lo que, cada vez se hace más difícil detectarlos, lo que produce que se detecten en etapas más avanzadas, acompañados de otros trastornos, estados de inanición, entre otros, volviéndose un padecimiento que se lleva en solitario.

Justificación

Es importante prestar atención a los patrones alimentarios maternos pues podrían volverse blancos para trabajar respecto a la planificación y elaboración de programas de prevención e intervención de CAR como predictoras de TCA. Para ello, es primeramente necesario identificar algunos factores psicosociales que podrían estar relacionados con la aparición de esta problemática, para generar dentro del sector salud y/o educativo, estrategias que permitan prevenir y disminuir la incidencia en prácticas relacionadas con algún TCA o CAR, que pongan en riesgo la salud y bienestar futuro de la población juvenil.

Por lo tanto, con el presente estudio se hace una aportación al conocimiento existente sobre los factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria, para actuar sobre ellos en futuras propuestas de intervención dirigidas a la población de mayor riesgo.

Objetivo general

Determinar cuál es la relación entre las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes y la conducta alimentaria de sus madres.

Objetivos específicos

- 1- Evaluar conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de educación secundaria y sus madres.
- 2- Evaluar la relación entre conductas alimentarias de riesgo y las variables de sexo, edad, grado escolar y escuela de procedencia en

adolescentes de educación secundaria.

3- Identificar la relación entre conductas alimentarias de riesgo, la edad y ocupación en madres de familia.

4- Identificar el apoyo social en adolescentes de educación secundaria.

5- Evaluar la relación entre el nivel de apoyo social y las conductas alimentarias de riesgo en adolescente

Método

Diseño de Investigación

Se realizó una investigación cuantitativa mediante un diseño de investigación correlacional y transversal con el propósito de evaluar la relación entre las variables estudiadas.

Participantes

Mediante un muestreo no probabilístico se recolectaron los datos de estudiantes de educación secundaria y de sus madres. Participaron 39 madres de familia de entre 29 a 55 años de edad ($M=39.61$, $DE=6.81$) y 246 adolescentes, de entre 12 a 16 años ($M=13.34$, $DE=0.89$) de edad, de dos instituciones públicas de educación secundaria (Escuela Secundaria Técnica No. 4 Presidente Ruiz Cortines y Escuela Secundaria Federalizada México).

Para la elección de la muestra fueron tomados en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- No tener un diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico
- Ser la madre o la cuidadora principal de el/la adolescente.

Escenario

Dado que la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera electrónica, cada uno de los participantes los respondió en el escenario correspondiente haciendo uso de un equipo de cómputo o algún dispositivo móvil

Definición de Variables

Conducta alimentaria: se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio et al., 2002).

Conductas alimentarias de riesgo: El término conductas alimentarias de riesgo (CAR) es utilizado para designar un “síndrome parcial” o “subclínico” de los cuadros que caracterizan a los trastornos de conducta alimentaria. Específicamente, en las CAR se agrupan: preocupación irracional por engordar, atracón, sensación de falta de control al comer, así como conductas tanto restrictivas (e.g., dietas, ayunos, ejercicio excesivo, ingesta de pastillas para adelgazar), como purgativas (e.g., uso de laxantes o diuréticos, auto-provocación del vómito), todas vinculadas con el deseo de adelgazar (Caldera et al., 2019).

Apoyo social: Se denomina apoyo social al conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas, que son proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza de un sujeto, ya sea en situaciones cotidianas o en situaciones de crisis. Un elemento muy importante en la percepción del apoyo social es la calidad de ese apoyo social.

Esta calidad se relaciona con el equilibrio entre las necesidades del sujeto receptor de apoyo y la medida en que estas necesidades son cubiertas (Pérez, 2018).

Instrumentos

Para la recolección de datos se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación:

Cuestionario de datos sociodemográficos. Este cuestionario brinda información para la caracterización de la muestra de las adolescentes y sus madres, como la edad, sexo, grado escolar que cursa.

Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) (Ruiz, 2010). Consta de 26 preguntas y tiene por objetivo el identificar las CAR en una muestra no clínica. Ha sido validada en mujeres y hombres mexicanos, la consistencia interna (α Cronbach), sensibilidad y especificidad de prueba es $\geq 90\%$, 95% . Se contesta mediante una escala tipo Linkert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todas las preguntas cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje ≥ 20 puntos se toma como punto de corte para determinar la presencia de actitudes y conductas alimentarias de riesgo.

Cuestionario de Comportamiento Alimentario (Márquez et al., 2014). Consiste en 31 ítems de opción de respuesta múltiple para evaluar aspectos del comportamiento alimentario como la selección, preparación, horarios de toma de alimentos, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y barreras al cambio. De acuerdo a los autores, en población mexicana el cuestionario tiene una consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0,98 esto indican que el instrumento tiene una confiabilidad adecuada para la medición del CA.

Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) (González y Landero, 2014). Su propósito es evaluar el apoyo social diferenciado entre familia y amigos. Es una escala tipo Likert con 14 ítems y cinco opciones de respuesta (“nunca” = 1 a “siempre” = 5); a mayor puntuación, mayor apoyo percibido. De acuerdo con dichos autores, en población mexicana la escala tiene una estructura bifactorial, cada uno con siete reactivos, que explican 66% de la varianza total. Uno de los factores dirigido a medir el Apoyo de la familia y, el segundo, el Apoyo de los amigos. El AFA-R cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .83$).

Procedimiento

Se contactó a los posibles participantes de la investigación en dos instituciones de educación secundaria de carácter público, solicitando el apoyo de los encargados de dichas instancias. Una vez obtenida la autorización de las instituciones, se envió vía WhatsApp la liga del formulario a contestar con la indicación de que madre e hijo deberán de contestar a las preguntas de manera independiente.

Dentro del formulario, previo a las preguntas se incluyó un consentimiento informado donde se reiteraba de manera breve el objetivo de la investigación y se le garantizaba la confidencialidad de sus datos y el uso de estos únicamente para fines de investigación.

Se capturaron los instrumentos a utilizar en un formulario electrónico con la aplicación Google Forms, con el propósito de que los participantes

respondieran en formato electrónico, atendiendo a las medidas de seguridad generadas por la emergencia sanitaria de la pandemia de la COVID-19.

Análisis de Datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos a través del paquete estadístico para las ciencias sociales versión 21 (SPSS, por sus siglas en inglés) con base a porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión; en segundo lugar, debido a que los datos no se distribuyen normalmente: EAT-total (Kolmogorov-Smirnov = 0.134, $p < .000$), Apoyo social (Kolmogorov-Smirnov=0.092, $p < .000$). Finalmente se calcularon coeficientes de correlación Phi con una probabilidad de error $p < .05$.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos con relación a los instrumentos aplicados en la presente investigación. En un principio se describen las características demográficas de la población, seguido de las proporciones sobre el instrumento de Conducta alimentaria. Posteriormente se muestran los porcentajes relacionados al nivel de riesgo de TCA según el EAT-26 junto a la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo. Finalmente se muestran los resultados obtenidos respecto al apoyo social.

Características demográficas.

Participaron 246 estudiantes de educación secundaria pertenecientes a dos instituciones públicas en el municipio de Tlalnepantla, Estado de México, de los cuales 89 pertenecían a la Escuela 1 y 157 a la Escuela 2 de estos, 62 pertenecían al 1er grado, 112 al 2do grado y 72 al 3er grado; eran del sexo femenino y 115 del sexo masculino. El rango de edad se situó entre 12 y 16 años (media= 13.34, DE= 0.89). Así mismo, participaron 39 madres de familia de los estudiantes participantes, las cuales 13 pertenecían a la Escuela 1 y 26 a la Escuela 2. El rango de edad se situó entre 29 y 55 años (media=38.61, DE= 6.81), 14 de ellas tenían un nivel de estudios básico, 8 bachillerato, 6 carrera técnica y 11 licenciatura. En cuanto a su ocupación, 14 eran amas de casa, 15 empleadas, 5 comerciantes, 3 profesionistas y 2 se dedicaban a otra actividad.

Conducta alimentaria

A continuación, se muestran los porcentajes relacionados con la conducta alimentaria, de acuerdo con tres categorías donde se encontró que, tanto en el grupo de estudiantes (Tabla 1,2 y 3) como en el de madres de familia (Tabla 4,5 y 6), dentro de la categoría de selección y preparación, hubo mayor porcentaje de respuestas no saludables, en cambio, en la categoría de comportamiento y creencias y la categoría de disposición al cambio, la mayoría de los porcentajes de respuestas resultaron ser saludables.

Además, en dichas tablas, se puede observar el contraste de resultados en cada categoría ya que las respuestas tanto de los estudiantes como sus madres coincidieron en las respuestas con mayor frecuencia en cada factor. Respecto a la categoría de selección y preparación, tanto estudiantes como madres, la mayoría eligieron el sabor como factor para evitar un alimento (56.5% y 53.8%), el guisado como método de preparación usual de sus alimentos (63% y 61.5%) y la mayoría reportó que la persona que se encarga usualmente de preparar los alimentos es la madre de familia (78.9 y 64.1). En cuanto a la categoría de comportamiento y creencias de la alimentación, la mayoría dijo que deja de comer sin problema cuando se siente satisfecho (89.4% y 89.7%), la mayoría quitan la grasa visible de la carne (65.9% y 79.5), la mayoría piensa que come en exceso más de una vez a la semana (58.2% y 53.8%) y reportan que su dieta es diferente cada día (47.2% y 51.3%). Finalmente, en la categoría de disposición al cambio, la mayoría de estudiantes como madres de familia reportan que están dispuestos a mejorar su alimentación y hacer ejercicio como medidas para cuidar su cuerpo (50% y 64.1), sin embargo les hace falta motivación personal para mejorar su alimentación

(36.6% y 30.8%) pero se sienten capaces de seguir consejos para mejorar su salud (65% y 71.8%).

Tabla 1

Porcentaje de Conductas Saludables y no Saludables Relacionadas a la Selección y Preparación de Alimentos en el Grupo de Estudiantes

FACTOR	CONDUCTA SALUDABLE		CONDUCTA NO SALUDABLE		
	Número (%)		Número (%)		
Selección y preparación de alimentos					
<i>Factor influyente para elegir alimento</i>	Contenido nutricional (28.5)		Sabor (56.5)	Precio (3.3)	Agradable a la vista (4.5)
<i>Facilidad al leer etiquetas.</i>	Las leo y las entiendo (35.8)		Falta de tiempo (6.9)	No me interesa (17.5)	No las entiendo (24)
<i>Motivo para evitar alimentos</i>	Por cuidarme (17.5)		No me gusta (68.3)	Me hace sentir mal (5.7)	No evito ninguno (8.5)
<i>Preparación habitual de los alimentos</i>	Al vapor o asados (26.8)		Fritos (9.3)	Guisados (63)	Horneados (0.8)
<i>Quien prepara los alimentos</i>	Yo los preparo (2.4)	Los compro preparados (0.4)	Mama (78.9)	Otro (18.3)	

Nota: Los porcentaje de las conductas que se presentaron con más frecuencia se encuentran en negritas.

Tabla 2

Porcentaje de Conductas Saludables y no Saludables Relacionadas al Comportamiento y Creencia de la Alimentación en el Grupo de Estudiantes

FACTOR	CONDUCTA SALUDABLE Número (%)		CONDUCTA NO SALUDABLE Número (%)		
	Comportamiento y creencias de la alimentación.				
<i>Comportamiento al sentirse satisfecho</i>	Dejo de comer sin problema (89.4)		Me cuesta dejar de comer (2.8)	Sigo comiendo sin problema (6.1)	Sigo comiendo pero me siento mal. (1.6)
<i>Que haces con la grasa visible de la carne</i>	Quito la mayoría (65.9)			Quito un poco (21.5)	No quito nada (8.9)
<i>Mastico cada bocado más de 25 veces</i>	De acuerdo (25.6)			En desacuerdo (14.6)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (54.1)
<i>Frecuencia con que comes fuera de casa</i>	Menos de una vez al mes. (37.8)				Más de una vez a la semana (62.2)
<i>Frecuencia con que comes en exceso</i>	menos de una vez al mes (41.8)				Más de una vez a la semana (58.2)
<i>Su dieta es</i>	Diferente cada día (47.2)		Monotona (8.1)	Diferente alguna veces. (28.5)	Diferente fines de semana (16.3)

Nota: Los porcentajes de las conductas que se presentaron con más frecuencia se encuentran en negritas.

Tabla 3

Porcentaje de Conductas Saludables y no Saludables Relacionadas a la Disposición al Cambio en el Grupo de Estudiantes

FACTOR	CONDUCTA SALUDABLE		CONDUCTA NO SALUDABLE	
	Número (%)		Número (%)	
Disposición al cambio				
<i>Medidas para cuidar su cuerpo</i>	Cuidar mi alimentación y hacer ejercicio (50)	Hacer ejercicio (26.4)	Hacer régimen alimenticio temporal (2.4)	Nada (3.3)
<i>Medidas que falta para mejorar su alimentación</i>	Nada, mi alimentación es saludable (29.3)	Información (13.4)	Dinero (12.4)	Motivación personal (36.6)
<i>Capacidad para utilizar consejos para mejorar su salud</i>	De acuerdo (65)		En desacuerdo (4.5)	NI de acuerdo ni en desacuerdo. (26.4)

Nota: Los porcentaje de las conductas que se presentaron con más frecuencia se encuentran en negritas.

Tabla 4

Porcentaje de Conductas Saludables y no Saludables Relacionadas a la Selección y Preparación de Alimentos en el Grupo de Madres de Familia

FACTOR	CONDUCTA SALUDABLE		CONDUCTA NO SALUDABLE	
	Número (%)		Número (%)	
Selección y preparación de alimentos				
<i>Factor influyente para elegir alimento</i>	Contenido nutrimental (35.9)	Sabor (53.8)	Precio (7.7)	Caducidad (2.6)
<i>Facilidad al leer etiquetas.</i>	Las leo y las entiendo (56.4)	falta de tiempo (10.3)	no me interesa (10.3)	no las entiendo (15.4)
<i>Motivo para evitar alimentos</i>	Por cuidarme (38.5)	no me gusta (48.7)	me hace sentir mal (5.1)	no evito ninguno (7.7)
<i>Preparación habitual de los alimentos</i>	al vapor o asados (17.9)		Fritos (20.5)	Guisados (61.5)
<i>Quien prepara los alimentos</i>	Yo los preparo (64.1)		Los compro preparados (5.1)	Mama (30.8)

Nota: Los porcentajes de las conductas que se presentaron con más frecuencia se encuentran en negritas

Tabla 5

Porcentaje de Conductas Saludables y no Saludables Relacionadas al Comportamiento y Creencia de la Alimentación en el Grupo de Madres de Familia

FACTOR	CONDUCTA SALUDABLE		CONDUCTA NO SALUDABLE	
	Número (%)		Número (%)	
Comportamiento y creencias de la alimentación				
<i>Comportamiento al sentirse satisfecho</i>	Dejo de comer sin problema (89.7)		Me cuesta dejar de comer (2.6)	Sigo comiendo sin problema (7.7)
<i>Que haces con la grasa visible de la carne</i>	Quito la mayoría (79.5)		Quito un poco (15.4)	No quito nada (5.1)
<i>Mástico cada bocado más de 25 veces</i>	De acuerdo (25.6)		En desacuerdo (12.8)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (53.8)
<i>Frecuencia con que comes fuera de casa</i>	Menos de una vez al mes. (41)			Más de una vez a la semana. (38.5)
<i>Frecuencia con que comes en exceso</i>	menos de una vez al mes (46.2)			Más de una vez a la semana (53.8)
<i>Su dieta es</i>	Diferente cada día (51.3)	Monótona (17.9)	Diferente algunas veces. (17.9)	Diferente fine de emana (12.8)

Nota: Los porcentajes de las conductas que se presentaron con más frecuencia se encuentran en negritas.

Tabla 6

Porcentaje de Conductas Saludables y no Saludables Relacionadas a la Disposición al Cambio en el Grupo de Madres de Familia.

FACTOR	CONDUCTA SALUDABLE Número (%)	CONDUCTA NO SALUDABLE Número (%)		
Disposición al cambio				
<i>Medidas para cuidar su cuerpo</i>	Cuidar mi alimentación y hacer ejercicio (64.1)	Hacer ejercicio (20.5)	Hacer régimen alimenticio temporal (12.8)	Nada (2.6)
<i>Medidas que falta para mejorar su alimentación</i>	Nada, mi alimentación es saludable (23.1)	Dinero (12.8)	Tiempo (20.5)	Motivación personal (30.8)
<i>Capacidad para utilizar consejos para mejorar su salud</i>	De acuerdo (71.8)	En desacuerdo (10.3)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo. (17.9)	

Nota: Los porcentaje de las conductas que se presentaron con más frecuencia se encuentran en negritas

En la Tabla 7 se presenta el porcentaje del número de comidas que los estudiantes y las madres realizan al día entre semana y los fines de semana donde puede observarse que la mayoría de los participantes realizan 3 comidas al día, lo que representa una conducta saludable.

Tabla 7

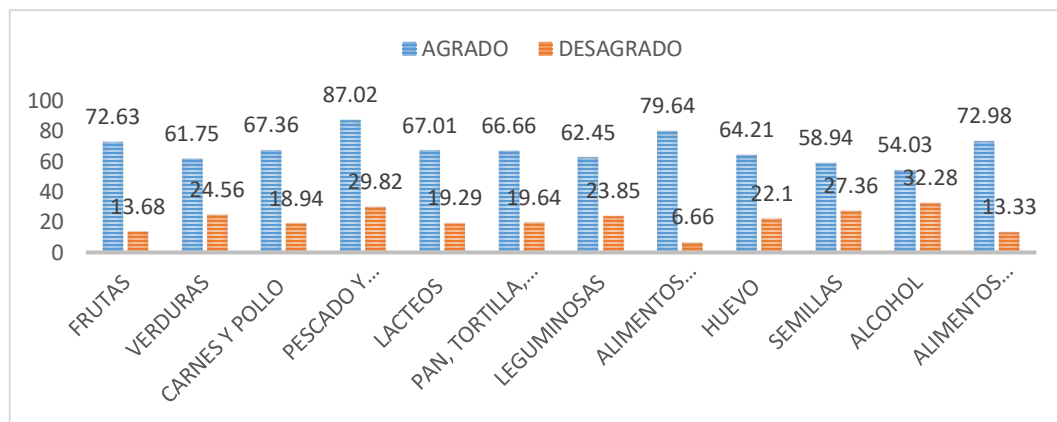
Porcentaje del Número de Comidas que Realizan los Estudiantes y Madres de Familia Entre Semana y Fines de Semana

Numero de comidas	Estudiantes (%)	Madres (%)
Entre semana.		
1	1.2	0
2	10.6	15.4
3	70.7	71.8
4	6.1	0
Fines de semanas.		
1	1.2	0
2	13.8	12.8
3	68.3	69.2
4	5.3	5.1

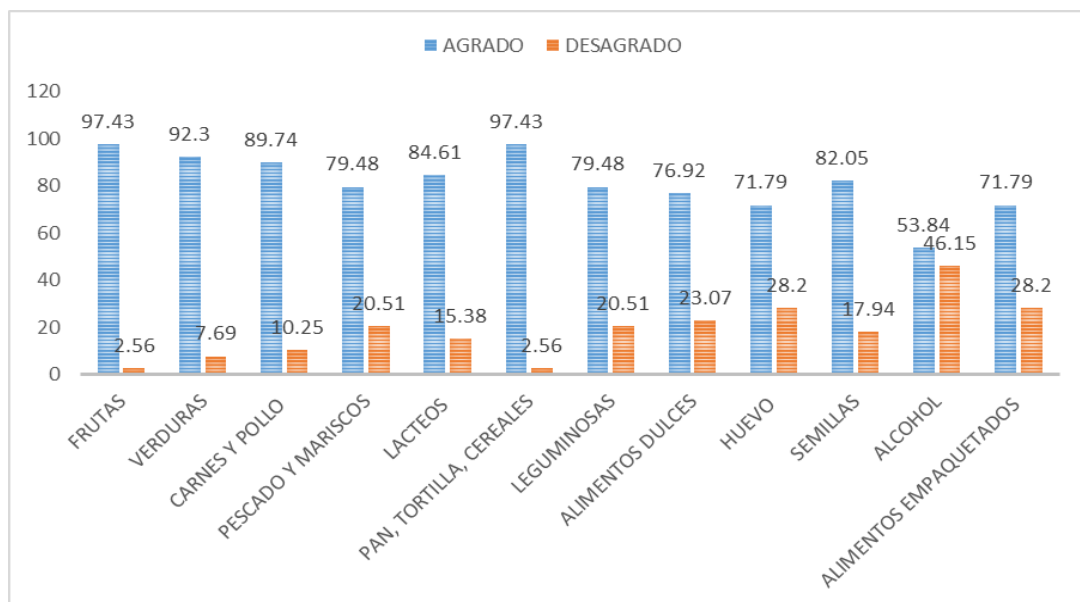
Con relación a la preferencia de alimentos, tanto de los estudiantes como de las madres de familia se encontró un alto porcentaje en el agrado de los alimentos dulces (79.64%, 76.92%), alimentos empaquetados (72.98%, 71.79%) y en el caso de las madres, en las bebidas alcohólicas (53.84%) lo que representa una conducta poco saludable, aun cuando se encontró un alto porcentaje de agrado por alimentos como frutas (72.63%, 97.43%) y pescado (87.02%, 79.48%) considerados como alimentos saludables (Figura 1 y 2).

Figura 1

Porcentaje de la Conducta de Agrado y Desagrado de Cada Grupo de Alimentos en los Estudiantes

**Figura 2**

Porcentaje de la Conducta de Agrado y Desagrado de Cada Grupo de Alimentos en las Madres de Familia.

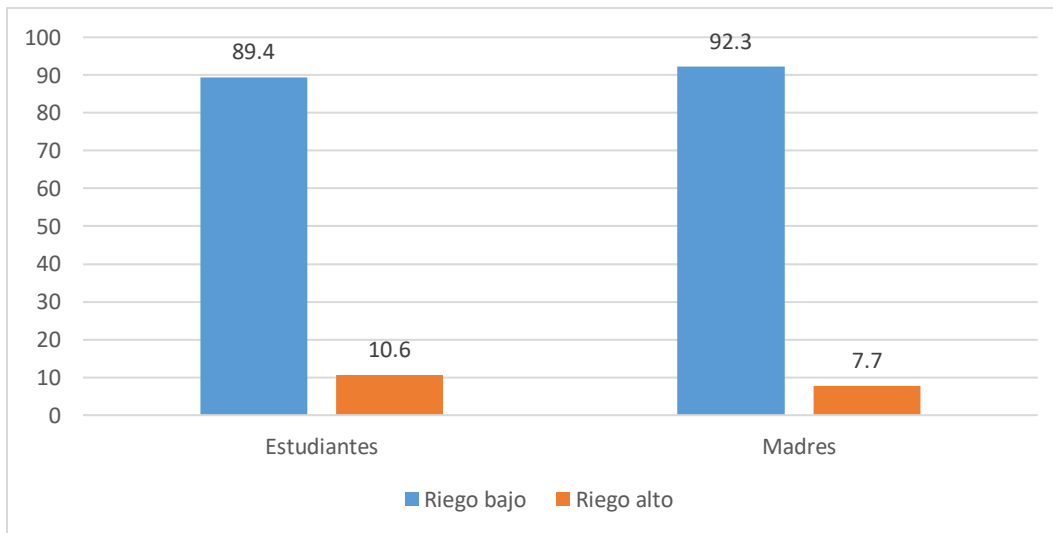


Riesgo de TCA.

En la Figura 3, se muestra el porcentaje del nivel de riesgo de presentar Conducta Alimentaria de Riesgo relacionadas con TCA que obtuvieron los participantes en el instrumento EAT-26. El grupo de estudiantes, el 89.4% presentaron un riesgo bajo y el 10.6% presentaron un riesgo alto. Por su parte el grupo de madres de familia, el 92.3% presentaron un riesgo bajo y el 7.7% presentó un riesgo alto.

Figura 3

Porcentaje de Nivel de Riesgo de Presentar Conducta Alimentaria de Riesgo Relacionadas con TCA



Por otro lado, en la Tabla 8, se observan los porcentaje de las CAR que se presentaron con más frecuencia entre la población de estudiantes con relación a pensar demasiado en la alimentación (27.23%), tardar en comer más que otras personas (27.64%), preocupación por la comida (28.87%) y cortar los alimentos en trozos pequeños (38.21%). Así mismo, los participantes reportaron datos importantes en cuanto a la percepción que tienen otros de sus conductas e imagen corporal, con relación a los siguientes ítems: noto que los demás me presionan para que coma (17.88%), noto que los demás preferirían que comiese más (22.76%) y los demás piensan que estoy demasiado delgada (24.39%).

Tabla 8

Porcentaje de Conductas Alimentarias de Riesgo más frecuentes en el Grupo de Estudiantes

Conducta	Número (%)
Cortar alimentos en trozos pequeños	38.21
Preocupación por la comida.	28.86
Pensar demasiado en la alimentación	27.23
Tardar en comer más que otras personas	27.64
Hacer ejercicio para quemar calorías	23.98
Preocupación de tener grasa en el cuerpo	23.17
Contar calorías	21.13
Deseo de estar más delgado	20.73
Evitar alimentos con muchos hidratos de carbono	19.91.
Ganas de vomitar después de comer	18.69
Percepción de otro	
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	24.39
Los demás preferirían que comiese mas	22.76.
Los demás me presionan para que coma.	17.88

Por su parte, en el grupo de madres las CAR que se presentaron con más frecuencia, fueron las siguientes: cortar los alimentos en trozos pequeños (46.15%), miedo a pensar demasiado en la alimentación (53.84%) y controlarse en las comidas (56.41%) (Tabla 9).

Tabla 9

Porcentaje de Conductas Alimentarias de Riesgo más Frecuentes en el Grupo de Madres

Conducta	Número (%)
Controlarse en las comidas	56.41
Miedo a pensar demasiado en la alimentación	53.84
Cortar los alimentos en trozos pequeños	46.15
Evitar alimentos con muchos hidratos de carbono	35.89
Preocupación por la comida	35.89
Preocupación de tener grasa en el cuerpo.	30.76

Apoyo Social.

Finalmente, en cuanto a la evaluación de apoyo social, tal como se muestra en la Tabla 10, se encontró que dentro del grupo de estudiantes la mayoría reportó tener un apoyo de amigos alto (53.7%) al igual que un apoyo familiar alto (58.9%) y un apoyo total percibido alto (52.4%). Igualmente en la Tabla 11 se muestra que las madres de familia reportaron tener un apoyo de amigos alto (61.5%), un apoyo familiar alto (64.1%) y un apoyo total percibido alto (59%).

Tabla 10*Porcentaje del Nivel de Apoyo Social de los Estudiantes*

Tipo de apoyo	Bajo (%)	Alto (%)
Apoyo de amigos	46.3	53.7
Apoyo familiar	41.1	58.9
Apoyo total percibido	47.6	52.4

Tabla 11*Porcentaje del Nivel de Apoyo Social de la Madres de la familia.*

Tipo de apoyo	Bajo (%)	Alto (%)
Apoyo de amigos	38.5	61.5
Apoyo familiar	35.9	64.1
Apoyo total percibido	41	59

Además, tal como se observa en la Tablas 12 y 13, se realizó una comparación de acuerdo con el sexo, escuela, edad, grado, ocupación y nivel de estudios, en cuanto al puntaje de EAT-26 y Escala de Apoyo Social. Al respecto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al puntaje de Apoyo Social entre escuelas ($U= 7426.00$, $p<0.05$) y el puntaje de EAT-Total entre la ocupación de las madres de familia ($X^2=16.110$, $p<0.05$).

Tabla 12

Rangos promedio y Prueba de Contraste de Acuerdo con el Sexo, Escuela y Madre e Hijo Para Conductas Alimentarias de Riesgo y Apoyo Social

	Rango promedio	Rango promedio	U de Mann-Whitney	P
Sexo				
	Mujeres (n=170)	Hombres (n=115)		
EAT26	145.26	139.65	9390.00	.281
APOYO SOCIAL	139.94	147.53	95254.500	.387
Escuela				
	Escuela 1 (n=102)	Escuela 2 (n=183)		
EAT26	141.07	144.07	9136.500	.574
APOYO SOCIAL	161.70	132.58	7426.000	.001

Nota: Las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en negritas

Tabla 13

Rangos Promedio y Prueba de Contraste de Acuerdo con la Ocupación, Nivel de Estudios, Edad y Grado Para Conductas Alimentarias de Riesgo y Apoyo Social

	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio	Chi-cuadrado	p
Ocupación							
	Ama de casa (n=14)	Profesionista (n=3)	Empleado (n=15)	Comerciante (n=5)	Otro (n=2)		
EAT26	19.89	31.50	18.50	18.50	18.50	16.110	.003
APOYO SOCIAL	18.32	17.33	21.40	22.00	20.25	1.065	.900
Nivel de estudio							
	Básico (n=14)	Bachillerato (n=8)	Carrera Técnica (n=6)	Licenciatura (n=11)			
EAT26	19.89	18.50	18.50	22.05		2.803	.423
APOYO SOCIAL	19.61	23.50	14.33	21.05		2.942	.401
Grado							
	Primero (n=62)	Segundo (n=112)	Tercero (n=72)				
EAT26	130.34	122.58	119.04			3.082	.214
APOYO SOCIAL	130.08	114.25	132.23			4.552	.103
Edad							
	12-14 (n=223)	15-16 (n=23)	29-44 (n=32)	45-55 (n=7)			
EAT26	144.48	134.70	137.41	148.86		1.779	.620
APOYO SOCIAL	142.28	146.83	146.75	136.07		.234	.972

Nota: Las diferencias estadísticamente significativas se encuentran en negritas

Relación entre EAT-26 y Apoyo Social

Se calculó el estadístico de correlación Phi en las diadas madre- hijo, para identificar la asociación entre las variables la cual no mostró una correlación directa de EAT-Total entre madres e hijos ($r\phi=0.001$, $p>.01$), sin embargo se mostraron asociaciones en áreas específicas del comportamiento alimentario. Para las madres respecto del EAT-Total y sus subescalas (Dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral). Se encontró una asociación moderada y positiva entre puntaje total EAT-26 y la Subescala de dieta ($r\phi =0.346$, $p<0.05$) y la subescala Bulimia y preocupación por la comida ($r\phi =.299$, $p<.05$). Además se encontró una correlación fuerte y positiva entre total EAT-26 y la ocupación ($r\phi =0.650$ $p<0.05$). En cuanto al apoyo social y EAT-26 se encontró una asociación moderada y negativa entre la escala de total EAT-26 y la subescala de apoyo familiar ($r\phi =-.0.386$, $p<.05$), entre la escala de total EAT-26 y total de apoyo social ($r\phi =-.0.346$, $p<.05$) y entre la subescala de apoyo familiar y la subescala de bulimia y preocupación por la comida ($r\phi =-0.351$, $p<.05$).

Por otro lado, se encontraron asociaciones para los estudiantes respecto del EAT-Total y sus subescalas, como una asociación fuerte y positiva entre EAT 26 y la Subescala de dieta ($r\phi =-.0.512$ $p<.05$), la subescala Bulimia y preocupación por la comida ($r\phi =-.0.541$, $p<.05$) y la subescala de control oral ($r\phi =-.0.409$, $p<.05$). Además, se encontraron correlaciones negativa moderada entre la subescala de apoyo familiar y la subescala de control oral ($r\phi =-0.354$, $p<.05$) y total de apoyo social y la subescala control oral ($r\phi =-0.348$, $p<.05$).

Discusión

En la presente investigación, el objetivo fue identificar la relación entre las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de educación secundaria y sus madres y evaluar la relación con su edad, grado escolar, sexo, ocupación y nivel de apoyo social, al respecto, los resultados obtenidos indican que tanto estudiantes como madres de familia presentan Conductas Alimentarias de Riesgo que se relacionan entre sí y con algunos de sus datos sociodemográficos.

En cuanto a los porcentajes encontrados en la presente investigación de la presencia de conductas alimentarias relacionadas con TCA, 10.6% de los estudiantes y el 7.7% de las madres de familia, son mayores a los reportados en otros estudios realizados en poblaciones con características similares, por ejemplo, en un estudio realizado por Ruiz (2018), evaluaron a 290 mujeres de entre 19 y 59 años, el rango de edad fue amplio, sin embargo el 5.52% presentó riesgo de TCA, de igual forma en estudios como el de Caldera y colaboradores (2018), donde se evaluó a adolescentes de entre 14 y 18 años y el de Vargas et al., (2021) con adolescentes de nivel secundaria, se encontró que el 7.3% y el 9.3%, respectivamente, presentaron riesgo de TCA, lo que podría significar que hay un aumento en el nivel de riesgo de los adolescentes y mujeres adultas mexicanas a través del tiempo.

Al respecto, en el Anuario de morbilidad nacional se reportó que en el año 2016 hubo 939 casos de Anorexia, bulimia u otros TCA en adolescente de entre 10 y 19 años de edad, en 2017 hubo 1067 casos, en 2018 se reportaron 982 casos y

en 2019, 1163 casos en este mismo rango de edad. Al mismo tiempo, en mujeres de entre 45 y 59 años, en el 2016 se reportaron 205 casos, en 2017, 241 casos, en 2018, 244 y en 2019, 228 casos, lo que indica que si podría estarse elevando el nivel de riesgo con el paso del tiempo, aun cuando ha habido años en los que el número de casos reportados de TCA ha disminuido, además, es importante tomar en cuenta que es muy probable que hay muchos casos que no están siendo contabilizados en estas cifras.

Ahora bien, en cuanto a que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de riesgo de presentar CAR relacionadas con TCA entre los adolescentes y sus madres, pudo deberse al tamaño de la muestra de madres de familia en comparación con número de participantes de estudiantes, sin embargo, aunque no hubo una diada que se encontraran ambos en riesgo, cada grupo presenta sus CAR, además de que se encontró similitud en su comportamiento alimentario ya que al ser la madre quien prepara con mayor frecuencia los alimentos que sus hijos y el resto de la familia consumen, es evidente que la madre es quien cumple un rol preponderante en la definición del estilo alimentario, a través de la transmisión de prácticas y gustos a sus hijos y otros miembros del hogar. Tal como lo menciona Osorio et al., (2002), la madre es comúnmente, la responsable de incorporar a su hijo a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia.

Al respecto, se encontró que tanto los adolescentes como sus madres, la mayoría reportan como factor principal para elegir un alimento el sabor y como

factor para evitarlo, el que no les guste, lo cual concuerda con lo descrito por Levit y Nadina (2011) quienes mencionan que factores personales, como la preferencia por distintos gustos, las pautas y la disponibilidad de alimentos entre otros, condicionan la adquisición de los hábitos alimenticios, siendo el rol de los padres y cuidadores clave en este proceso, por lo que las preferencias de los adolescente son el principal determinante a la hora de elegir los alimentos, es decir que ellos no van a consumir lo que no les guste. Al respecto, Bañuelos (2005) ha denominado a este factor como, “*good-food*”, en referencia a que ya no sólo es el tiempo el que determina la elección alimentaria sino que ahora es principalmente el sabor. Esto como respuesta a las modas y al gusto de los/as consumidores y usuarios.

Por otro lado, se encontró que los adolescentes suelen comer fuera de casa con mucha frecuencia, además de que reportaron tener preferencia por alimentos dulces y alimentos empaquetados, lo cual representa una conducta poco saludable. Esto coincide con lo reportado por Hidalgo (2021), donde menciona que Según la Academia Americana de Pediatría, los hábitos dietéticos inadecuados de los adolescentes, son: la tendencia a saltarse comidas; hacer mayor número de comidas fuera de casa; tomar snacks (tentempiés), especialmente de tipo dulce; consumir comidas rápidas (ricas en grasa saturada, con exceso de proteínas y sal, ricas en carbohidratos refinados, con escasa fibra y pobres en vitaminas y minerales) y hacer dietas erráticas, caprichosas o de moda.

Al respecto, es importante mencionar que es muy probable que esto tenga que ver con el contexto en el que se realizó el estudio ya que según la ENSANUT,

el consumo de alimentos y bebidas azucaradas aumentó durante el contexto de la pandemia, pues en la ENSANUT Covid19 del 2020, hubo un 46.1% de consumidores para el grupo de Botanas, dulces y postres, 35.5% para cereales dulces y 90.07% para bebidas endulzadas y en la versión del 2021 hubo un 40.5% de consumidores para botanas, dulces y postres, 42.5% para cereales dulces y 91.7% para bebidas endulzadas, lo cual resulta preocupante ya que son grupos de alimento no recomendables para su consumo cotidiano por ser poco saludables. Sumado a esto, la vida de muchas personas se volvió sedentaria ya que el confinamiento obligó a realizar casi todas las actividades cotidianas desde el hogar, aún más en los niños y jóvenes, por lo que puede ser que este tipo de alimentos estuvieran disponibles en casa. Al respecto Almendra-Pegueros et al. (2021) analizaron la conducta alimentaria a través de la restricción dietética, alimentación emocional e ingesta incontrolada, y los factores que se asocian con estas conductas durante el confinamiento por COVID-19 en países hispanohablantes, plantean que el confinamiento ha producido modificaciones significativas, creando patrones que no son saludables, además de una reducción de la actividad física y el incremento del sedentarismo, trayendo consigo consecuencias en el estado conductual y emocional: la depresión, ansiedad, estrés e irritabilidad, y su relación con la nutrición, los hábitos del sueño y de actividad física.

Sin embargo, se encontró también que los adolescentes tienen preferencia por alimentos como frutas, pescados y mariscos, contrario a lo reportado en otros estudios como en el de De los Santos (2018) donde en un grupo de 259 estudiantes de educación secundaria se encontró que su consumo de pescado,

verduras y frutas se encuentra muy por debajo en la mayoría de los casos, sugiriendo fomentar el consumo de este tipo de alimentos por ser ricos en micronutrientes que benefician a obtener una vida saludable.

En cuanto a la facilidad para leer las etiquetas nutrimentales de los productos que los participantes consumen, se encontró que, en el caso de los adolescentes las respuestas estuvieron polarizadas ya que la mayoría dice leer y entender las etiquetas o por el contrario no entenderlas para nada. Esto concuerda con lo reportado por un estudio realizado por Galarza (2019) con adolescentes en Ecuador, donde la mayoría reportan identificar las etiquetas nutrimentales pero solo la mitad las lee y quien no lo hace, la razón principal es porque no entienden el contenido de dichas etiquetas. Esto puede relacionarse con lo descrito en un artículo publicado en la revista de Salud Pública de México en 2018, por un Comité de expertos académicos nacionales del “Guías Diarias de Alimentación” o GDA en las que se indican la cantidad y el porcentaje de grasa saturada, otras grasas, azúcares totales, sodio y energía (en kcal) por el contenido total del envase, y por porción, es difícil de comprender por la mayor parte de la población, incluso entre la población de alta escolaridad. Además, existe 10% de la población que, por no saber leer o por tener dificultad para comprender la lectura, no tiene acceso a la información que contiene la etiqueta de los productos industrializados.

Sin embargo, es probable que la implementación del etiquetado chileno conocido como etiquetado de emergencia, que consistió en agregar un sistema de etiquetado frontal de advertencia en alimentos empacados y bebidas embotelladas que indiquen si el producto tiene un contenido excesivo de nutrientes críticos que

pueden afectar la salud, haya influido significativamente en los participantes, tanto en adolescentes como madres de familia que dicen saber leer y entender las etiquetas, ya que, tal como lo menciona Giobercho (2021) gracias a este tipo de etiquetado, que se implementó en México en el 2020, se ha demostrado una disminución en las compras de productos con altos niveles de nutrientes críticos, además de que la mayoría (90%) de las madres de preescolares, entienden y valoran positivamente los sellos de advertencia y, al menos en estudios realizados en población Chilena, el 92% de las personas, reportan entender la información de los sellos.

Por otro lado, también es importante mencionar que el leer y entender las etiquetas de los alimentos, puede considerarse una CAR ya que se ha visto que esta conducta es muy común entre pacientes con algún TCA por su preocupación por contar calorías de manera obsesiva o evitar cierto tipo de alimentos y mantener una dieta muy restrictiva, por lo que es importante poner atención en ello y en futuras investigaciones considerar evaluar las razones por las que algunos participantes llevan a cabo esta conducta y definir si está relacionada con el deseo de cuidar su salud o si puede incurrir en una CAR que indique el posible desarrollo de un TCA.

Respecto a la disposición al cambio en cuestión de hábitos alimentarios, la mayoría de adolescentes como madres de familia, reconocen la conducta de cuidar la alimentación y hacer ejercicio como medida para cuidar su cuerpo, además de que dicen estar dispuestos a adquirir hábitos saludables, sin embargo, ambos grupos reportan una falta de motivación para hacerlo, esto puede relacionarse con

lo mencionado por Campos y Romo-González (2014), quienes mencionan que existen mecanismos de motivación extrínsecas a los cuales se recurre constantemente en los procesos de cambio de hábitos, tales como la aprobación de terceros, el deseo de verse como otra persona, comparando su cuerpo y su nivel de vida etc., lo cual generalmente resultan poco efectivas por lo que, los mecanismos de motivación idóneos, van a depender del sujeto en cuestión dado que cada persona conoce lo que le funciona mejor como motivante para el mantenimiento de una conducta, y en el caso de los hábitos alimentarios mucho se logra cuando el sujeto asume como principal mecanismo de motivación su bienestar físico y emocional a largo plazo por lo que se hace importante fomentar mediante estrategias de adquisición de hábitos saludables el poner este bienestar físico y emocional como objetivo principal, y no el alcanzar un estereotipo de belleza o el tener cierto tipo de cuerpo, ya que estos últimos suelen ser aspiraciones inalcanzables, lo que puede resultar desmotivante y causar frustración en quien está intentando incorporar a su rutina hábitos saludables.

En otro sentido, un dato importante que se encontró fue que no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la variable sexo respecto al nivel de riesgo de TCA ya que el 11.8% de 170 mujeres y el 7.8% de 115 hombres que participaron presentaron un nivel de riesgo alto. Esto es contrario a lo que se ha encontrado en investigaciones anteriores donde las mujeres tienden a tener mayores puntajes, esto podría explicarse ya que en la actualidad, tanto hombres como mujeres se encuentran expuestos a imágenes que sugieren una presión por alcanzar ciertos estándares de belleza, por lo que se ha ido generando también en los

hombres una preocupación por su imagen corporal, por lo cual tienen mayor riesgo de llevar a cabo algún tipo de CAR, afectando su salud psicológica.

Por otro lado, con referencia a la diferencia que se encontró entre la ocupación de las madres respecto al nivel de riesgo de TCA, puede verse que el rango promedio es mayor entre las madres que son profesionistas, por lo que se puede deducir que son más vulnerables a presentar CAR, lo cual coincide con lo reportado por Moral y Meza (2012) quienes mencionan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que entre las amas de casa, ya que estas primeras se preocupan más por su imagen, tienen menos hijos y más tardíos, nunca dejan de cuidar su atractivo físico y de construir un sentido a su vida fuera del hogar y por el contrario, entre las mujeres que se dedican al hogar hay más obesidad, por lo que se puede decir que las mujeres profesionistas son más propensas a incurrir en CAR relacionadas con trastornos como la bulimia o anorexia.

Ahora bien, en cuanto a la relación que se encontró entre el nivel de riesgo de TCA y las conductas de dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral, tanto en adolescentes como en madres de familia, se observa que los participantes que presentaron un alto nivel de riesgo presentan comúnmente conductas como preocupación por la comida, evitar cierto tipo de alimentos, contar calorías, hacer ejercicio para quemar grasa y deseo de estar delgado. Esto quiere decir que estas conductas están relacionadas entre sí, es decir, que es muy probable que si una persona comienza a presentar alguna de las conductas anteriormente mencionadas, es muy probable que desarrolle otras que pueden afectar tanto su salud física como psicológica.

Respecto al apoyo social, se encontró que, en el caso de los adolescentes, la mayoría percibe su nivel de apoyo social, tanto de amigos como de la familia como alto, lo que puede resultar beneficioso para aquellos que podrían presentar riesgo de TCA, ya que la familia y otras relaciones proximales como los amigos, son el contexto natural para recibir apoyo, para usarlo como protector de la salud. Sin embargo, es importante prestar atención a los casos donde la percepción del apoyo familiar no fue tan buena, especialmente en la Escuela 2, ya que se encontró una diferencia significativa entre escuelas respecto al nivel de apoyo social, siendo esta escuela la que presentó un rango promedio menor y a su vez hubo una correlación negativa, aunque débil, pero significativa entre el nivel de apoyo familiar y el riesgo de TCA y conductas relacionadas con dieta y el control oral lo que puede estar relacionado con lo mencionado por Pérez (2018) acerca de que los pacientes diagnosticados con un TCA, suelen mostrarse más insatisfechos con sus redes de apoyo, más ansiosos, incómodos y alienados, sus redes sociales son más pequeñas comparadas con las de individuos sin un trastorno y, en particular, los pacientes con bulimia nerviosa perciben menor apoyo social de la familia y amigos y tienen un mayor número de interacciones interpersonales negativas. Por lo que quienes presentan un nivel de riesgo alto de incurrir en CAR, puede estar relacionado con su percepción respecto al apoyo social que reciben.

En conclusión se puede decir que el nivel de riesgo de desarrollar un TCA ha ido en aumento entre la población adolescente y de mujeres adultas, a través de los años, además de que los hombres han incurrido con mayor frecuencia en CAR que afectan su salud. Por otro lado, es evidente que los hábitos de las madres de

familia influyen de manera importante en las conductas de sus hijos hablando en este caso del comportamiento alimentario, ya que ellas tienen un papel importante, puesto que son quienes comúnmente enseñan ciertas prácticas como pueden ser horarios, que productos comprar, como preparar los alimentos e incluso la preferencias a la hora de elegir que comer, dónde hacerlo y en compañía de quien por lo que se hace importante prestar atención no solo al comportamiento de los adolescentes en cuanto a su alimentación, sino también poner el ojo en el comportamiento y hábitos de las madres de familia por lo que se sugiere implementar estrategias para enseñar a la madres a adquirir hábitos saludables que puedan llevar hasta sus hogares y de esta forma ver también un cambio en el comportamiento de los adolescentes e incluso en familias completas, disminuyendo así conductas alimentarias de riesgo que comprometan la salud de las personas.

En este sentido, es importante también, fomentar el apoyo social, sobre todo dentro del ambiente familiar ya que el tener interacciones positivas en el hogar puede ayudar a disminuir la presencia de CAR en todos los integrantes de la familia ya que la hora de la comida es un escenario donde comúnmente se ven reunidas las personas que la integran y el generar un ambiente positivo es de ayuda para mejorar la relación con los alimentos y mejorar las practicas a la hora de comer.

Finalmente, en cuanto a las limitantes de esta investigación, un aspecto importante a considerar fue la forma de aplicación de los instrumentos ya que se

realizó a mediados del 2021 de manera remota mediante un formulario de google debido a la contingencia por SARS Covid- 19, por lo que se sugeriría, en futuras investigaciones hacerlo de manera presencial ya que los instrumentos están diseñados originalmente para ser aplicados de esta manera. Además, de esta forma podría haber una mayor participación de las madres de familia ya que en el caso de este estudio fue complicado tener contacto directo con ellas por lo que su participación fue mucho menor que en el caso de los estudiantes por lo que sería interesante poder estudiar las diadas madre-hijo, para tener más certeza en cuanto a la relación que tiene el comportamiento alimentario de ambos. Aunado a esto, otra limitante sería el no poder generalizar los hallazgos encontrados a la población en general ya que no se contó con mayor número de diadas.

Futuras líneas de investigación pueden estudiar la relación del comportamiento paterno en la alimentación de los hijos ya que como lo vimos aquí, el nivel de riesgo en hombres adolescentes ha aumentado y sería relevante ver cómo se comportan también los hombres adultos y cómo esto puede influir en sus hijos ya que en la actualidad hay muchos hombres que se dedican de manera exclusiva a las labores del hogar, incluyendo la preparación de alimentos para la familia. Además se pueden incluir variables como el uso de redes sociales y la influencia de movimientos como el “*body positive*” que busca incentivar la aceptación y el estar a gusto con el propio cuerpo, e inclusive realizar estudios enfocados en otros problemas de salud como la obesidad y el sobrepeso, que son muy comunes entre la población mexicana.

Referencias.

- Almarcegui, B. (2018). *Estudio sobre la satisfacción sexual en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Zaragoza]. <https://core.ac.uk/download/pdf/289973939.pdf>
- Almendra, R., Baladia, E., Ramírez, C., Rojas, P., Villa, A., Moya, J., Apolinar, E., Lazzara, A., Buhring, K., Nessier, M., Martínez, S., Camacho, S., Zambrana, A., Martínez, P., Raggio, L. y Navarrete, E. (2021). Conducta alimentaria durante el confinamiento por COVID-19 (CoV-Eat Project): protocolo de un estudio transversal en países de habla hispana. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(3), 150-156. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n3.26.7>
- Alonso, A., Meléndez, M. y González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de Atención Primaria*. 19, 118-123. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Altamirano M, Vizmanos B. y Unikel C. (2011). Continúo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30, 401-407. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/401-407/>.
- Álvarez, L., Aguaded, M. y Ezquerro, M. (2014). La alimentación familiar.

Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (19), 2051-2069. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250752>

Alvarez, S. (2013). *Apoyo social percibido como factor protector de los trastornos de la conducta alimentaria*. [Tesis de licenciatura, Universidad abierta Interamericana.]. <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112793.pdf>

Amaya, A., Alvarez, G., Ortega, M. y Mancilla, J. (2017). Influencia de pares en preadolescentes y adolescentes: Un predictor de la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8 (1), 31-39.
<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/426/591>.

American Psychiatric Association.- APA (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-4* (4ta.ed.).
<https://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/DsmIV.Castellano.1995.pdf>

American Psychiatric Association.- APA (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a.ed.).
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guiaconsulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Aravena, C. (2016). Trastornos de conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual. *Federación psicoanalítica de America Latina*.

<http://www.fepal.org/wp-content/uploads/363-esp.pdf>

Baile, J. y González, M. (2010). Trastornos de la Conducta Alimentaria antes del Siglo XX. *Psicología Iberoamericana*, 18 (2), 19-26.

<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915921003.pdf>.

Baile, J. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*. 142 (1).

<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>

Bañuelos, C. (2005). La influencia de la moda en el cambio social de los valores estéticos y corporales. En I Jornadas de Sociología. El Cambio Social en España. Visiones y retos de futuro. Madrid, España: *Centro de estudios andaluces*.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip2012/mipM121j.pdf>

Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200001

Behar, R. y Arancibia, M. (2014). Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista chilena de pediatría*, 85

(6). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-

41062014000600012.

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 25 (6), 483-490.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n6/v35n6a5.pdf>.

Betancourt, L; Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Médica*, 48 (3), 261-276.
<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668007.pdf>.

Birch, L. y Fisher, J. (2008). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2530928/>

Cala, I. (2014). *Los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Evolución Histórica y Situación Actual*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cádiz].
<https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16973/TFG%20terminado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Caldera, I., Del Campo, P., Caldera, J., Reynoso, O. y Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10 (1), 22-31.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v10n1/2007-1523-rmta-10-01-22.pdf>.

- Campos, Y. y Romo-González, P. (2014). La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. *Revista Psicología Científica*, 16 (11).
<https://www.psicologiacientifica.com/complejidad- cambio-habitos alimentarios/>
- Casanova, I., Cabañas, V. y Montes, I. (2018). Tratamiento de un caso de trastorno de la conducta alimentaria desde la perspectiva de aceptación y compromiso. *Revista de casos clínicos en salud mental*, 1, 85-117.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642694>
- Casas, J. y Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*, 10 (1), 20 24.
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Castillo, A. (s/f). *Relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo con la depresión y el ambiente familiar en estudiantes de educación media y media superior*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_alma_de lia.pdf.
- Castillo, D. y León (2013). Conceptos sobre alimentación y nutrición. *Educación sanitaria en alimentación y nutrición*. Formación Alcalá. 17-25. <https://www.faeditorial.es/capitulos/educacion-sanitaria-alimentacion->

nutricion.pdf

Castrillón, I. y Giraldo, O. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación?. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 57-74.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100005&lng=pt&nrm=iso.

Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8 (1), 21-33. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf>.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). Guía de Trastornos Alimenticios.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>.

Comité de expertos académicos nacionales del etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas para una mejor salud (2018). Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: una estrategia para la toma de decisiones saludables. *Salud Publica de México*. 60(4.).

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000400024

Cramer, M., Quiles, Y. y Quiles, M. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *Información psicológica dossier*, 116, 18-31.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735202>.

Cuadro, E. y Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 6 (2).
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>

Del Bosque, J. y Caballero, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 66 (5).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002.

De los Santos, M.(2018). Análisis de creencias y hábitos sobre alimentación y riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Educación Secundaria. *Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla. España*. 3(10):768-788. <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2642/html2642>

Díaz, M. (2014). Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. *Revista de la Facultad de Medicina*. 68 (2), 237-245.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a10.pdf>.

Díaz, M., Bilbao, G., Unikel, C., Muñoz, A., Escalante, E. y Parra, A. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas

alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10 (1), 53-65.

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/490/730>.

Dirección General de Epidemiología. (2017) Anuarios de Morbilidad México. 1984-2018. Secretaría de Salud; [acceso el marzo del 2020].

https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_nacional.html

Duffy, D. (2017). *Autoestima y Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes*.

[Tesis de licenciatura, Universidad Argentina de la Empresa.]

<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/8027/AGO-STINI%20-TIF.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

Duno, M. y Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*. 46 (5).

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182019000500545.

Echeburúa, E; Salaberría, K. y Cruz, M. (2014) Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*. 32 (1).

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100007#:~:text=El%20DSM%2D5%20es%20una,de%20trastornos%20de%20la%20personalidad.

Escandón, N. y Garrido, G. (2020). Trastorno por Atracción: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. ; 40(4) 108-115. <https://doi.org/10.12873/404escandon>

Espina, A. (2007). Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica.

Cuadernos de Terapia Familiar, 66, 119-128.

http://centrodepsicoterapia.es/pdf_art/75-BnImpulPsiDinamica.pdf:

Fernández, L. (2015). *Apoyo Social Percibido y Factores de Riesgo Asociados al posible desarrollo de trastornos alimentarios en estudiantes universitarios*.

[Tesis de licenciatura, Universidad Argentina de la Empresa].

<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/2513/Daily.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca e investigació en antropología*. (3) 2-16.

http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf

Fernández, N. (2013). Trastornos de conducta y redes sociales en Internet. *Salud Mental*, 36 (6), 521-527.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000600010

Fernández, R. (2015). *El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona].

<https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/377765/rfp1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fiallo, R., Vizcaíno, A. y Catro, J. (2022). Reflexiones sobre el apoyo social en el afrontamiento a la COVID-19. Información para directivos de la salud. *Editorial de Ciencias Médicas*. 35.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199635212021000200018.

Figuerola, G. (2018). *Apoyo social en los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro del distrito del Rímac, Período 2018*. [Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3314/TRAB.SUF_PROF_Georgina%20Rogelia%20Figuerola%20Barrendos.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Flores, Y., Ortiz, R., Cárdenas, V., Ávila, H., Alba, C. y Hernández, R. (2014). Estrategias Maternas de Alimentación y Actividad Física y su Relación con el Estado Nutricional de los Hijos. *Revista latinoamericana de enfermagem*. 22 (2), 286-292. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00286.pdf

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de Pediatría*. 86 (6).
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010

Galarza, G., Robles, J., Chávez, V., Pazmiño, K. y Castro, J. (2019). Conocimiento, usos y opiniones del etiquetado nutricional de alimentos procesados en adolescentes ecuatorianos según el tipo de colegio. *Perspectiva en nutrición humana*, 21 (2). Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103614/v21n2a2.pdf>

García, S. (2014). *La anorexia a través del tiempo*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid. España].
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/6907/TFGM105.pdf;jsessionid=BA7A47A09B1304A205D4D6F8490C6C6A?sequence=1->

García, R. (2012). La personalidad adolescente y subdesarrollo social y moral. *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial.
<https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20Personalidad/Curso%201213/Apuntes%20Tema%203%20La%20personalidad%20adolescente%20y%20social%20y%20moral.pdf>.

Gayou, U. y Ribeiro, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de trastornos alimentaria*, 5 (2), 52-55.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232014000200006.

Gimenez, P; Chorreche, M. y Rivarola, M. (2013). Autoestima e Imagen Corporal.

Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en pre- adolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina.

Fundamentos en Humanidades, 14(27), 83-93.

<https://www.redalyc.org/pdf/184/18440029004.pdf>.

Giobercho, G. (2021). Los sellos de advertencias en envases mejoran los hábitos de compra de alimentos, según estudios regionales. *Infobae*.

<https://www.infobae.com/salud/2021/08/14/los-sellos-de-advertencias-en-envases-mejoran-los-habitos-de-compra-de-alimentos-segun-estudios-regionales/>

Godoy, C., Denegri, C. y Schnettler, B. (2018). Significados asociados a la noción de cuerpo y las prácticas alimentarias: Un estudio cualitativo con madres chilenas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(2), 145-159.

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/482/687>.

González, C. (2018). Afrontamiento y apoyo social ante el diagnóstico reciente de cáncer de mama. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica de Perú].

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12242/Gonzalez_Castillo_Afrontamiento_apoyo_social1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González, C. y Martín-Javato, L. (2015). Eficacia del tratamiento cognitivo

conductual para un caso de bulimia nerviosa. *Revista de Casos Clínicos en*

Salud Mental. 1, 19-41.

<https://ojs.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/>

16

González, M. y Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de Investigación psicológica*, 4(2), 1469-1480.
https://www.researchgate.net/publication/272381343_Propiedades_Psicometricas_de_la_Escala_de_Apoyo_Social_Familiar_y_de_Amigos_AFAR_en_una_Muestra_de_Estudiantes

González, K. (2020). *Construcción de la Identidad del Adolescente Posmoderno en Escenario Educativo*. [Tesis de maestría. Universidad de la Costa CUC].
<https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/6016/Construcci%C3%B3n%20de%20Identidad%20del%20Adolescente%20Posmoderno%20en%20Escenario%20Educativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guadarrama, R. y Mendoza, S. (2011). Factores de riesgo de anorexia y bulimia en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 125-136.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29215963011.pdf>

Güemes, M., Ceñal, M. e Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 5(1): 7-22. <https://www.adolescere.es/pubertad-y-adolescencia/>.

Hernandez, J. y Ledon, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*. 29(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532018000200009

Hidalgo, M. (2021). Alimentación en la adolescencia. Mitos y realidades. *Adolescere*. 9(1). <https://www.adolescere.es/alimentacion-en-la-adolescencia-mitos-y-realidades/>

Ibarzábal, M., Hernández, J., Luna, D., Vélez, J., Delgadillo, M., Manassero, V., Bernal, E., González, L., Ortiz, A., Moguel, A., Córdova, A. y Ramos, M. (2015). Anorexia nerviosa: revisión de las consideraciones generales. *Revista de Investigación Médica del Sur de México*, 22 (3), 112-117.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2015/ms153a.pdf>.

Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17 (2), 88-93.
<https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de Salud Pública.
INEGI-INSP (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 Ensanut – Diseño Muestral*.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Jiménez, D., Alvarez, E. y Cahuaza, L. (2017). *Apoyo social percibido y comportamiento de riesgo sexual en adolescentes de pueblo joven Túpac Amaru, Iquitos 2017*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana].
http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4870/Dayanne_Tesis_Titulo2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jorge, E. y Gonzalez, M. (2017). Estilos de crianza parentales. Una revisión teórica. *Informes Psicológicos*. 17(2), 39-66.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044268>.

Marco, M., Quiles, Y. y Quiles, M. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *Información psicológica*, 116, 18-31.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735202>.

Marquez, Y., Salazar, E., Macedo, G., Altamirano, M., Bernal, M., Salas, J. y Vizmanos, B. (2014). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 30 (1), 153-164.
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v30n1/20originalvaloracionnutricional01.pdf>.

Martínez, F. (2018). *Estima Corporal en varones universitarios: Influencia de pares y medios de comunicación*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de México.]

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/95199/2018%20FANNY%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4), 1-16.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>.

Méndez, J., Vázquez, V. y García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65 (6), 579-592.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462008000600014.

Méndez, Y. y Cerquera, A. (2020). Apoyo social en población con trastornos alimentarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 62. 88-120.

<https://www.redalyc.org/journal/1942/194265735006/html/>.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012). *Adolescencia. Manual Clínico*. Asunción: Paraguay.

<https://fjre.org.py/wp-content/uploads/2019/08/Adolescencia-Manual-Cl%C3%ADnico-October-2012.pdf>

- Monagas, C. (2016). *Apoyo social, el camino hacia la salud integral*. [Trabajo de final de grado, Universidad de las palmas de gran canaria].
https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/21732/4/0713620_00000_0000.d
- Moral, J. y Meza, C. (2012). Predicción de alteración de conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Revista de salud mental*. 35(6).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000600006.
- Morandé, G., Graell, M. y Blanco, A, (2014). Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Editorial Médica Panamericana.
- Moreno, J. y Galiano, M. (2015). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría General*, 19(4), 268-276.
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/05/n4-268-276_Jose%20Moreno.pdf.
- Moreno, M. y Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27(2).
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07184808200900200004.
- Montañes, M; Bartolomé, R; Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*. (17), 391-407.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003557.pdf>

- Muñoz, L. (2013). *Incidencia de problemas alimenticios: anorexia, bulimia y obesidad en estudiantes de segundo básico de dos instituciones educativas*. [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Lanívar].
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Munoz- Leslie.pdf>.
- Levit, N. (2011). *Preferencia y conducta alimentarias en los adolescentes*. [Tesis de Licenciatura, Universidad abierta interamericana.]
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/tc111515.pdf>.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Descripción y Manejo. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22 (1), 85-97.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf.
- López, G., Sánchez, D. y Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodología de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 2 (2).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232011000200008.
- López, M. (2016). *Imagen corporal e insatisfacción con el propio cuerpo en Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Jaén].
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3528/1/Lpez_Garca_Macarena_TFG_

Psicologa.pdf.

Lozano, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *In crescendo*, 3 (2), 299-311.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5127559>.

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de psicología* 37 (3), 209-223.

<https://raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61838>

Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología: Avances de la disciplina*. 4 (2), 69-82.

<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a07.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Desarrollo en la adolescencia*.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Clasificación estadística*

internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud

decima revisión. Washington, D.C.

<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>.

Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*. 29 (3).

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717751820020

00300002

- Oudhof, H., Mercado, A. y Robles, E. (2019). Cultura, diversidad familiar y su efecto en la crianza de los hijos *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 14(48). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31657676005>,
- Papalia, D., Wendkos, S y Duskin, R. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. McGraw-Hill. <http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA2009.pdf>
- Papalia, D; Duskin, R. y Mortorell, G. (2012). Desarrollo humano. McGraw-Hill.. <https://www.academia.edu/20423118/Desarrollo-humano-Papalia12a>
- Papp, J. y Campos, I. (2010). Hábitos y conductas en la alimentación de lactantes menores hospitalizados por desnutrición grave. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 73 (2), 9-17. <https://www.redalyc.org/pdf/3679/367937040003.pdf>
- Pérez, A. (2018). *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <http://eprints.ucm.es/46697/1/T39643.pdf>.
- Pineda, G., Gómez, G., Platas, S. y Velasco, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8 (1), 49-55. <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/412/589>.

Plumed, J. y Rojo, L. (2014). Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. En *Trastornos de la conducta alimentaria*. 27-33.

Morandé: Editorial Médica Panamericana.

<http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498357417.pdf>.

Portela, M., Costa, H., Mora, M. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión.

Nutrición Hospitalaria, 27 (2).

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112012000200.008-

Radilla, C., Vega, S., Gutierrez, R., Barquera, S., Barriguete, J. y Coronel, S. (2015).

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21.

<http://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/Web%20RENC%2020151art%203.pdf>.

Real Academia de la lengua española (2018). Diccionario de la lengua española, 23 ed., [versión 23.5 en línea] <https://dle.rae.es/contenido/cita> [Julio 2021].

Quiles, Y., Terol, M. y Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión.

International Journal of Clinical and Health Psychology, 3 (2), 313-333.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33730207.pdf>

Rice, P. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. Prentice-hall

Hispanoamericana.

Rodríguez, J. y Ledón, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista cubana de endocrinología* 29(2). 1-12.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubend/rce2018/rce182i.pdf>

Rodríguez, L., Antolín, M., Vaz, F. y García, M. (2006). Trastorno del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. *Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2*.

<http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1488.pdf>.

Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J. y Garzón, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (1), 19-26.

<https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951004.pdf>.

Rodríguez, L. (2017). El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral*. 21 (4), 262-269.

https://www.pediatriaintegral.es/wpcontent/uploads/2017/xxi04/04/n4-261269_LuisRguez.pdf

Romo, M. (2020). *Influencia de las redes sociales en la satisfacción de la imagen corporal de las adolescentes*. [Tesis de grado, Universidad de Cádiz].

<https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/23419/Romo%20del%20Olmo%20C%20M.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Rosa, Y., Negron, N., Quiñones, A. y Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 33 (1).

<https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79933768003/index.html>

Rosabal, E., Romero, N., Ramírez, K. y Hernández, R.(2015).Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 44(2).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572015000200010.

Rubinstein, A. (2002). *Perspectiva gestáltica de los trastornos alimentarios: un taller vivencial*. [https://es.scribd.com/doc/189042994/Perspectiva-Gestaltica-de-Los-Trastornos- Alimentarios-Adriana-Rubinstein-Agunin](https://es.scribd.com/doc/189042994/Perspectiva-Gestaltica-de-Los-Trastornos-Alimentarios-Adriana-Rubinstein-Agunin).

Ruiz, G. y Reynaga, M. (2017). Influencia de medios de comunicación en el desarrollo de trastornos de la alimentación en estudiantes de preparatoria. *Jóvenes en la ciencia*. 13(1), pp 324-328.

<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/932/pdf1>.

Ruiz, P. (2003). Detección de actitudes alimentarias de riesgo entre los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. *Revista de psicopatología y salud mental*. 1. 37-12.

<https://www.fundacioorienta.com/wpcontent/uploads/2019/02/Ruiz->

Pedro1.pdf

Ruiz, P. (2010). Medicina de la adolescencia. *Medicine*. 10 (61).

<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf>.

Saldaña, C.(2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 13(3), 381-392.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72713304.pdf>

Sánchez, V., Fornons, D., Aguilar, A., Vaqué, C. y Milá, R. (2015). Evolución de los conocimientos acerca de los trastornos del comportamiento alimentario, a través de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza post-obligatoria. *Nutrición y Clínica Dietética Hospitalaria*, 35 (1), 32-41.

<https://revista.nutricion.org/PDF/151114EVOLUCIONCONOCIMIENTOS.pdf>.

Serra, M. (2015). Trastornos del comportamiento alimentario. Enfoques preventivos. Editorial UOC.

Sesento, L. (2015). La influencia de los medios de comunicación en los jóvenes.

Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales. (29).

<https://www.eumed.net/rev/cccss/2015/03/informacion-jovenes.html>.

Silva, C., Jiménez, B. y Hernández, A. (2013). Factores Relacionados con las Prácticas Maternas de Control Alimentario en Preescolares. *Actas de investigación psicológica*. 3 (3), 1298-1310.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709682>

Silva, C. y Sanches, J. (2006). Ambiente familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 173-183.

<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649003.pdf>.

Silva, N., Mesa, M. y Escudero, D. (2014). Riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza media en institutos adventistas de argentina. *Actualización en Nutrición*, 15 (4), 89-98.

http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_15/num_4/RSAN_15_4_89.pdf.

Tejeda, R. y Neyra, M. (2015). *La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. [Tesis de pregrado, Universidad Pablo de Olavide. Sevilla].

http://www.tcsevillla.com/archivos/alimentacion_familiar.pdf.

Temboury, M. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Pediatría Atención Primaria*. 11 (16).

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600002

Tornero, M., Bustamante, R. y Arco, R. (2014). Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Revista de psicología clínica con niños y adolescentes, 1(1).

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4771/477147183001/html/index.html>

Unikel, C., Bojorquez, I., y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515. <http://www.scielo.br/pdf/spm/v46n6/22563.pdf>

Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo, T., Trujillo, E., García, F. y Trejo, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación clínica*, 62 (5), 424-432. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>.

Unike, C. y Caballero A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la conducta alimentaria*. Instituto Nacional de Psiquiatría Manuel de la Fuente Muñiz. http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf.

Unikel, C; Díaz, C. y Rivera, J. (2017). *Conductas Alimentarias de Riesgo y Factores de Riesgo Asociados: Desarrollo y Validación de Instrumentos de Medición*. Universidad Autónoma Metropolitana. http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf.

Valadez, I., Amezcua, R., Cerda, L. y González, N. (2004). El adolescente y sus relaciones con la familia. *Educar*. 67-76. https://www.researchgate.net/publication/315664054_El_adolescente_y_sus_relaciones_con_la_familia

- Valdez, M., Vazquez, R., Guzman, R., Figueroa, J. y Rodriguez, A. (2022).
Intervención multidisciplinar en línea para mujeres con trastorno por atracón.
Terapia Psicológica. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082022000200171>
- Varela, O., Serrano, E., Rodríguez, V., Curet, M., Conangía, G., Cecilia, R; Carulla,
M., Matalí, J. y Dolz, M. (2017). Ideación suicida y conductas autolesivas en
adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Actas Españolas de
Psiquiatría*, 45 (4), 157 166
[.https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-
15766616839.pdf](https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-15766616839.pdf).
- Vásquez, E., Alvarez, L., Romero, E. y Larrosa, A. (2009). Importancia de la
transición nutricia en la población materno-infantil. Parte I. Experiencias en
México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 66 (2),109-123.
[https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2022
5-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=20225-)
- Vásquez, V. y Reidl, L. (2013). El papel de la madre en los trastornos de la conducta
alimentaria: una perspectiva psicosocial. *Psicología y Salud*. 23(1), 15-24.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/511/848>
- Vargas,R., Bautista, M. y Romero, A. (2021). Conductas alimentarias de riesgo e
insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria: el papel del sexo y
ubicación de la escuela. *Educación y salud científico instituto de ciencias de
la salud*. 3(18). 11-19.

Velandia N., Cárdenas, L. y Agudelo N. (2011) ¿Qué ofrecen las tiendas escolares y qué consumen los estudiantes durante el descanso? estudio en la ciudad de Tunja. *Hacia la promoción de la salud*.16:99-109.

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a07.pdf>

Villalba, T. (2017). *El bienestar de los adolescentes en las modernas estructuras familiares*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid].

<https://eprints.ucm.es/43329/1/T38928.pdf>

Villarreal, M., Castro, R. y Domínguez, R. (2016). *Familia, adolescencia y escuela: un análisis de la violencia escolar desde la perspectiva Eco-sistémica*.

Editorial Universitaria UANL: México.

<https://www.uv.es/lisis/juan/2017/libro-familia.pdf>

Anexo 1.

Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26) (Ruiz, 2010)

Eating attitudes test (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Anexo 2

Cuestionario de Comportamiento Alimentario (Márquez et al., 2014).

CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
Por favor marque una única opción

1. ¿Qué factor consideras más importante al elegir un alimento para su consumo?

- a. Su sabor
 b. Su precio
 c. Que sea agradable a la vista
 d. Su caducidad
 e. Su contenido nutricional

2. Me es difícil leer las etiquetas nutricionales:

- a. Por falta de tiempo
 b. Porque no me interesa
 c. Porque no las entiendo
 d. Por pereza
 e. Sí las leo y las entiendo

3. Si evitas algún alimento, ¿Por qué motivo lo haces?

- a. Porque no me gusta
 b. Por cuidarme
 c. Porque me hace sentir mal
 d. No suelo evitar ningún alimento

4. ¿Cuál es la preparación más habitual de tus alimentos?

- a. Fritos (Incluye empanizados y capados)
 b. Al vapor o hervidos
 c. Asados o a la plancha
 d. Horneados
 e. Guisados o salteados

5. ¿Quién prepara tus alimentos con mayor frecuencia durante la semana?

- a. Yo
 b. Mi mamá
 c. Los compro ya preparados
 d. Otro: _____

6. ¿Qué haces normalmente cuando te sientes satisfecho?

- a. Dejo de comer sin problema
 b. Dejo de comer pero me cuesta hacerlo
 c. Sigo comiendo sin problema
 d. Sigo comiendo pero me siento mal de hacerlo

7. ¿Qué haces con la grasa visible de la carne?

- a. La quito toda
 b. Quito la mayoría
 c. Quito un poco
 d. No quito nada

8. Habitualmente mastico cada bocado más de 25 veces:

- a. Totalmente en desacuerdo
 b. En desacuerdo
 c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 d. De acuerdo
 e. Totalmente de acuerdo

9. Registra las horas y personas con las que habitualmente ingieres alimentos durante el día?

9. Entre semana		10. El fin de semana	
Hora	Con quién	Hora	Con quién
1. _____	_____	1. _____	_____
2. _____	_____	2. _____	_____
3. _____	_____	3. _____	_____
4. _____	_____	4. _____	_____
5. _____	_____	5. _____	_____
6. _____	_____	6. _____	_____
7. _____	_____	7. _____	_____

28. ¿Qué haces o estarías dispuesto a hacer para cuidar tu cuerpo?

- a. Cuidar mi alimentación
- b. Seguir un régimen dietético temporal
- c. Hacer ejercicio
- d. Cuidar mi alimentación y hacer ejercicio
- e. Tomar suplementos dietéticos o productos herbolarios
- f. Nada

29. ¿Qué consideras que te hace falta para mejorar tu alimentación?

- a. Más información
- b. Apoyo social
- c. Dinero
- d. Compromiso o motivación personal
- e. Tiempo
- f. Nada, creo que mi alimentación es saludable
- g. No me interesa mejorar mi alimentación

30. Consideras que tu dieta es:

- a. Diferente cada día
- b. Diferente solo algunas veces durante la semana
- c. Diferente solo durante los fines de semana
- d. Muy monótona

31. ¿Crees que eres capaz de utilizar un consejo de nutrición para mejorar tu estado de salud?

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En desacuerdo
- c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- d. De acuerdo
- e. Totalmente de acuerdo

Note: A continuación se enlistan las respuestas "válidas" sugeridas por los autores con base en lo reportado en la literatura, no obstante no se descarta que las otras respuestas puedan ser de utilidad para quien lo aplica, dependiendo el propósito del uso del cuestionario.

1 m a, 2 m a, 3 m b, 4 m b/c, 5 m a, 6 m a, 7 m a/b, 8 m d/e, 9 m Al menos 3 tiempos de comida al día, 10 m Al menos 3 tiempos de comida al día, 11 m a/b, 12 m a/b, 13 m a/b, 14 m a/b, 15 m a/b, 16 m a/b, 17 m a/b, 18 m d/e, 19 m a/b, 20 m a/b, 21 m d/e, 22 m d/e, 23 m b, 24 m b, 25.1 m b, 25.2 m a/b, 25.3 m a, 25.4 m a, 25.5 m a/b, 25.6 m a, 25.7 m a/b, 25.8 m b, 25.9 m a, 25.10 m a, 25.11 m b, 25.12 m a, 26 m d/g, 27 m d/g, 28 m d, 29 m f, 30 m a, 31 m d/e.

Anexo 3.

Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) (González y Landero, 2014).

¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?	Nunca	Muy Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema personal	1	2	3	4	5
Cuentas con algún amigo(a) que te que te ayude a resolver algún problema personal	1	2	3	4	5
Tus padres te demuestran cariño y/o afecto	1	2	3	4	5
Cuentas con algún amigo(a) que te demuestre afecto	1	2	3	4	5
Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan	1	2	3	4	5
Confías en algún amigo(a) para hablar de las cosas que te preocupan	1	2	3	4	5
Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela	1	2	3	4	5
Alguien de tus amigos(as) te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo					
Alguien de tus amigos(as) te apoya cuando tienes problemas en la escuela	1	2	3	4	5
En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papás, hijos y hermanos)	1	2	3	4	5
Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tu familia	1	2	3	4	5
Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tus amigos(as)	1	2	3	4	5