



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGIA Y SALUD

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION EN FAMILIAS DE
PERSONAS CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
DOCTORA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

ANA OLIVIA RUIZ MARTINEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO
COMITE: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
DRA. MARIA EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
DRA. CARME VILADRICH I SEGUÉS



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.

Este estudio fue posible gracias a los siguientes apoyos:

CONACYT. Beca para estudios de doctorado. Número de Registro: 189215

Proyecto CONACYT-50305-H

UNAM-Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado. Programa de fomento a la graduación. Apoyo para titulación

Agradecimientos

A Rosalía

Por tu arduo trabajo para encaminar el mío.
Por compartir tus conocimientos y enseñarme a aprender al mismo tiempo que me enseñabas como enseñar.
Por tu apoyo y reconocimiento a lo largo de estos años.
Por todo... todo lo compartido.

Gracias mi querida maestra...es un orgullo ser tu discípula.

A Juan Manuel

Por tu amable invitación para seguir avanzando en mi formación.
Por el respaldo que me has brindado de manera permanente.
Por tu paciencia al permitirme estar con tu equipo mientras me dabas la oportunidad de aprender...de todo un poco.

Nuevamente...te doy las gracias Jefe

A la Dra. Emilia

Por su incomparable apoyo profesional y personal en estos años de formación.
Por sus palabras de aliento y su mano extendida para facilitar mis avances.
Por acompañarme en este proceso sinuoso para convertirme en...Doctora.

En verdad, muchas gracias.

A la Dra. Laura Hernández

Por su profesionalismo, su tiempo y sus valiosas aportaciones para enriquecer mi trabajo...espero haber aprovechado lo compartido.

Gracias por su apoyo

A la Dra. Carme Viladrich

Por su constante guía para enriquecer mi trabajo, porque sus observaciones me permitieron mirar errores y oportunidades que antes no percibía.
Por ayudarme a salvar los tiempos apresurados y espacios lejanos, impidiendo que se convirtieran en obstáculos insalvables...y convertirlos en una oportunidad de trabajo real.

Mi sincero agradecimiento

A las instituciones clínicas y educativas que abrieron sus puertas para aplicar este estudio, gracias por permitir la participación de su comunidad.

A las familias participantes

Gracias por compartir sus experiencias, sus preocupaciones, sus intentos, sus desilusiones, su confusión, su abatida y renacida esperanza...su necesidad de mejorar su vida familiar.

Sobretudo a las chicas afectadas...envueltas en situaciones y acciones enredadas con las que han llegado a un estado de dolor y confusión sobre su verdadero valor. A quienes desinteresadamente contaron su historia, con la idea de que otras chicas no sufran lo mismo...dejando un mensaje por compartir: *a quienes no han caído en esto diles que se cuiden...*

A mis compañeros del Proyecto de Investigación en Nutrición por su colaboración, por sus horas de trabajo compartido, su apoyo y su paciencia cotidianos...

A todos los que apoyaron la realización de este trabajo de manera profesional y personal; cuyos nombres excederían este espacio... pero sin quienes este estudio no habría sido posible

;;;Gracias!!!

Dedicatorias

A mis padres

Porque no hay nada con que retribuir la vida dada y felizmente compartida; ni palabras para agradecer todo el amor y apoyo que brindan día a día...los mejores papás del mundo.

Entonces no me queda más que dedicarles este trabajo, muestra de un gran esfuerzo y satisfacción... ejemplo de lo que me han enseñado a vivir y disfrutar.

A mis hermanos: Andres y Alicia

Por estar siempre cercanos y pendientes de mi vida, por su respeto, por su lealtad, por sostenerme e impulsarme cuando las cosas se atorán, por sonreír conmigo cuando las cosas van bien... en fin, por su enorme contribución para que la vida me siga tratando bien.

Como muestra de que su apoyo eterno sigue rindiendo frutos...les comparto un paso más para disfrutar.

A mi familia

A mis hijas... mis amores

¿Quién sino ustedes conocen esta experiencia de estudiar el Doctorado?

Ustedes, testigos de mis prisas, mis esfuerzos, mis alegrías, mis tristezas, mis frustraciones, mis logros, mi desesperación por terminar.

Ustedes el aliento de mi existencia

Que con su sola presencia me hacen entender mi vida

Que endulzan mi vida con sus sonrisas, besos y apapachos

Que me hacen sacar fuerza y ánimo para no decaer y avanzar con tan sólo mirarlas cada día.

¿Qué les puedo dedicar a quienes me dan todo?

No tengo más que decirles que al fin terminé...que este largo camino de trabajo y estudio tendrá frutos que disfrutaremos juntas...así como juntas nos hemos esforzado tanto.

Andrea

Mi niña grande, mi agüita preciosa, por tu compañía, por tu amor, por tu nobleza y esmero constate y por tus pizpiretas ocurrencias, por hacer girar mi mundo...por todo lo que no cabe en estas líneas pero que si cabe en nuestras vidas...

Te dedico lo lindo de este gran esfuerzo... con todo mi amor.

Alma

Mi niña pequeña, mi espíritu verdadero, por tu compañía, tus risas y apapachos, tu amor, tu temprano esfuerzo, por hacer salir el sol en mi vida ...por todo lo vivido y que no soy capaz de expresar con palabras sino con amor.

Te dedico este libro que tenía pendiente escribir...para ti.

Ana
Diciembre, 2009

ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	13
ANOREXIA NERVIOSA	13
BULIMIA NERVIOSA	14
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO.....	16
SINTOMATOLOGÍA DE TCA	16
EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA.....	18
RIESGO Y PROTECCIÓN.....	21
ETIOLOGÍA DE LOS TCA	25
CAPÍTULO 2. FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	31
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	33
IMAGEN CORPORAL	41
INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL DE DELGADEZ	44
HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	46
PROPÓSITO	51
HIPÓTESIS	51
VARIABLES	52
MÉTODO	57
DISEÑO	57
PARTICIPANTES	58
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	61
PROCEDIMIENTO	66
ANÁLISIS DE DATOS	70
RESULTADOS	73
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	73
IMAGEN CORPORAL	78
INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL	80
HÁBITOS ALIMENTARIOS	84
ANÁLISIS CONJUNTO DE FACTORES FAMILIARES	90
DISCUSIÓN	95
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN FAMILIAS CON TCA.....	96
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN FAMILIAS CON SINTOMATOLOGÍA DE TCA	102
CONCLUSIÓN	109
REFERENCIAS	110
APÉNDICES	129
APÉNDICE A: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	130
APÉNDICE B: INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL.....	135
APÉNDICE C: HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	137

Resumen

En el ámbito de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se reconoce la contribución de la familia y recientemente se exploran las actitudes y conductas alimentarias de hijas y padres. El propósito del presente estudio fue indagar el papel, de riesgo o protección, que desempeñan los factores familiares: percepción del funcionamiento familiar, imagen corporal, influencias sobre el modelo estético corporal y hábitos alimentarios sobre la presencia de los TCA y STCA. Se trabajó con una muestra de 103 hijas, 102 madres y 79 padres, a quienes se les aplicaron los cuestionarios sobre imagen corporal (BSQ), influencia del modelo estético de delgadez (CIMEC), hábitos alimentarios (HA), funcionamiento familiar (FES) y la entrevista diagnóstica (IDED) para las hijas. Las familias fueron ubicadas en los grupos correspondientes: 47 con TCA, 22 con Sintomatología TCA (STCA) y 34 sin TCA (control). El análisis estadístico de los datos se realizó mediante regresiones logísticas dicotómicas. En las familias con TCA, los factores de riesgo fueron: insatisfacción corporal y consumo de productos light por parte de la hija, y la presión para ser delgada, de amigos y familiares, percibida por la madre; y como factor protector: el fomento de relaciones familiares por parte de la madre. En las familias con STCA, además de los dos factores de riesgo ya señalados para las hijas con TCA, se sumó el conflicto familiar percibido por el padre; y como factor protector se encontró el fomento de las actividades sociales de la hija. Se concluye que la insatisfacción corporal, la presión social a favor de la delgadez, el consumo de productos light y el conflicto familiar percibido por el padre pueden actuar como factores de riesgo. Por su parte, el fomento de las relaciones familiares y de actividades sociales tiene un efecto protector sobre la presencia de TCA y STCA, respectivamente.

Palabras clave: Trastornos del Comportamiento Alimentario, Familia, Funcionamiento familiar, Imagen Corporal, Influencias sobre el modelo corporal, Hábitos alimentarios.

Introducción

Dada la compleja naturaleza de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se reconoce que su desarrollo es representado por un modelo multifactorial que incluye aspectos biopsicosociales, tales como la predisposición biológica, vulnerabilidad psicológica, influencias familiares y expectativas sociales (Attie & Brooks-Gunn, 1992). De tal forma que un trastorno puede ser el resultado de diferentes vías o mecanismos de interacción entre distintos factores (Campbell, 1995), por lo que las investigaciones actuales exploran las complejas combinaciones de factores de riesgo para complementar la explicación de los TCA.

Por ello, los investigadores han desarrollado modelos multideterminados incluyendo las variables más relevantes que contribuyen en la aparición, mantenimiento y recuperación de la psicopatología alimentaria, entre los que resalta la participación de la familia como un factor común que asiste (junto con otros factores) al desarrollo de dichos factores (Cervera, 1996; Toro & Vilardell, 1987; Williamson, 1990). La familia adquiere relevancia por ser el contexto dentro del cual se aprenden las actitudes y conductas relacionadas con la alimentación, el peso y la apariencia física.

Los primeros estudios que abordaron la relación entre los TCA y la familia, se centraron en el análisis de la dinámica familiar. En este sentido, resaltan los trabajos de Minuchin y sus colaboradores (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981; Minuchin, Rosman & Baker, 1978) quienes propusieron que las familias de personas con AN (Anorexia Nerviosa) cumplían con el modelo de la *familia psicósomática*, al presentar una estructura con elevada implicación interpersonal, sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos. En donde los síntomas de las hijas desempeñaban el papel central para la evitación de conflictos, manteniendo un aparente equilibrio familiar (Madanes, 1982, Selvinni-Palazolli, 1978).

Estos estudios iniciales señalaron que la dinámica familiar contribuía a que sus integrantes fueran candidatos para padecer TCA. No obstante, a través de los años, se ha

mostrado que no existe un patrón único para estas familias (Kog & Vadereycken, 1989; Steiger, Stotland, Trottier & Ghadirian, 1996), además de que las características disfuncionales y patológicas no son exclusivas de éstas, sino que pueden acompañar a otras psicopatologías (Kaslow, 1996); lo cual se vuelve más complejo al encontrar que no todas las familias con TCA presentan elementos patológicos (North, Gowers & Byram, 1997). Así se demostró que el funcionamiento familiar es importante, pero no suficiente para explicar la compleja relación entre TCA y familia.

Actualmente el funcionamiento familiar sigue siendo el factor familiar más estudiado, dando cuenta de que las familias con TCA presentan en general un funcionamiento más deteriorado que las familias controles (Casper & Troiani, 2001), caracterizado por menor expresión, cohesión y mayor conflicto (Okon, Greene & Smith, 2003; Sánchez, Serna, Seaona & Paramo, 2003), además dan menos importancia a funciones de desarrollo (Vázquez, Raich, Viladrich, Alvarez & Mancilla, 2001).

Los hallazgos del funcionamiento familiar asociado a los TCA son de tal relevancia que, inclusive en poblaciones comunitarias, la Sintomatología de TCA (STCA), caracterizada por conductas y actitudes características de TCA, se relaciona con escasa cohesión y adaptabilidad; menor calidad de las relaciones familiares y dificultades en la toma de decisiones (Alvarez, Vázquez, Dorantes, López & Mancilla, 2001; Fonseca, Ireland & Resnick, 2002; Holston & Cashwell, 2000).

Se observa que las personas con TCA suelen desenvolverse cotidianamente en un ambiente familiar perturbado en distintas áreas de su interrelación. No obstante, es común encontrar familias que cohabiten bajo condiciones similares y a pesar de ello no presenten ningún TCA, por lo que se considera a la disfunción familiar como un factor de riesgo general para distintas psicopatologías, corroborado en los modelos empíricos (Leung, Schwartzman & Steiger, 1996; Steiger et al., 1996).

Por lo tanto, actualmente se proponen investigaciones desde una perspectiva más amplia que evalúen factores asociados a la alimentación, figura y peso corporales en la familia;

los cuales podrían contribuir a explicar como la conjunción de eventos adversos toman la vía de la psicopatología alimentaria y no la de cualquier otro trastorno. En consecuencia, en el presente estudio se contemplan como factores de influencia familiar a otras variables que han demostrado su relación con los TCA: tales como la imagen corporal, la influencia sociocultural y los hábitos alimentarios.

Si bien las investigaciones realizadas ofrecen valiosas aportaciones a la comprensión del papel que juega la familia en la presencia de los TCA, cabe señalar que la mayoría de los estudios han trabajado los factores familiares de manera separada y se han centrado en la identificación de factores de riesgo dejando un vacío importante en la identificación de los factores protectores para los TCA. Afortunadamente, cada vez son más los estudios que señalan que la familia puede propiciar elementos positivos que ayuden a sus hijas a contrarrestar los efectos de los factores asociados a la psicopatología alimentaria.

De igual manera, la mayoría de los estudios han trabajado únicamente con las hijas y gran parte de los estudios se han realizado en población general sin distinguir entre diferentes grados de afectación alimentaria. Por ello resulta recomendable la evaluación de hijas y padres provenientes de poblaciones comunitarias, poblaciones en riesgo (Sintomatología de TCA) y en aquellas clínicamente diagnosticadas (TCA).

Ahora bien, la complejidad de estudiar la relación de los TCA y la familia radica no sólo en la gran cantidad de variables familiares que podrían incluirse en dicha explicación, sino en las complejas relaciones que se dan entre ellas. Por ello, con la finalidad de delimitar las variables de interés, el presente estudio retoma el **funcionamiento familiar** por ser el factor más probado; además, se considera pertinente agregar otras variables familiares relacionadas con imagen y alimentación, tales como: la **imagen corporal** e **influencia sobre el modelo estético corporal** dado que es la familia donde se aprenden los estereotipos de belleza dictados por la sociedad; por último, se agregan la exploración de los **hábitos alimentarios** por ser el contexto familiar el lugar donde se realiza el aprendizaje de la conducta alimentaria desde edades tempranas. De tal forma que una de

las aportaciones del presente estudio, consiste en evaluar como actúan de manera conjunta estas variables percibidas tanto por las hijas como por sus padres.

Por tal motivo, el propósito del presente estudio indagar el papel, de riesgo o protección, que desempeñan los factores familiares: percepción del funcionamiento familiar, imagen corporal, influencias sobre el modelo estético corporal y hábitos alimentarios sobre la presencia de los TCA y STCA.

Capítulo 1. Trastornos del Comportamiento Alimentario

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, su base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. Dichos trastornos engloban a la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE), también conocidos como Síndromes Parciales o Trastornos Subclínicos.

Anorexia Nerviosa

De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ([*DSM-IV-TR*]; APA, 2000) la AN se diagnostica con los siguientes criterios:

- a) rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- b) miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal,
- c) alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal

d) en las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos 3 ciclos mensuales consecutivos. En las niñas pre-puberales la AN puede retrasar la aparición de la menarca.

Se habla de dos tipos de la AN: a) **tipo restrictivo**; cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso y no se recurre regularmente a atracones ni a purgas, y b) **tipo compulsivo/purgativo**: cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos) y es incapaz de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo. En algunos casos no se presentan atracones, pero se recurre a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (*DSM-IV, APA, 1994*).

Este padecimiento se acompaña de trastornos mentales como depresión, ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo, con factores psicológicos como: perfeccionismo, sentimientos de incompetencia y limitación de relaciones sociales (Turón, 1997); además con alteraciones físicas como: estreñimiento, dolor abdominal, hipotermia, hipotensión, sequedad de la piel, y enfermedades médicas asociadas, como: anemia, función renal alterada, trastornos cardiovasculares. Dichas complicaciones van aumentando progresivamente, cuando el trastorno adquiere un patrón fluctuante de ganancia de peso y recaídas, o un deterioro crónico con consecuencias irreversibles, las cuales ocasionan un índice de mortalidad del 10%, debido a inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (*APA, 2000*); por ello, la importancia del diagnóstico temprano.

Bulimia Nerviosa

La BN se caracteriza por atracones y uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, donde la autoevaluación del individuo está comprometida con la figura y peso corporales de manera importante. Dichos atracones son episodios de voracidad en el consumo de alimentos, de forma periódica y compulsiva en los que parecen preferirse alimentos altos en calorías. En cada “atacón” el individuo

experimenta descontrol en la cantidad de alimento que consume, por lo que al detenerse recurre a conductas compensatorias como: vómito, ejercicio excesivo, uso de laxantes o diuréticos, posteriormente experimenta sentimientos de culpa, autodesprecio y depresión (Jarne & Talam, 2000).

El *DSM-IV-TR* (APA, 2000) establece los siguientes criterios para el diagnóstico de BN:

- a) episodios de sobreingestión con la sensación de pérdida de control durante los episodios alimentarios;
- b) conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, tales como: vómito, abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo;
- c) la sobreingestión y conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio, mínimo 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses;
- d) su auto-evaluación está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso;
- e) las alteraciones no ocurren exclusivamente durante el transcurso de AN.

Se hace referencia a dos subtipos: a) **tipo purgativo**: cuando se provoca el vómito y usan de manera inadecuada: laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio, b) **tipo no purgativo**: cuando se emplean técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso.

La BN se asocia de manera importante con depresión, ansiedad y trastornos de personalidad. Quienes padecen BN presentan alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, diarreas, acidosis metabólica, daño en el esmalte dental, callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, irregularidades menstruales y amenorrea. A

diferencia de la AN, la BN rara vez lleva a los pacientes a la muerte, aunque esto puede suceder en los casos más desafortunados cuando se producen: desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas (APA, 2000).

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Esta es una categoría señalada en el *DSM-IV-TR* (APA, 2000) con la finalidad de incluir en ella a aquellos TCA que no cumplen con todos los criterios de alguno de los trastornos especificados: BN y AN; por ejemplo, las mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero sus menstruaciones son regulares, o cuando su peso aún se encuentra dentro de los límites de la normalidad. Además se contempla a quienes cumplen los criterios diagnósticos para la BN, pero los atracones y/o conductas compensatorias aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

Otros patrones de comportamiento incluidos en este rubro son el empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal; así como masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

Por último, se incluye el Trastorno por Atracón (TPA) que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN. Dada su reciente inclusión (apareció en el *DSM-IV* en 1994), aún se encuentra ubicado en el apartado de Criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores.

Sintomatología de TCA

Como se explico anteriormente, para que una persona pueda ser diagnosticada con algún TCA, es necesario que cumpla con los criterios establecidos por el *DSM-IV* (APA, 2000); sin embargo, el cuadro completo de estos padecimientos se descubren

regularmente cuando ya llevan algún tiempo de evolución y han empezado a deteriorar la salud de quien los padece.

Es por ello, que es pertinente trabajar sobre la identificación de la Sintomatología de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (STCA), entendida como el conjunto de signos y síntomas característicos de AN, BN o TCANE, que sin llegar a ser un trastorno pone a las personas en riesgo de padecerlos. El concepto de STCA adquiere relevancia porque permite hacer trabajo de prevención con quienes están en riesgo, logrando así una detección temprana y una adecuada canalización.

En este sentido, Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román (1999) al evaluar la sintomatología en estudiantes mexicanos encontraron que el 8.3% de la muestra presentó STCA, donde el 5.1% tenía sintomatología de anorexia y el 3.2% de bulimia. Los resultados indicaron que los jóvenes afectados mostraron significativamente mayor susceptibilidad a la influencia y a la presión social conforme al modelo corporal de la delgadez, así como una mayor insatisfacción corporal en comparación con el grupo control.

Como se aprecia, las personas con STCA coinciden con las personas con TCA en la presencia de insatisfacción corporal, preocupación por el peso (Klemchuk, Hutchinson & Frank, 1990), la influencia o presión social a través del modelo estético corporal de la delgadez (Vázquez, Álvarez, Mancilla & Raich, 1998), sobretodo la influencia de la publicidad transmitida por los medios de comunicación (Toro, Salamero & Martínez, 1994), miedo a engordar, baja autoestima a causa de la apariencia física, motivación para adelgazar, ineffectividad y perfeccionismo (Mancilla et al., 1999).

El trabajo con personas con STCA permite explorar un grado diferente de afectación alimentaria, con la finalidad de mostrar un panorama más amplio. De tal manera, que muestra una perspectiva que va desde las personas con TCA quienes presentan mayor severidad de los síntomas y afectación importante de su funcionalidad y salud física; seguidos por las personas con STCA que si bien presentan mayor número de síntomas de

TCA que la mayoría de la población, no ven comprometida su funcionalidad ni presentan gravedad clínica; y por último, se ubica a la población sin signos ni síntomas de TCA

Epidemiología de los TCA

En las últimas décadas ha existido una mayor visualización del problema de los TCA; no obstante, los investigadores aún se cuestionan si realmente está aumentando la incidencia y prevalencia de dichos trastornos (Hoek & van Hoeken, 2003). La respuesta a dicho cuestionamiento resulta compleja dado que estos trastornos son de difícil diagnóstico y suelen encubrirse y negarse durante largos periodos; a lo que habría que agregar las discrepancias en la recogida de datos en los diferentes estudios; mientras que algunos reportan como casos de TCA a aquellas personas detectadas mediante el empleo de cuestionarios, otras investigaciones son más estrictas y emplean la entrevista diagnóstica para establecer el diagnóstico. Actualmente se reconoce que los cuestionarios (autorreportes) sólo evalúan la Sintomatología del TCA pero que se requiere de la entrevista para asentar el diagnóstico clínico de cualquiera de sus tipos: AN, BN o TCANE.

El 90% de los sujetos afectados por algún TCA son mujeres, aunque comienza a documentarse la existencia de estos trastornos en varones, cuya prevalencia es menor. Con referencia a la AN, por cada 10 mujeres que la padecen se presenta un caso masculino y en cuanto a la BN por cada 10 casos femeninos existen tres varones (Jarne & Talam, 2000). Se presentan principalmente en jóvenes y abarcan a todas las clases sociales.

La tabla 1 muestra un resumen de estudios nacionales e internacionales sobre la prevalencia de TCA. La AN suele iniciarse entre los 14 y los 18 años, abarcando así la etapa del desarrollo adolescente, se presenta en la población general entre el 0.2% al 1 % a nivel internacional (Cotrufo, Barreta, Monteleone & Maj, 1998) y en México se reporta una ocurrencia que oscila entre 0.2% al 0.38%, (Mancilla et al., 2007; Mateo, 2002; Vázquez, López, Alvarez, Franco & Mancilla, 2004).

La BN se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Suelen durar varios años, tomando un curso crónico o intermitente (APA, 2000). En el contexto internacional, la BN se presenta en la población general entre el 0.24 % y el 3.2 % (APA, 2000, Guerra-Prado, Romero & Chinchilla, 2001; Hoek & van Hoeken, 2003) y en México se ha encontrado una ocurrencia que oscila del 0.14% al 0.95%, (Mancilla et al., 2007; Vázquez et al., 2004).

Con respecto a los TCANE, los estudios señalan que estos son los TCA más frecuentes ya que su prevalencia a nivel internacional oscila entre el 3.8% y el 11.5% (Cotrufo et al., 1998) mientras que en México se presentan entre el 0.91% y el 3.80% (Mancilla et al., 2007; Vázquez et al., 2004).

De igual manera, se muestra que los TCA están dispersos por las distintas zonas geográficas y que existe gran variabilidad, aunque cabe recordar las diferencias metodológicas ya citadas.

Otras investigaciones dan cuenta de la ocurrencia de TCA en México, encontrando que en población comunitaria mediante muestreo no probabilístico y aplicación de entrevista diagnóstica se da una ocurrencia de AN que oscila entre 0.2% al 0.38%, mientras que la BN se presenta entre el 0.14% y el 0.95%, por su parte los TCANE se presentan entre el 0.91% y el 3.80% (Mancilla et al., 2007; Mateo, 2002; Vázquez et al., 2004).

Aunado a lo anterior es de interés reconocer el grado de riesgo que presenta la población para desarrollar un TCA, en este sentido Mancilla et al. (2007) señala que el riesgo de padecer BN en México, aumentó de 1995 (34.76%) al año 2001 (37.94%). Es obvio que no todas las personas que están en riesgo presentarán un TCA, pero estos datos parecen señalar que en la población mexicana ha aumentado la vulnerabilidad para padecer estos trastornos. Lo cual se confirma con el incremento en el número de personas que acuden a los servicios especializados como lo reporta el Instituto Nacional de Psiquiatría (Saucedo, 2003).

Región geográfica	Fuente	Anorexia	Bulimia	TCANE
Irán	Nobakht & Dezhkam (2000)	0.9%	3.2%	6.6%
Europa	Hoek & van Hoeken (2003)	0.3%	1%	-
Italia	Cotrufo et al. (1998)	0.2%	2.3%	3.8%
Madrid	Chinchilla (1994)	0.7%	1.34%	-
Barcelona	Guerro-Prado et al. (2001)	0.5% al 1%	1% al 3%	-
EUA	<i>DSM-IV-TR</i> (APA, 2000)	0.5% a 1%	1%-3%	Se reconoce mayor ocurrencia
Nueva York	Fairburn & Beglin (1990)	-	1.6% al 1.9%.	-
México	Mancilla et al. (2007)	-	0.24%	0.91%

Tabla 1. Prevalencia de los TCA a nivel internacional y nacional.

Estos incrementos en el riesgo de padecer un TCA y la solicitud de servicios de salud especializados; así como, las tasas de mortalidad de estos trastornos (AN del 1% al 10%), demuestran que la psicopatología alimentaria es un problema vigente, que exige a los especialistas de la salud responder de manera oportuna desde sus distintos ámbitos de acción.

Riesgo y protección

Desde un enfoque multifactorial de los TCA se reconoce la utilidad de investigar los factores de riesgo y protección. Asimismo se señala la necesidad de estudiar la relación del individuo con diferentes contextos, especialmente se señala la importancia de los ambientes más próximos como la familia, los amigos y la escuela. En concordancia, Neumark-Sztainer (1996) señala que los investigadores deberían enfocar sus intervenciones y programas para incluir no sólo al niño o el adolescente sino también a sus familiares, el ambiente escolar y relaciones de pares.

Kraemer et al. (1997) señalan que un factor de riesgo es aquella variable que ha mostrado predicción prospectivamente y un resultado patológico subsecuente. En este sentido, se reconoce que determinadas condiciones familiares constituyen la ocasión o actúan como determinantes para la aparición de psicopatología en la niñez y la adolescencia (Buendía, 1998).

En contraste, se entiende como factores protectores a aquellos atributos y condiciones que contribuyen a la resistencia para la psicopatología (Buendía, 1998), entendida la resistencia como el proceso o la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes (Masten, Best & Garmezy, 1990). Estos factores de protección están presentes en el individuo (autoestima, autoconfianza) y/o en el contexto ambiental (valoración positiva de maestros, buenas relaciones con compañeros, rol favorable de la familia).

Blumm (1998) señala tres categorías generales de estos: individuales, familiares y comunitarios, los cuales pueden ser biológicos o psicosociales, como se muestra a continuación:

1. Factores protectores individuales:

Inteligencia superior a la media, locus de control interno, autoestima positiva, temperamento despreocupado, habilidad para solucionar problemas, destrezas sociales, optimismo, competencia académica, espiritualidad y creatividad.

2. Factores protectores familiares:

Buenas relaciones con los padres, reglas y responsabilidades dentro del hogar, soporte de la familia extensa, valores prosociales en la familia, modelos positivos y bajo estrés familiar.

3. Factores protectores en la comunidad:

Experiencias escolares positivas, amigos cercanos, responsabilidades fuera de casa, participación en actividades extracurriculares, relaciones positivas con adultos fuera del hogar.

Este tipo de factores se han identificado en estudios de resiliencia de corte transversal que comparan las características de niños no resilientes con niños resilientes o adolescentes que viven en ambientes de alto riesgo.

Afortunadamente también existen estudios longitudinales de 10 años (Masten et al., 1999) o que han seguido a personas desde la niñez hasta que tienen 30 años (Stice 2001). Tiet et al. (1998) estudiaron niños y adolescentes de 9 y 17 años y sus cuidadores, a través de entrevistas encontraron los siguientes factores protectores significativos para 30 trastornos psiquiátricos: inteligencia, buen funcionamiento familiar y altas aspiraciones educativas.

Aunque no todos los factores protectores generales identificados en las investigaciones de resiliencia pueden dar un efecto protector para TCA, pueden ayudar para que los investigadores hagan estudios con el propósito de identificar factores protectores para los TCA (Stice, 2001).

En el campo de la psicopatología alimentaria se han identificado algunos factores de riesgo en las personas afectadas por TCA, los cuales se encuentran ampliamente sustentados en la literatura especializada, tal es el caso de la insatisfacción corporal, las influencias socioculturales a favor de la delgadez, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la dieta, entre otros (Stice, 2001). Asimismo se han explorado diversos factores familiares asociados a los síntomas y presencia de TCA, como: psicopatología de los padres, funcionamiento familiar, actitudes y conductas relacionadas con peso, figura y alimentación.

Si bien las investigaciones muestran un avance importante en la identificación de factores personales de riesgo asociados a los TCA, no ocurre lo mismo con los factores de riesgo familiar y mucho menos con los factores protectores. Desde 1990, Rodin, Striegel-Moore y Silberstein señalaron que la investigación sobre factores de protección relacionados con TCA era virtualmente inexistente. Ellos sugirieron que los investigadores en TCA podrían beneficiarse al examinar el trabajo de Garmezy (1974) y otros quienes habían estudiado este tipo de factores y resiliencia en el desarrollo de varias formas de psicopatología.

Al respecto, Geller, Zaitsoff y Srikameswaran (2002), en un estudio con mujeres estudiantes, señalan como factor protector de los síntomas de TCA, a la autoestima basada en competencias escolares y otras actividades. En este mismo sentido, Croll, Neumark-Sztainer, Story e Ireland (2002) al evaluar las conductas alimentarias alteradas de estudiantes hombres y mujeres, identificaron los siguientes factores protectores: autoestima alta, bienestar emocional, logro académico y vínculos familiares fuertes.

Por su parte, Fonseca et al. (2002) examinaron los factores psicosociales que distinguen a los adolescentes (mujeres y hombres) con conductas de control de peso extremo, enfatizando en los factores familiares. Se evaluaron las conductas de control de peso, aspectos familiares y sociales, abuso sexual e IMC. Los modelos obtenidos mediante regresiones logísticas identificaron como factor de riesgo al abuso sexual como un elemento común entre mujeres (*Odds* = 1.45) y hombres (*Odds* = 2.80); así como, un

factor protector coincidente: presencia de la madre en el hogar (*Odds* = .57 y *Odss* = .41 respectivamente). Además encontraron algunos factores de riesgo y protección distintos para mujeres y hombres. En las mujeres, el IMC actuó como factor de riesgo (*Odds* = 2.17) y la unión (*Odss* = .24) y comunicación familiar (*Odss* = .26) actuaron factores protectores. En cambio en los hombres, la supervisión paterna aumentó la probabilidad de conductas extremas de control de peso (*Odss* = 3.57); mientras que las altas expectativas paternas (*Odds* = .21), establecer relaciones con amigos y otros adultos (*Odds* = .44) disminuyó dicha tendencia. Los autores reconocen que a través de un estudio transversal sólo lograron identificar correlaciones de riesgo y protección y sugieren trabajar con personas con un diagnóstico formal de TCA.

Algunos estudios transversales han identificado factores protectores de síntomas de TCA en adolescentes y jóvenes provenientes de muestras comunitarias, utilizando pruebas estadísticas muy rigurosas (análisis de regresión, ecuaciones estructurales con covariantes, etc.) aunque se reconoce que estos atajos aún tiene que solucionarse en cuanto a la secuencia temporal de cambio (Stice, 2001). De manera particular se ha utilizado la regresión logística para la identificación de factores de riesgo y protección, por considerarla una técnica robusta para la identificación de estos factores (Fonseca et al., 2002; Godart et al., 2004; Unikel, Gómez-Peresmitré & González-Forteza, 2006).

Estos estudios transversales reconocen la limitación de no poder generalizar sus resultados dado que carecen de la secuencia temporal requerida. Sin embargo, señalan que pueden ofrecer hipótesis valiosas sobre dichos factores que posteriormente pueden ser retomadas por estudios experimentales o longitudinales, en los cuales se incluyan a hijas y padres, además de la utilización de mutimétodos: cuestionario y entrevista (Stice, 2001).

Como se aprecia se requiere mayor investigación para profundizar en los factores familiares de riesgo; así como, identificar factores protectores que puedan ser específicos de TCA como una imagen corporal positiva o sentirse miembro de una familia que no sobrevalore la delgadez.

Etiología de los TCA

Para dar cuenta de la complejidad de los TCA los estudiosos del tema han formulado diferentes modelos teóricos¹; Toro y Vilardell (1987) elaboraron un modelo que muestra la secuencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento para la AN; reconociendo entre otros factores la contribución familiar en los 3 rubros enunciados. Los antecedentes familiares de trastorno afectivo, adicciones, trastorno alimentario y obesidad materna podrían actuar como factores predisponentes; mientras que las rupturas conyugales paternas puedan conducirse como factores precipitantes, por último los patrones de interacción familiar podrían favorecer el mantenimiento del trastorno (Fig. 1).

Desde la perspectiva sistémica también se reconoce la contribución de la familia en los TCA. Ejemplo de ello es el Modelo Sistémico Multifactorial de Maudsley propuesto por Dare (1993) donde se enfatiza la interacción del individuo con su familia y contempla la influencia genética y sociocultural para la aparición de los TCA.

En esta misma línea de pensamiento, Cervera (1996) propone la secuencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores en la BN. En este caso se señala que los conflictos familiares actúan como factores predisponentes (Fig. 2).

¹ Los recuadros punteados en las figuras de los modelos explicativos son notas de la autora.

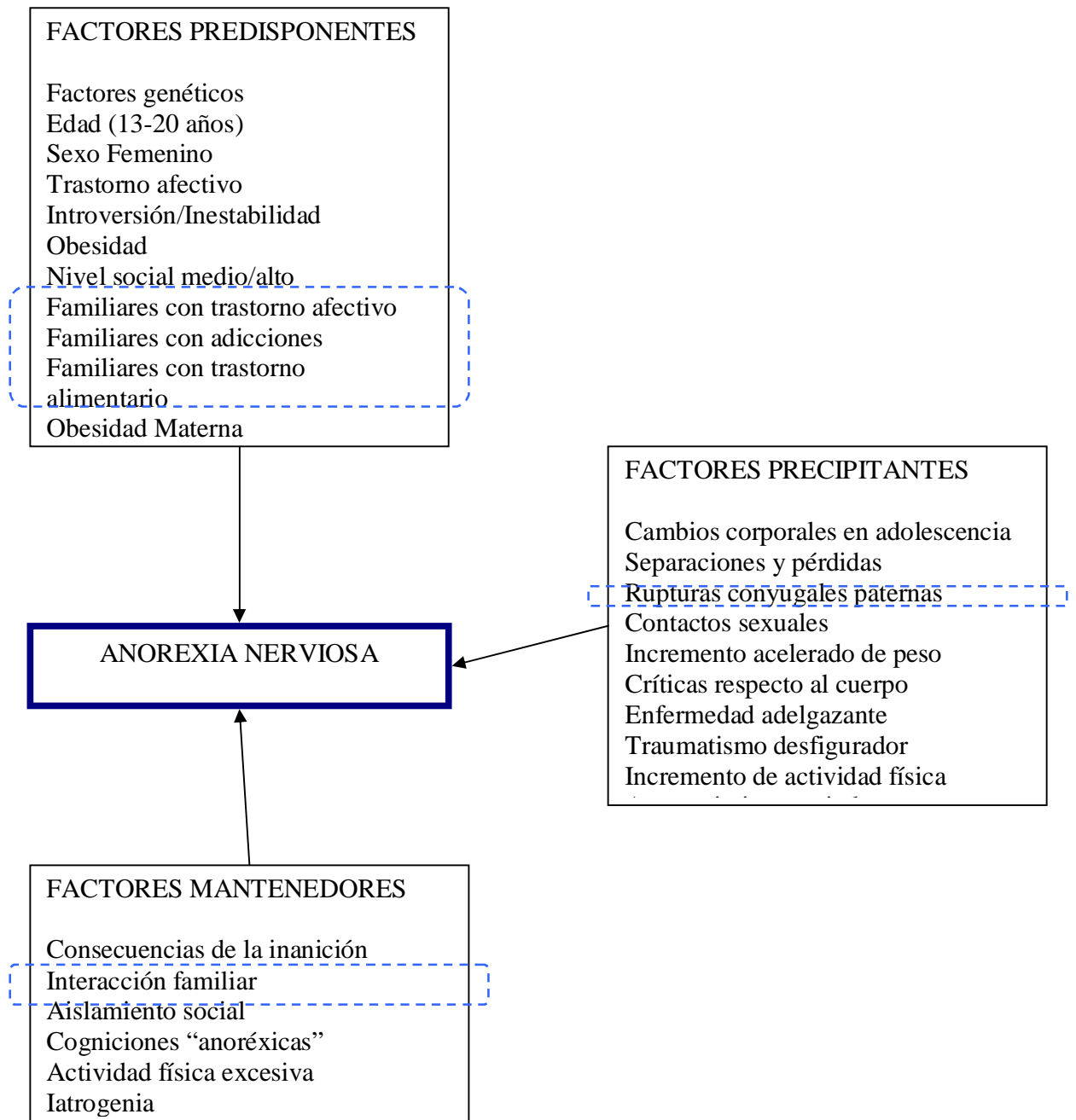


Figura 1. Secuencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de AN (Toro & Vilardell, 1987)

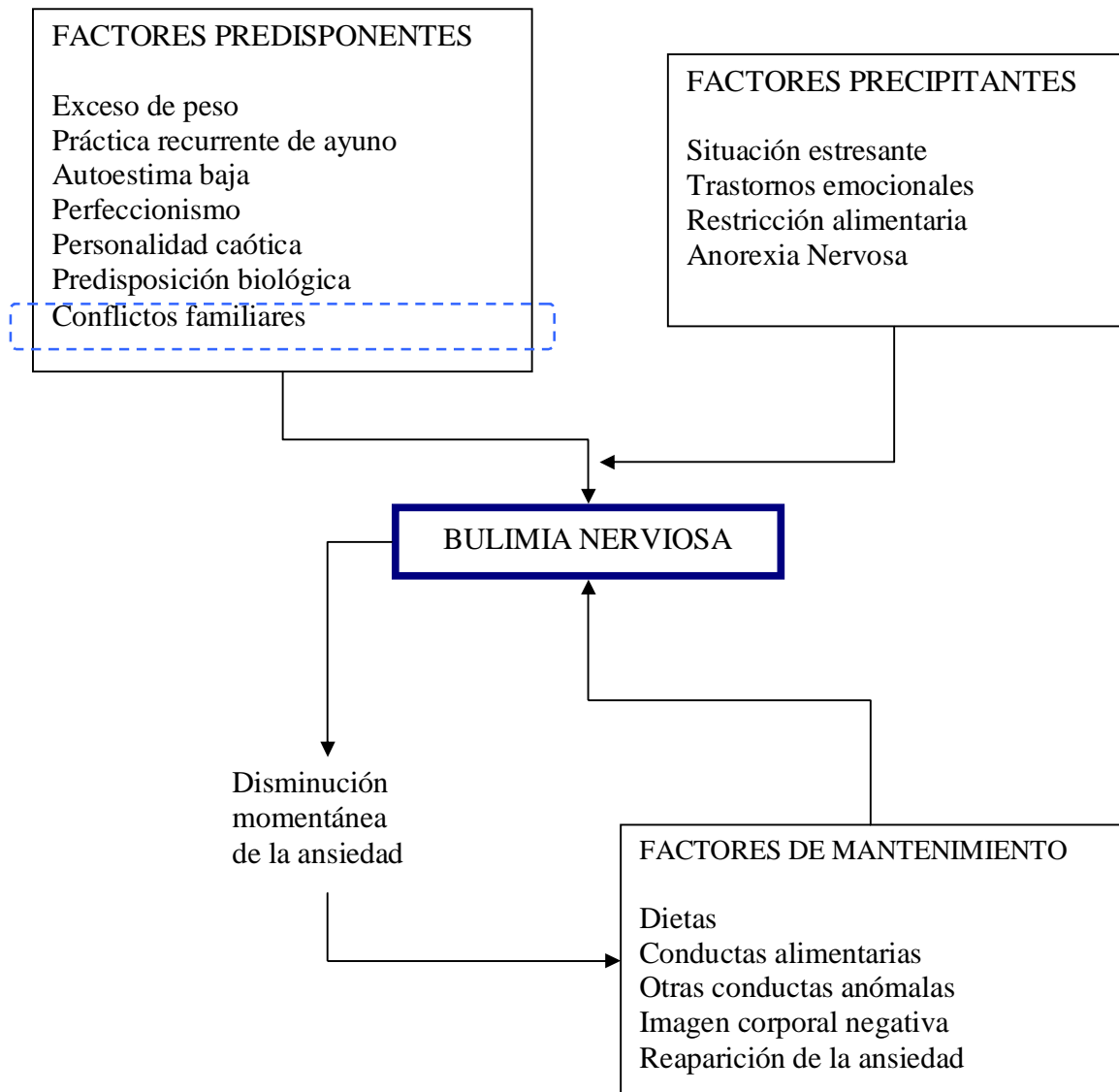


Figura 2. Secuencia de los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la BN (Cervera, 1996).

Por otra parte, se han elaborado modelos empíricos que brindan un panorama sobre las diferentes vías de influencia familiar. Existen estudios con muestras comunitarias y clínicas que mediante autoinformes indican su percepción sobre los factores familiares.

En esta dirección, Leug, et al. (1996), probaron un modelo de proceso familiar dual incorporando variables familiares y la autoestima en la comprensión del desarrollo de síntomas alimentarios y psiquiátricos en una muestra no clínica de 918 mujeres adolescentes (12 a 17 años). Evaluaron a través de autoinformes de las hijas, su percepción sobre las variables de interés dentro de sus familias, tales como: funcionamiento familiar, preocupación por el peso y la figura, insatisfacción corporal, así como autoestima. Sus resultados muestran dos vías principales de influencia (Fig. 3):

a) La preocupación de peso y figura en la familia puede contribuir a la insatisfacción corporal de las hijas y ésta a su vez en los síntomas de TCA y

b) La disfunción familiar aunada a baja autoestima pueden conjuntarse con la insatisfacción corporal para generar síntomas de TCA o actuar directamente sobre dichos síntomas.

Este modelo muestra que ningún factor familiar por sí mismo puede generar los síntomas de la psicopatología alimentaria, sino que se requieren de combinaciones complejas entre factores familiares y personales asociados específicamente con el peso y la figura (actitudes familiares hacia el peso y la apariencia, insatisfacción corporal) para que se fomente un TCA; porque cuando estas variables de peso y figura no se encuentran involucradas, el resultado son los síntomas de otras psicopatologías pero no de TCA.

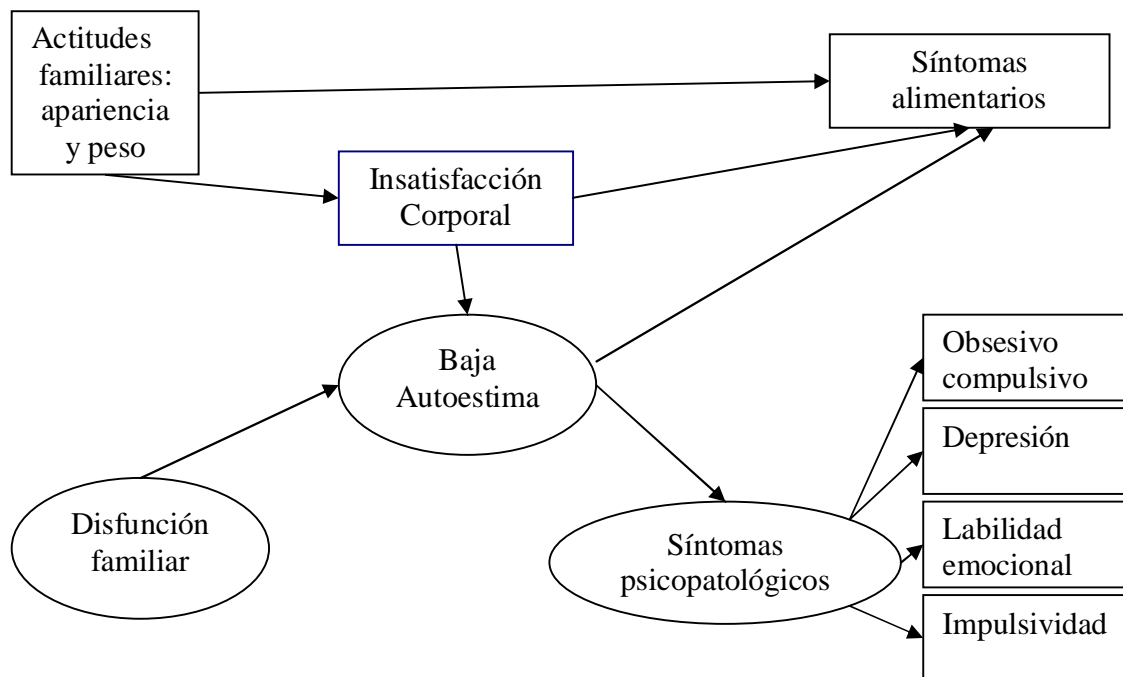


Fig. 3. Modelo de influencia familiar de Leug et al (1996)

Si bien este modelo ayuda en la comprensión de la compleja relación entre los TCA y la familia, también debe observarse que se realizó con población no clínica y que trabajó solamente con el autoinforme de las hijas, prevaleciendo así una visión unilateral de la familia al no haber contemplado a los padres; además aún se tendrían que evaluar si dichas vías de influencia se mantienen en poblaciones que ya presentan el diagnóstico completo de TCA.

Otra aproximación aún más estructurada es el modelo de Steiger, et al. (1996), quienes evaluaron las tendencias familiares en los TCA y otras psicopatologías. Su estudio fue de corte transversal con población clínica de TCA, incluyendo a hijas, madres, padres y hermanas, así como a controles sanos y controles psiquiátricos. Sus resultados indican que los síntomas y preocupación alimentarios de la madre se relacionan modestamente con la misma preocupación en las hijas; sin embargo el nivel de preocupación de los

padres varones no se relaciona con dichas actitudes de las hijas. Lo que habla de un vínculo basado en el género.

Los rasgos erráticos y dramáticos de los padres (narcisismo, inestabilidad afectiva, búsqueda de estímulos, intolerancia y hostilidad) se relacionan con el mismo tipo de rasgos en sus hijas (pacientes y hermanas); al igual que con los síntomas y preocupaciones por la alimentación en sus hijas afectadas por TCA.

Los rasgos obsesivo-compulsivos entre padres e hijas no muestran consistencia. Por una parte, existe una relación baja entre las puntuaciones de ambos padres con sus hijas y por la otra se muestra una relación negativa con los síntomas y preocupaciones alimentarios.

El modelo de Steiger, et al. (1996), concluye que ninguno de estos factores distingue a los familiares de las personas con TCA. Se reconoce que estas tendencias junto con otros factores vulnerables (genéticos y sociales) pueden contribuir a la aparición de los TCA, cuyos efectos directos e indirectos aún tendrán que ser evaluados. Se señala que las tendencias transgeneracionales tienen un poder limitado, por lo que habrá que ser cuidadosos de no atribuirles una causalidad directa en la presencia de los TCA.

Los modelos expuestos muestran la asociación entre diversos factores familiares de riesgo y los síntomas de TCA. Se incluyen factores como: funcionamiento, actitudes alimentarias, insatisfacción corporal y psicopatología paternas, las cuales se combinan directa e indirectamente con otras variables propiciando la aparición de un TCA; sin embargo, también advierten que se está lejos de establecer una relación causal entre la influencia familiar y los TCA, dejando la invitación abierta para incluir otros factores relevantes en la materia, además de explorar los factores protectores en las familias de personas con TCA.

Capítulo 2. Factores familiares asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Estudiar el ambiente familiar de las personas afectadas por Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y Sintomatología de TCA (STCA) resulta de interés al ser éste el grupo primario encargado de la crianza. Se espera que al cubrir sus funciones psicológicas y sociales, la familia brinde elementos de protección y amortiguación de tensiones, entre los cuales se señalan una valoración positiva de la familia, así como, estabilidad y relaciones afectivas entre sus miembros (Palacios & Rodrigo, 1998). Sin embargo, en el proceso de crianza también pueden existir carencias que impacten el desarrollo de sus integrantes.

En este sentido algunos autores han llegado a establecer correlaciones entre las diferentes actitudes parentales y las estructuras del funcionamiento familiar con el desarrollo de determinadas patologías en la edad adulta, entre ellas la psicopatología alimentaria (Lee & Gotlib, 1994). Esta asociación entre los TCA y la familia ya había sido indicada desde el siglo XIX por Gull y Lasegue en 1873 (como se citan en Toro, 2004), cuando señalaban que la plectomía daba buenos resultados en el tratamiento de sus pacientes con AN.

En la actualidad la aproximación multifactorial desde donde se estudian los TCA, compromete la inclusión de la familia para brindar una visión integral de factores que acompañan a dicha psicopatología. La revisión señala una amplia gama de variables familiares estudiadas, algunas de ellas se muestran como variables consistentes en la comprensión de los TCA, tal es el caso del funcionamiento y la imagen corporal asociada al estereotipo de delgadez. En tanto que existen otras variables de interés que apenas comienzan a explorarse, como son los hábitos alimentarios; o bien ofrecen resultados aún inconsistentes como la dieta materna y los comentarios negativos hacia la apariencia física.

Al revisar la literatura, los resultados son consistentes en señalar que además del funcionamiento familiar, se agregan otros factores familiares que acompañan a la psicopatología alimentaria; por ello, algunos estudios exploran como actúan diversas variables familiares sobre las conductas y actitudes hacia el peso y la alimentación. Entre los factores familiares se señalan: contextos familiares disfuncionales (Houon, et al. 2002), comentarios negativos y conflicto (Unikel, Aguilar & Gómez-Peresmitré, 2005; Wade & Lowes, 2002) comunicación estresante a la hora de comer, énfasis en la apariencia y peso (Worobey, 2002) y dieta materna (Mc Brayer, Smith, Mc Carthy, Demos & Simmon, 2001).

En cuanto a las muestras utilizadas, al analizar los estudios con personas con TCA donde se analizan variables familiares se aprecia que la mayoría de las muestras incluyen mujeres adolescentes, aunque existe un rango de edad entre 12 y 34 años; además, el número de participantes oscila entre 17 y 76 hijas afectadas, de 29 a 56 madres y un escaso número de padres.

El análisis de los estudios muestra que la mayoría son de corte transversal y utilizan principalmente autoinformes para recolectar los datos de las variables de interés. En cuanto a las participantes, prevalece la tendencia a trabajar sólo con las hijas, quienes brindan su percepción sobre los factores familiares. Atinadamente algunos estudios como los de Hahn-Smith y Smith (2001) y Byely, Baistiani, Graber y Brooks-Gunn (2000) comienzan a dar cuenta de la percepción de la madre. Sin embargo, la percepción del padre sigue ausente de estos resultados.

En su investigación Hahn-Smith, y Smith (2001) trabajaron con hijas y madres para evaluar el papel de la identificación materna sobre la imagen corporal, las actitudes alimentarias y la autoestima de sus hijas de 8 a 13 años. Sus hallazgos señalan que las hijas con insatisfacción corporal presentan una baja identificación con su madre. Además las madres consideran que el cuerpo de sus hijas es poco atractivo.

Por su parte, Byely et al. (2000) realizaron un estudio de dos etapas con mujeres adolescentes con TCA y sus madres. Sus resultados señalan que las adolescentes tienen una percepción negativa de sus relaciones familiares, lo cual predice la conducta de dieta a través del tiempo. Sin embargo, la dieta e imagen corporal de las madres no predicen la dieta y la satisfacción corporal de las hijas. En cambio, la percepción de las madres sobre el peso y apariencia de sus hijas sí ejerce presión directa sobre la imagen corporal y hábitos dietarios de sus hijas.

Como se aprecia, las investigaciones evidencian que los diferentes factores de riesgo suelen estar actuando desde lo interno de las familias, precipitando o moderando la presencia de síntomas de TCA, por lo que se requiere de mayor investigación al respecto mediante estudios cada vez más estructurados, que permitan evaluar como contribuyen los factores familiares.

Funcionamiento familiar

Desde antaño, diversas posturas teóricas han abordado el funcionamiento familiar; donde destacan los trabajos pioneros de Bruch (1973) quien basada en su experiencia clínica encontró que las familias de mujeres con TCA presentaban problemas familiares y emocionales subyacentes a la problemática alimentaria; de tal forma que las hijas afectadas se sentían incómodamente controladas por sus madres intrusivas y acostumbraban jugar papeles que no les correspondían, tales como mediadoras en los conflictos maritales. Los padres presentaban diversas respuestas ante el impacto del trastorno de su hija, entre las que destacan la negación de conflictos y su oposición para cambiar patrones de interacción familiar; aunque se reconoce que algunos otros contribuían con el tratamiento.

Por su parte la aproximación sistémica, desde el modelo estructural propuso que las familias de las pacientes con AN se enmarcaban en el modelo de la *Familia Psicossomática* caracterizada por presentar escasa o nula diferenciación, además de

mostrar poca integración y evitación de conflictos (Minuchin, 1974; Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Minuchin & Fishman, 1981).

Desde el modelo estratégico, Selvini Palazzoli (1978) de la Escuela de Milán, consideró que existen características bastante específicas en las familias en las que surgía la AN; en las cuales el síntoma aparece como resultado de las interacciones entre los miembros de la familia, y es la expresión de problemas de comunicación y jerarquía, que cumple la función de brindar homeostasis al sistema familiar (Madanes, 1982).

Posteriormente, Dare y Eisler (1997) proponen el modelo multifactorial sistémico nacido de la experiencia clínica con personas que padecen AN; en el que reconocen la influencia de los modelos mencionados anteriormente y retoman teóricamente otras vías de influencia e interacción de variables: genéticas y socioculturales (Dare, 1993); aunque su centro de interés sigue puesto en las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.

Vista desde éste enfoque la familia disfuncional aparece como un factor determinante para el desarrollo de los TCA. Sin embargo los hallazgos empíricos indican que no existe un patrón único para éstas familias (Kog & Vandereycken, 1989; Steiger et al., 1996), que un funcionamiento familiar deteriorado es una característica común a la psicopatología en general (Kaslow, 1996) y más aún que algunas de las familias afectadas por la patología alimentaria presentan un adecuado funcionamiento familiar (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005, North et al., 1997). Asimismo se ha señalado que la aparente disfuncionalidad de la familia quizá no sea un antecedente que propicie el trastorno, sino el resultado de sentirse amenazados y culpables de los síntomas que presenta su hija (o), por lo que se cuestiona si la disfuncionalidad es un antecedente o una consecuencia (le Grange, 2005, Toro & Vilardell, 1987).

Para evaluar la percepción del funcionamiento se compara a las familias que tienen un miembro con TCA con aquellas que no lo presentan, en donde se aprecia que las familias con TCA suelen convivir dentro de un funcionamiento deteriorado. Asimismo se han

realizado análisis más finos al dividir a las personas de acuerdo al trastorno que padecen AN o BN. Las familias de personas con AN aparecen como más rígidas y organizadas, mientras que las personas con BN forman parte de ambientes menos estructurados y con mayor déficit afectivo (tabla 2).

Comparación entre familias con TCA y sin TCA	
Funcionamiento familiar deteriorado Menor cohesión, comunicación, adaptación, rigidez y conflicto. Menos importancia a la dimensión de desarrollo: autonomía, actividades sociales y culturales	
AN	BN
Altamente cohesivas (sobrepotección) Dificultades en comunicación Evitación y negación de conflictos Deficiencias en la solución de problemas Mayor adaptación Percepción de estabilidad	Baja cohesión y poco soporte Baja expresión emocional Altos niveles de conflicto Mal organizadas Menos adaptación

Tabla 2. Funcionamiento familiar de las personas con TCA: AN y BN.

Al respecto, se han realizado investigaciones con población clínica con TCA pero que carecen de grupo control y algunos sólo cuentan con la participación de las hijas (tabla 3). Estos estudios muestran un funcionamiento deteriorado en las familias donde alguno de sus integrantes padece TCA, especialmente se señalan dificultades en expresividad, cohesión y conflicto (Kog & Vaderecken, 1989; Okon et al., 2003; Sánchez et al., 2003; Strober & Humphrey, 1987), evidenciando que las pacientes afectadas perciben que dentro de sus familias hay dificultad para expresar sus afectos, se sienten poco unidas al resto de los integrantes y experimentan alto grado de problemas familiares. Sin embargo, al no contar con grupo de comparación, no permiten apreciar si existen diferencias respecto a aquellas personas que no padecen TCA.

Referencia	Muestra			Instrumento	Resultados
	Hijas	Edad	Padres		
Okon, Greene & Ellen (2003)	20 BN	X=16.8 DE=1.6	NO	Cuestionario: Problemas familiares. FES. Conflict Behavior Questionnaire.	Molestias familiares como predictoras de síntomas bulímicos cuando existe conflicto y poca expresión emocional.
Sánchez, Sema, Seoana & Páramo (2003)	57 TCA: 19 AN 38 BN	17 a 26 años	56 madres 48 padres	EAT 40. FES.	Percepción del funcionamiento familiar –padres e hijas- estuvo en el rango medio. Las hijas perciben más bajas que sus madres: la cohesión, expresividad, independencia y más alto que ambos padres al conflicto.

Tabla 3. Resumen de estudios del funcionamiento familiar en personas con TCA, sin grupo control.

En consecuencia, se han realizado estudios más estructurados sobre funcionamiento familiar en personas con TCA que han incluido grupos controles (sanos y psiquiátricos), así como a las hijas, los padres (especialmente la madre) e inclusive hermanas(os); algunos trabajan de manera conjunta con todos los participantes que presentan TCA, mientras que otros muestran la importancia de trabajar separadamente con AN y BN (tabla 4).

Referencia	Muestra			Instrumento	Resultados
	Hijas	Edad	Padres		
Casper, & Troiani, (2001)	51 Hijas: 17 AN 34 control	Adolesc.	Padres	FAM	AN purgativa y sus madres percibieron un funcionamiento más deteriorado que los controles sanos, mientras AN restrictiva y sus familiares no difieren de las familias controles
Vázquez, Raich, Viladrich, Álvarez & Mancilla (2001)	68 hijas 34 TCA 34 Control	X=19.36 DE=2.84	Madre Padre	FES. CIMEC. Cuestionario Hábitos Alimentarios	Menor importancia en la dimensión de desarrollo: autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo y moral-religioso por parte de las hijas. Las hijas perciben el funcionamiento familiar más deteriorado que sus padres.
Emmanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask & Waller (2004)	34 AN 49 control	12 a 17 años	Madre Padre	FAD	Funcionamiento familiar deteriorado en familias con AN. Las hijas con AN perciben peor funcionamiento familiar, solución de problemas y comunicación que ambos padres.

Tabla 4. Resumen de estudios de funcionamiento familiar en personas con TCA, que incluyen grupo control y padres (Cont.)

Referencia	Muestra			Instrumento	Resultados
	Hijas	Edad	Padres		
Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday (2005)	126 hijas: AN- R=24 AN- P= 23 BN= 41 TCANE= 38 Episodio Depr.= 70	13-34 años	118 madres 96 padres	SADS-L Depresión de Beck FAD	Hijas con TCA: funcionamiento familiar deteriorado en solución de problemas, comunicación, respuesta afectiva y control conductual. Las madres consideran que están en un rango sano. Escasas diferencias entre ambos padres y entre hija y padre.
Vidović, Juresja, Begovaci, Mahnik, & Tocilj (2005)	76 TCA 50 Control 79 estudiantes de medicina	X=20.21 X=21.82 X=20.81	29 madres de hija con TCA 50 madres controles	FACES-II Parent- Adolescent Communica tion Scale	Hijas con TCA y sus madres: menor cohesión, adaptabilidad y comunicación. AN restrictiva no difiere en cohesión y comunicación del grupo control, mientras que TCANE, BN y AN purgativa presentan mayor deterioro. Menor adaptabilidad de BN y AN purgativa.
Gillett, Harper, Larson, Berrett & Hardman (2009)	51 familias TCA 51 familias Controles	X = 19.39 DE = 2.38	Hijas Madres Padres Hermana-o	FIRP (Family Implicit Rules Profile)	Familias con TCA tienen reglas más estrictas y limitantes. Las hijas con TCA perciben mayores limitantes que sus padres y hermanas(os).

Tabla 4. Resumen de estudios de funcionamiento familiar en personas con TCA, que incluyen grupo control y padres (Cont.)

En suma, los resultados muestran que las familias con TCA presentan en general un funcionamiento familiar más deteriorado que las familias controles (Casper & Troiani, 2001), caracterizado por menor expresión y cohesión; además dan menos importancia a funciones de desarrollo (Vázquez et al., 2001). Así como, mayor conflicto (Okon et al., 2003; Sánchez et al., 2003) y rigidez en las normas familiares (Gillett et al., 2009).

Al subdividir los estudios de acuerdo a los tipos de TCA, se muestra que las familias con AN tienden a la sobreprotección (Vázquez, et al., 2001), rigidez o control de sus integrantes (North et al., 1997), dificultades en la expresión de agresión (Shugar & Krueger, 1995); así como en la comunicación y solución de problemas (Emmanuelli et al., 2004;); también se presentan diferencias entre AN restrictiva y AN purgativa, éstas últimas son quienes presentan mayor disfuncionalidad (Casper & Troiani, 2001). Por su parte, las familias con BN presentan baja cohesión (Vázquez et al., 2001); dificultades en la expresión emocional, alto conflicto (Okon et al., 2003) reflejado en discusiones frecuentes (Humphrey & Stern, 1988) y escaso desarrollo de actividades académicas y sociales (Shisslak, McKeon & Crago, 1990).

La inclusión de los padres de hijas con TCA en algunos estudios contribuye a romper la visión unilateral que ha predominado en el estudio del funcionamiento familiar; ya que los resultados corroboran que existen discrepancias importantes en la manera de percibir dicho funcionamiento dependiendo del rol que cada miembro desempeñe; las hijas consideran que su ambiente familiar está más deteriorado en comparación con sus padres (Dancyger et al., 2005; Gillett et al., 2009; Sánchez et al., 2003; Vidovic´ et al., 2005), encontrando mayor concordancia con la madre que con el padre (Emmanuelli et al., 2004).

Los hallazgos del funcionamiento familiar asociado a los TCA son de tal relevancia que inclusive en poblaciones comunitarias, al evaluar la STCA, se encuentran relaciones similares (tabla 5).

Referencia	Muestra			Instrumento	Resultados
	Hijas	Edad	Padres		
Alvarez, Vázquez, Dorantes, López & Mancilla (2001)	80 mujeres: Sintomatología AN=30 Sintomatología BN=20 Control= 30	19 a 24 años	NO	FACES-II	Sintomatología de BN asociada a menor cohesión, toma de decisiones y lazos afectivos Sintomatología de AN asociada con mayor asertividad, deseos de liderazgo y menos coaliciones; mayor conformidad con su cohesión y adaptabilidad.
Holston & Cashwell (2000)	437 mujeres Universitarias sin trastorno	X=20.23 años	NO	FACES II, Family Satisfaction Scale (FSS) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) Perfeccionismo (NPQ y subescala del EDI) Motivación para adelgazar	Cohesión familiar tiene efectos directos sobre alteraciones alimentarias. Adaptabilidad y satisfacción familiar tienen relación indirecta sobre dichas conductas, mediadas por baja autoestima y perfeccionismo.
Fonseca, Ireland & Resnick (2002)	9,042 estudiantes (4625 mujeres y 4 417 hombres)	12 a 18 años	NO	Encuesta VCY	Menor calidad de relaciones familiares y comunicación asociadas a conductas extremas de control de peso

Tabla 5. Resumen de estudios de funcionamiento familiar en personas con Sintomatología de TCA

De tal forma que las familias con STCA también presentan dificultades familiares en torno a la cohesión, afecto, comunicación y adaptabilidad; las cuales se asocian directa o indirectamente con los síntomas de TCA.

La revisión del funcionamiento familiar señala que la mayoría de las investigaciones son de temporalidad transversal y los instrumentos más utilizados para evaluar el

funcionamiento son el FES, FAD y FACES-II, todos ellos autoinformes. Se aprecia que hay diferente grado de estructuración de las investigaciones debido a que algunos estudios sólo trabajan con población con TCA pero carecen de un grupo de comparación, además trabajan únicamente con las hijas, mientras que otros estudios tienen un alto grado de complejidad que incluyen a los controles adecuados, así como la participación de padres e hijas.

En suma, los resultados del funcionamiento familiar son relevantes para comprender el ambiente más íntimo que rodea a quienes padecen TCA pero no suficientes ni excluyentes en la explicación de la influencia familiar por lo que hay que atender otros factores que complementen la visión de la relación existente entre los TCA y la familia.

Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal se refiere a la manera en que la persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995), de tal forma que incluye aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales (Thompson, 1990). Todo individuo tiene una imagen corporal que se ha formado a través de un proceso dinámico de socialización donde se introyectan pautas de comportamiento que le permiten asumir un rol específico e integrarse a un grupo determinado. Obviamente, la primera influencia la recibirá de su entorno inmediato, es decir la familia, quienes posiblemente compartan el ideal de belleza que idolatra la delgadez y rechaza la obesidad.

Myers y Biocca (1992) indican que la mujer construye su representación mental tomando en cuenta el cuerpo ideal representado socialmente, el cuerpo objetivo y el cuerpo ideal interiorizado, y que cuando la discrepancia entre los dos últimos es excesiva se forma una imagen corporal negativa. El modelo de delgadez femenina, que actualmente impera, promueve grandes discrepancias entre el cuerpo ideal y el cuerpo real, por lo que es común que las mujeres sobrevaloren las dimensiones de sus cuerpos, específicamente caderas, muslos, abdomen, cintura y nalgas (Toro, 2004).

Existen diferentes grados de disgusto con la imagen corporal, por una parte el malestar normativo que hace referencia a cierta inconformidad que presenta la mayoría de la población hacia un rasgo de la apariencia física pero que no afecta de manera relevante la vida cotidiana del individuo; por otra parte, se encuentra la insatisfacción corporal que se refiere a una gran disconformidad, devaluación y preocupación por el propio cuerpo que adquiere grados patológicos alterando las actividades del individuo y en la mayoría de los casos lo lleva a realizar conductas en contra de su propia salud (Devlin & Zhu, 2001; Galán, 2004); ésta es la que preocupa en el campo de la salud por su relación con los TCA.

La insatisfacción corporal acompaña a los TCA y en el caso de la AN la distorsión en la percepción de la imagen corporal forma parte de los criterios diagnósticos señalados en el DSM-IV (APA, 2000). De esta manera, las alteraciones de la imagen corporal se consideran factores que anteceden a la presencia de TCA, así como una forma de manifestación sintomática (Baile & Velázquez, 2006). En consecuencia, la literatura considera a la insatisfacción corporal como el predictor más poderoso en la psicopatología alimentaria (Vázquez et al., 2004).

Las vías de influencia para que surja dicha insatisfacción son amplias entre las que se incluyen: rasgos de personalidad (neuroticismo, perfeccionismo), presencia de sobrepeso, familia, amigos y medios de comunicación que se encargan de transmitir el modelo estético corporal de delgadez.

Al revisar las historias de pacientes con TCA se encuentra que esta falta de aceptación de su imagen corporal viene, comúnmente, desde la infancia, manifestándose primero como una preocupación por el peso (Davison, Markey & Birch, 2000; Gómez-Peresmitré, Alvarado & Moreno, 2001), que puede incrementarse hasta llegar a prácticas nocivas de reducción de peso (Unikel, Saucedo, Villatoro & Fleiz, 2002). De manera particular, se considera que la familia puede contribuir en la aparición de la insatisfacción a través de burlas o comentarios sobre peso y figura corporal (Eisenberg, Neumark-Sztainer & Story, 2003) y mediante la sobrevaloración de la apariencia física (Davis, Shuster, Blackmore &

Fox, 2004). Estos mensajes de desaprobación se han asociado con mayor insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos y mayor probabilidad de pensamientos y tentativas suicidas (Toro, 2004).

Las investigaciones señalan que cuando existe una alteración en la imagen corporal en las madres también se presenta alteración en la imagen corporal de sus hijos (Alvarado & Moreno, 2000). En este sentido, existe similitud entre las madres e hijas en cuanto a su grado de satisfacción corporal (Evans & Le Grange, 1995) y en la práctica de dietas restrictivas (Hill & Franklin, 1998), sin embargo también se ha reportado que en algunos estudios al controlar el índice de masa corporal (IMC) entre los grupos clínicos y controles las diferencias halladas se atenúan e inclusive se desvanecen.

Dado lo anterior, se sugiere que las preocupaciones de los padres por el peso y la figura de sí mismos y de sus hijos, refuerzan la interiorización del ideal de delgadez y suscitan ansiedad asociada a la apariencia física que correlacionan con la existencia de problemas alimentarios durante la preadolescencia y la adolescencia (Stice, Agras & Hammer, 1999). Este énfasis familiar en la apariencia y el atractivo físico representa un riesgo para la presencia de TCA por referirse a la aceptación de ciertos modelos estéticos en detrimento de la valoración del propio cuerpo.

En esta misma línea de pensamiento, Laliberte, Boland y Leichner (1996) muestran que una familia enfocada en la apariencia y el logro es un mejor predictor de conductas propias de los TCA en comparación con variables como conflicto, cohesión o expresividad, que tradicionalmente se estudian sin relacionarse con la imagen corporal.

Además, la literatura sugiere que existe un acuerdo entre los familiares, especialmente entre la madre y la hija acerca de la importancia que le otorgan a la belleza física en su sistema de valores. De tal manera, la valoración que la familia le otorga a la apariencia física reviste importancia ya que se ha mostrado que un ambiente que valora la delgadez propicia la preocupación en el peso y figura de las hijas, sobretodo cuando existen características de neuroticismo en la personalidad de las hijas (Davis et al., 2004), lo que

puede llevarlas a alterar sus conducta alimentaria representando así un riesgo para la presencia de TCA.

Ahora bien, el hecho de que las personas valoren una figura ideal esbelta, encuentra sus raíces en un contexto socio-cultural más amplio que a su vez incluye a la familia, grupo en el cual se aprenden la mayoría de lecciones culturales.

Influencias sobre el modelo estético corporal de delgadez

Dentro del contexto sociocultural se reconoce que existen influencias promotoras del estereotipo de la delgadez, a través de los medios masivos de comunicación, así como la presión de la familia y los amigos (Stice, 2002; Szumukler & Patton, 1995). Martínez, Toro y Salamero (1996) consideran como influencias culturales sobre el modelo estético corporal a todos aquellos elementos que contribuyen a facilitar o justificar el adelgazamiento o la delgadez, especialmente por razones estéticas y sociales: constituyendo así la cultura de la delgadez (Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989).

En este sentido, Pike & Rodin (1991) señalan que la influencia proviene principalmente de las personas cercanas y es más fuerte cuando viene de personas o imágenes idealizadas o admiradas, como podrían ser familiares y amigos.

Las normas de belleza, peso adecuado y medidas corporales deseables pueden ser difundidos entre los miembros de la familia desde edades tempranas; al respecto McCabe et al. (2007) en un estudio con hijos en edad preescolar encontraron que las madres transmiten a sus hijas mensajes sobre pérdida de peso desde esta edad, lo que puede llevarlas a desarrollar preocupación por su apariencia y peso en la pre-adolescencia.

De manera particular, los padres pueden fomentar el aprecio por la delgadez a través de conversaciones sobre figuras femeninas delgadas que promueven esa imagen corporal ideal (Klesges, Malott, Boschee & Weber, 1986; Pike & Rodin, 1991). Los hallazgos empíricos sugieren que no sólo los padres sino también los compañeros contribuyen al

desarrollo de percepciones de figuras corporales apropiadas y deseables (Goldfield & Chisler, 1995; Pike & Rodin, 1991; Stice, 2002), lo cual puede ser más fuerte y común para el sexo femenino (Smolak & Murnen, 2001).

El modelo estético corporal de la delgadez encuentra como líneas de expresión y difusión a la publicidad, los mensajes verbales y el ambiente social que rodea a las jóvenes (incluida la familia); favoreciendo así, el malestar que las adolescentes tienen por su propio cuerpo hasta llegar a generar insatisfacción de la imagen corporal.

Los estudios muestran que la exposición a los medios de comunicación puede incrementar la aceptación del modelo de delgadez, la insatisfacción corporal y en consecuencia favorecer la presencia de alteraciones alimentarias. De manera particular, las revistas de moda (Martínez-González, Gual & Lahortiga, 2003) y los programas de televisión difunden cuerpos femeninos irreales que no representan a la mujer común de nuestra población (Toro, 2004), lo cual genera insatisfacción corporal sobretodo en mujeres con baja autoestima (Tiggeman, 2003).

En este sentido, Levine , Smolak y Hayden (1994) identificaron en una muestra de mujeres estudiantes que el 12.5% usaban las revistas dirigidas al público femenino como un recurso de información sobre imagen corporal; distinguiéndose por presentar mayor insatisfacción corporal, empleo de técnicas para control de peso y alteraciones alimentarias. Además de que sus padres y compañeros estaban interesados en perder peso por lo que los autores sugieren que estas mujeres viven en “la subcultura de la dieta”.

Por su parte, Cooley, Toray, Wang y Valdez (2008), señalan que las madres con mayor grado de interiorización de los mensajes publicitarios sobre delgadez presentan mayor probabilidad de tener hijas con patología alimentarias.

En consecuencia, la familia a través de sus actitudes y conductas puede mediar las influencias culturales sobre el modelo estético de delgadez que recibe el individuo (Haworth-Hoepfner, 2000), e inclusive algunos autores consideran que la aceptación del

ideal de la delgadez por parte de los padres podría predecir la presencia de TCA (Stice, 2002).

Hábitos Alimentarios

Además del aprecio por la delgadez, las familias juegan un papel primordial en la adquisición de los hábitos alimentarios, entendidos como un conjunto de reglas sobre el acto de comer, que han sido elaborados por el medio en el que vivimos a lo largo del tiempo, y que responden tanto a necesidades de salud como a criterios sociales (Gavino, 1995), los cuales se transmiten mediante la socialización familiar desde la infancia y en menor medida en la adolescencia.

Al respecto las investigaciones señalan que las conductas alimentarias son aprendidas en el contexto familiar en edades tempranas (Birch, 2002), donde las normas dietarias, tales como: el lugar, los horarios y el tipo de alimentos consumidos; se establecen a través de las interacciones familiares cotidianas y el acto de comer adquiere significados múltiples que van mucho más allá del hambre y la saciedad, involucrando elementos socio-afectivos.

Debido a la fuerte influencia que la familia puede ejercer en los hábitos alimentarios de los miembros de la familia las investigaciones exploran la relación entre los hábitos alimentarios de hijos y padres. En este sentido, Hannon, Bowen, Moinpour & McLerran (2003) investigaron con 282 preparadores, si los hábitos alimentarios de los miembros de la familia pueden ser predichos por los hábitos de quien prepara la comida; encontrando, que efectivamente, el consumo de frutas y vegetales o alimentos engordantes de quien prepara la comida predice el consumo de estos mismos alimentos en los esposos, niños y adolescentes.

Se considera que los padres que restringen la alimentación de sus hijos pueden impedirles que aprendan la regulación de la ingestión de su alimento, porque los hijos al enfocarse en indicadores externos de regulación alimentaria pueden ser menos competentes en el

uso de señales internas (Fisher & Birch, 1996). De manera inversa a lo que los padres podrían esperar se ha mostrado que la presión directa en los niños para consumir alimentos saludables disminuye el consumo de dichos alimentos (Birch, Marlin & Rotter, 1984) pero cuando se quita la vigilancia materna el consumo de dichos productos aumenta (Birch, Zimmerman & Hind, 1980).

Por su parte, el estudio de los hábitos alimentarios en los adolescentes señala que estos comen principalmente por hambre, pero también influye el deseo por el alimento, el atractivo, disponibilidad, comodidad y beneficios atribuidos a la comida; así como, por el tiempo disponible del adolescente y la familia, influencia de los padres (cultura, religión) y en menor grado por otras situaciones específicas: estado de ánimo, imagen corporal, costos, medios de comunicación y creencias vegetarianas (Neumark-Sztainer, Story, Perry & Casey, 1999). Parece que no es suficiente señalar que los jóvenes comen principalmente por hambre, sino que también es importante considerar bajo que condiciones de seguridad alimenticia se encuentran. En este sentido, Widome, Neumark-Sztainer, Hannan, Haines y Story (2009) como parte del Proyecto EAT (Eating Among Teens) observaron que los jóvenes con inseguridad alimentaria comen más comida rápida y alta en grasas, realizan pocas comidas con la familia y suelen omitir el desayuno.

En cuanto a los hábitos alimentarios de mujeres adolescentes están influenciados por su vida social y la satisfacción con su cuerpo. De tal forma que aquéllas socialmente independientes presentan menos consumo de desayuno y comidas con la familia; así como mayor consumo de aperitivos, chocolate y bebidas light. Por su parte, las chicas insatisfechas con su peso hacen dieta, ejercicio y consumen más vegetales verdes y pan tostado, presentando un bajo consumo de energía, a diferencia de las chicas no insatisfechas (Barker, Robinson, Wilman & Barker, 2000). Los resultados de Kandiah, Yake, Jones & Meyer (2006) señalan que el aspecto emocional también desempeña un papel importante, al encontrar que el 80% de las mujeres elige comida saludable en situaciones normales, pero que el 81% ve afectado su apetito por el estrés, lo cual se manifiesta principalmente por un incremento en la ingesta (62%); dando como resultado

que sólo el 33% de las adolescentes estresadas conserve una alimentación saludable y el resto se incline por alimentos dulces.

Por su parte, Vázquez et al. (2008) encontraron en jóvenes mexicanas que aquellas que presentan STCA consumen significativamente más productos light, acostumbran comer en el mismo lugar, y acostumbran comer cuando ven comer a otras personas comiendo, en comparación con mujeres de un grupo control.

Dada la sobrevaloración cultural que las mujeres reciben sobre su apariencia física, ellas se preocupan porque la cantidad de alimento pueda arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables; debido a que asocian la delgadez con éxito (Wesslen, Abrahamsson & Fjellström, 1999). En un estudio longitudinal de 5 años con adolescentes, Neumark-Sztainer y sus colaboradores (2007) encontraron que la dieta restrictiva predijo en las mujeres un incremento en la conducta de atracón y un decremento en el consumo de desayuno, con una tendencia descendente en el consumo de frutas y verduras. Como se aprecia, las ideas sobrevaloradas sobre la apariencia corporal contribuyen considerablemente en el detrimento de los hábitos alimentarios y la presencia de alteraciones alimentarias como atracón, restricción, vómito y uso de diuréticos (Wade & Lowes, 2002); conductas que por supuesto no llevarán a la jóvenes a conseguir supreciado ideal de delgadez sino a modificar cada vez más sus patrones alimentarios y aumentar la frecuencia de conductas inadecuadas (López-Espinoza, 2005).

A pesar de que los adolescentes tienen escasa conciencia de alimentarse sanamente, reconocen que el comer entre comidas sólo lo hacen por comer algo sabroso o para estar con sus amigos; en cambio, acostumbran cenar con su familia por considerarlo algo saludable. A esta edad las discusiones sobre la comida suelen relacionarse con estrategias de presión por parte de quien prepara el alimento, así como, con verse y sentirse bien. Sin embargo, los autores advierten que la relación entre la apariencia física y el consumo de frutas y verduras no es directa sino que actúa a través de la presión, lo que puede complicarse con preocupaciones asociadas con la edad (por ejemplo: independencia, o control de peso), poniendo en juego patrones de negociación con la familia para

responder a las necesidades familiares al tiempo que rescatan su autonomía (Bourcier, Bowen, Meischke & Moinpour, 2003; Contento, Williams, Michela & Franklin, 2006).

Si bien, las investigaciones anteriores indican que en algunas familias se fomenta una alimentación saludable a través de diversas estrategias; existe otra línea de investigación que muestra como la restricción alimentaria se promueve en la cotidianidad a lo interno de la familia. En este sentido, se aprecia que madres preocupadas por su peso y figura, que comúnmente presentan niveles importantes de insatisfacción corporal promueven — directa e indirectamente— hábitos alimentarios inadecuados (Saucedo, 1996). De manera particular, se estudia el efecto predictor de la dieta materna sobre la dieta de las hijas con resultados aún inconsistente (Byely et al., 2000; García & De Simone, 2003).

Aún se cuenta con pocos estudios que exploran cual es la relación entre los hábitos alimentarios de la familia y la presencia de síntomas de TCA en los hijos. Las investigaciones empiezan a delinear posibles vías de influencia para los TCA, en primer lugar algunas conductas de las hijas como saltarse el desayuno y comer comida chatarra, así como la excesiva importancia que la madre coloca en la alimentación, aparecen asociadas a la presencia de psicopatología alimentaria. Por otra parte, se aprecia que si los patrones alimentarios de la familia se consideran importantes, están estructurados y se comparte la hora de la comida frecuentemente se da menos oportunidad de aparecer a los síntomas de TCA; lo que además mejora si se cuenta con elementos del funcionamiento familiar como cohesión e independencia y se controla la preocupación del peso y figura en la hijas (tabla 6).

A partir de lo anterior, se hace necesaria la evaluación de los hábitos alimentarios tanto de la persona afectada como de su la familia con la finalidad de indicar si las alteraciones en el control de la ingestión, la cantidad consumida, la regularidad de los horarios, el lugar de consumo y la influencia emocional en la ingestión (Sánchez-Carracedo & Saldaña, 1998) sólo están presentes en la hija con TCA o son compartidos por sus familiares. Lo cual resultará aún más valioso si se estudia conjuntamente con otros

factores como el funcionamiento familiar, la imagen corporal y la influencia sociocultural sobre la delgadez.

Referencia	Muestra	Instrumentos	Resultados
Neumark-Sztainer, Wall, Story & Fulkerson (2004)	4746 adolescentes, X=14.9 años DE=1.7	Encuesta Proyecto EAT: Conductas alimentarias alteradas, patrones alimentarios familiares Datos antropométricos: estatura y peso	Los adolescentes con mayor frecuencia de comidas familiares, prioridad por la comida familiar, una atmósfera positiva a la hora de comer y un ambiente de comida más estructurado tuvieron menor probabilidad de TCA. La asociación entre los patrones alimentarios familiares y las conductas de control de peso es más intensa en las mujeres; esta relación disminuye al ajustar la cohesión y la preocupación por el peso y la figura.
Ackard & Neumark-Sztainer (2001).	560 mujeres, 17-25 años	Cuestionario de comidas familiares BULIT-R EDI- subescala: Bulimia FES	La frecuencia de las cenas familiares es inversa a los síntomas bulímicos. Las mujeres que perciben mayor cohesión e independencia y baja orientación al logro, y quienes cenan frecuentemente con su familia reportan pocos síntomas bulímicos. Las comidas familiares sirven como factores protectores para problemas alimentarios. Las comidas familiares disminuyen en la etapa de la adolescencia.
Fernández et al. (2004)	262 pacientes con TCA 160 estudiantes-Controles	Cross-cultural Questionnaire (CCQ)	Durante la infancia y la pubertad: no desayunar antes de ir a la escuela, excesiva importancia dada por la madre hacia la comida y comer dulces y golosinas en exceso actuaron como factores predictores de TCA

Tabla 6. Estudios de hábitos alimentarios en la familia relacionados con síntomas de TCA.

Propósito

Dado que la literatura de investigación señala asociaciones entre algunos factores familiares y la aparición de los TCA y STCA, la presente investigación propuso indagar el papel, de riesgo o protección, que desempeñan los factores familiares: percepción del funcionamiento familiar, imagen corporal, influencias sobre el modelo estético corporal y hábitos alimentarios sobre la presencia de los TCA y STCA.

Hipótesis

Si las hijas perciben un ambiente familiar deteriorado y tanto ellas como sus padres presentan insatisfacción corporal e influencias sobre el modelo estético corporal entonces las hijas presentarán TCA o STCA.

Si las hijas perciben cohesión y expresividad familiar, así como, fomento de actividades sociales e intelectuales, como elementos de su funcionamiento familiar, entonces disminuirá la probabilidad de que presenten algún TCA o STCA.

En cuanto a los hábitos alimentarios de hijas y padres, más que plantear hipótesis se exploró si ¿es posible identificar algún efecto de los hábitos alimentarios de padres e hijas sobre la presencia de TCA y STCA?

Dado que las personas con TCA y STCA difieren en cuanto a su nivel de gravedad, se esperaba que las asociaciones entre factores familiares y los TCA fueran más robustas que entre los factores familiares y la STCA.

Variables

Las variables comprendidas en el estudio son las siguientes (tabla 7):

CONSTRUCTO	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Diagnóstico: Grupo de síntomas	TCA	Procesos psicopatológicos que conllevan graves anomalías en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, su base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. Dichos trastornos engloban: AN, BN, TCANE.	Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000).	<i>Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario IDED,</i> (Kustlesic et al. 1998)
	Sintomatología de TCA	Conjunto de síntomas y preocupaciones características de la AN y/o BN, pero que no cubren los criterios de ningún TCA de acuerdo al DSM-IV-TR	Puntuaciones obtenidas en el EAT-40, que rebasen el punto de corte en población mexicana de 28 (Alvarez et al., 2004). Puntuaciones obtenidas en el BULIT que rebasen el punto de corte para México de 85 (Alvarez, 2000)	<i>Test de actitudes alimentarias EAT-40,</i> (Garner & Garfinkel, 1979). <i>Cuestionario de bulimia BULIT</i> (Smith & Telen, 1984).
	Sin TCA (grupo control)	Ausencia de TCA o Sintomatología de TCA.	No cumplir los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000). Puntuaciones obtenidas en el EAT-40 (<28) y el BULIT (<85).	<i>Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario IDED,</i> (Kustlesic et al. 1998)

Tabla 7. Cuadro de definición de variables (Cont.)

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUBESCALAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Funcionamiento familiar	Relaciones familiares	Evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza	Promedio de las puntuaciones obtenidas en las escalas: cohesión, expresión, y conflicto.	Cohesión	Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre ellos	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81.	<i>Escala de Clima Social en la Familia (FES)</i> (Moos & Moos, 1980)
				Expresión	Grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82	
				Conflicto	Grado en que se expresan libre y abiertamente: enojo, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83.	

Tabla 7. Cuadro de definición de variables (Cont.)

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUBESCALAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Funcionamiento familiar (Cont.)	Desarrollo	Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común	Promedio de las puntuaciones obtenidas en las escalas: autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad.	Autonomía	Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84.	<i>Escala de Clima Social en la Familia (FES)</i>
				Actuación	Grado en que las actividades (tales como escuela y trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o de forma competitiva	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85.	
				Intelectual-cultural	Grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86.	
				Social-recreativa	Grado de participación en actividades sociales y de diversión.	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87.	
				Moralidad-religiosidad	Importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88.	

Tabla 8. Cuadro de definición de variables (Cont.)

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUBESCALAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Funcionamiento familiar (Cont.)	Estabilidad	Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros	Promedio de las puntuaciones obtenidas en las escalas: organización y control.	Organización	Importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades.	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89.	<i>Escala de Clima Social en la Familia (FES)</i>
				Control	Grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a las reglas y procedimientos establecidos	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90	

Tabla 7. Cuadro de definición de variables (Cont.)

CONSTRUCTO	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Imagen corporal	Malestar (normativo) con la imagen corporal	Inconformidad que se presenta en la mayoría de la población hacia algún rasgo de la apariencia física, que no afecta de manera relevante la vida cotidiana del individuo	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de imagen corporal BSQ que no rebasen el punto de corte 110	Cuestionario de imagen corporal (BSQ, Cooper, Tylor, Cooper & Fairburn, 1987)
	Insatisfacción corporal	Gran disconformidad con la forma y apariencia del propio cuerpo que altera las actividades del individuo y en la mayoría de los casos le lleva a realizar conductas en contra de su propia salud.	Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de imagen corporal BSQ que rebasen el Punto de corte 110	

Tabla 7. Cuadro de definición de variables (Cont.)

CONSTRUCTO	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
Influencias sobre el modelo estético corporal	Influencia de la publicidad	Se refiere a la publicidad presentada en televisión, radio, revistas, libros, escaparates que promueven los modelos estéticos de delgadez.	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 8, 15, 6, 33, 28, 23, 38, 21, 26, 9, 32, 19, 14, 35.	<i>Cuestionario de influencia sobre el modelo estético corporal CIMEC, (Toro, Salamero & Martínez, 1994)</i>
	Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso	Evalúa la ansiedad ante situaciones que auto-cuestionan la percepción corporal	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 11, 5, 13, 25, 29, 22, 17, 16, 31, 10.	
	Influencia de los modelos estéticos corporales	Interiorización del modelo y las repercusiones de ello sobre sus relaciones sociales y en la cantidad de alimento ingerido	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 1, 4, 12, 37, 39, 3.	
	Influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos	Importancia de los amigos y familiares en la interiorización del modelo de delgadez	Puntuaciones obtenidas en los reactivos: 27, 30, 2, 18, 36	
Hábitos alimentarios	Externalidad	Evalúa la influencia de aspectos externos o ambientales en la ingestión de alimentos	Puntuaciones obtenidas en el bloque 6.	<i>Cuestionario de hábitos alimentarios (Saldaña, Canalda, Castro, Raich, Toro & Vallés, 1994)</i>
	Emoción	Evalúa los estados emocionales que pueden aumentar o disminuir la ingestión	Puntuaciones obtenidas en los bloques 4 y 5	
	Control	Evalúa los patrones de ingestión (número de comidas, tipos de alimentos)	Puntuaciones obtenidas en los bloques 1, 2, 3 y 7.	

Tabla 7. Cuadro de definición de variables (Cont.)

Método

Diseño:

Tipo de estudio no experimental con temporalidad transversal de alcance correlacional que da cuenta de las relaciones de los TCA con los factores familiares: funcionamiento, imagen corporal, influencias socio-culturales y hábitos alimentarios. Se trata de un diseño factorial con muestras independientes no probabilísticas de sujetos tipo- voluntarios (tabla 8).

Factores	Miembro de la familia	Grupos		
		TCA	Sintomatología	Control
Funcionamiento familiar	Hija			
	Madre			
	Padre			
Imagen corporal	Hija			
	Madre			
	Padre			
Influencias sobre el modelo estético corporal	Hijas			
	Madre			
	Padre			
Hábitos alimentarios	Hija			
	Madre			
	Padre			

Tabla 8. Diseño de investigación.

Participantes

Antes de comentar las características de los participantes y el procedimiento para recolectar la muestra, cabe la baja prevalencia de los TCA que hace que las muestras nacionales e internacionales sean de un número reducido de participantes voluntarios; más aún cuando se requiere la participación de los padres. Desde esta panorámica, el presente estudio incluye 47 familias con TCA y 22 familias con STCA de sujetos voluntarios (quedando dentro del rango de edad y número de participantes que se incluyen en la literatura revisada previamente). La muestra se obtuvo en clínicas especializadas en TCA e instituciones educativas, donde se entró en contacto con la población clínica y comunitaria respectivamente (tabla 9).

Institución	Entrevistas	Cuestionario		
		Hija	Madre	Padre
Población clínica				
Proyecto de Investigación en Nutrición. UNAM-FES Iztacala	17	17	17	14
Clínica privada A	38	28	18	14
Clínica privada B	8	10	11	9
Población comunitaria				
Universidad pública	20	20	20	14
Universidad privada	65	283	45	34
Total	148	358	111	85

Tabla 9. Población clínica y comunitaria evaluada para obtener la muestra.

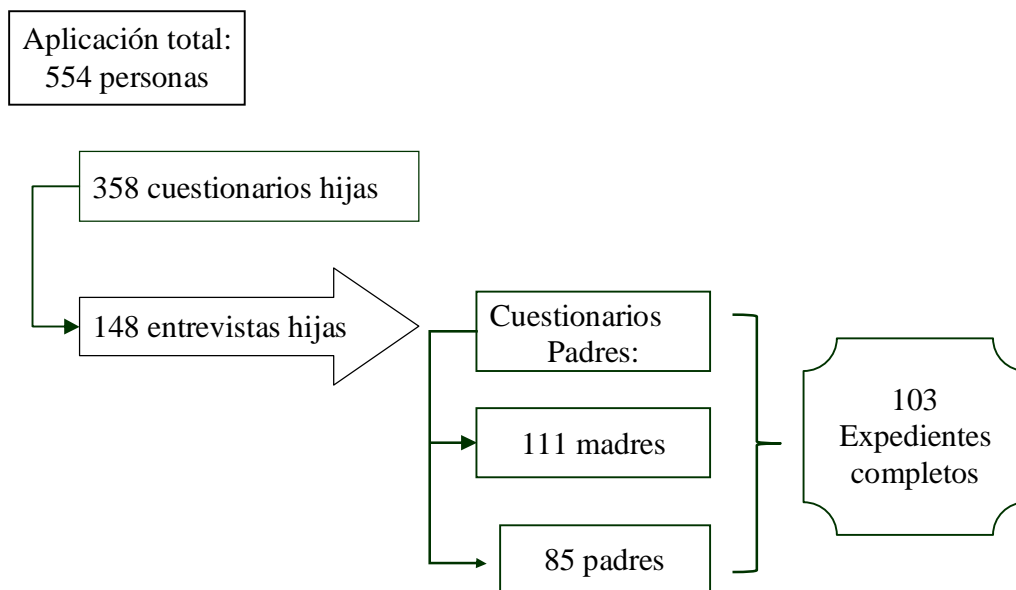


Fig. 4. Depuración desde la aplicación total hasta los casos completos

En la figura 4 se observa que la aplicación total contempló a 554 personas, de las cuales 358 hijas contestaron los cuestionarios y se entrevistó a 148 de ellas; con el diagnóstico obtenido en la entrevista las participantes se distribuyeron en los grupos correspondientes: TCA, STCA, Control. Posteriormente se buscó el contacto con los padres de las hijas entrevistadas, logrando que 111 madres y 85 padres contestaran los cuestionarios. Por último, al unir los cuestionarios contestados por hija, madre y/o padre se recopilaron 103 expedientes completos de familias que contestaron los instrumentos de medición.

Los 103 expedientes completos conformaron la muestra del presente estudio y comprende a 103 mujeres, así como, con sus madres (102) y sus padres (79). La edad de las hijas osciló entre 14 y 28 años ($X = 18.81$, $DE = 2.58$), todas ellas vivían cuando menos con alguno de sus padres y aceptaron participar voluntariamente (en caso de ser menores de edad se solicitó el permiso del padre o tutor). Se verificó que no existieran diferencias significativas en la edad de la hijas ($F = 0.86$, $p = 0.42$) (tabla, 10). El 44.7 % de las participantes provenían de una universidad privada; el 35.9% del Proyecto de

Investigación en Nutrición (PIN) de la UNAM-FES Iztacala, y el 19.4% restante de clínicas privadas especializadas en TCA

Grupo	Hija	Edad	Diagnóstico	Madre	Padre
TCA	47	X=19.13 DE=2.86	1 AN R 19 BN P 22 TCANE 5 TPA	47	37
Sintomatología	22	X=18.27 DE=2.22	STCA	22	17
Control	34	X=18.71 DE=2.37	Sin TCA	33	25

Tabla 10. Edad, diagnóstico y clasificación de los participantes

AN R = Anorexia Nerviosa Restrictiva, BN P = Bulimia Nerviosa Purgativa, TCANE = Trastorno de la Conducta alimentaria No Especificado, TPA = Trastorno por Atracón.

Criterios de inclusión de los grupos

Hijas

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar a las hijas participantes:

- Mujeres de 12 a 30 años
- Que vivieran cuando menos con alguno de sus padres
- Participación voluntaria

Posteriormente, en base al diagnóstico obtenido en la entrevista las participantes se distribuyeron en los grupos correspondientes:

- En el grupo con TCA se incluyó a aquellas mujeres diagnosticadas con AN, BN y TCANE conforme a los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000).

- En el grupo de Sintomatología de TCA se ubicaron a aquéllas que rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje, EAT ($PC \geq 28$) y/o BULIT ($PC \geq 85$), además de que en la entrevista clínica se corroboró la presencia de síntomas característicos de psicopatología alimentaría sin llegar al diagnóstico de TCA (AN, BN o TCANE).
- En el grupo sin TCA (control) se agruparon a las hijas que no rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje, EAT ($PC \geq 28$) y/o BULIT ($PC \geq 85$) y que mediante la entrevista se confirmó que no tenían síntomas característicos de psicopatología alimentaria ni cuadros clínicos de TCA de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Padres

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para seleccionar a los padres participantes:

- Que sus hijas ya hubieran sido evaluadas
- Que vivieran con sus hijas

Ante la dificultad de conseguir la participación de ambos padres, se decidió incluir en el presente estudio aquellos casos en los que se contó con la evaluación de la hija y cuando menos uno de sus padres; la participación de las madres fue mayor que la de los padres.

Instrumentos de evaluación

Para la clasificación de los grupos:

Los instrumentos utilizados para ubicar a las hijas participantes en los grupos correspondientes, fueron el EAT-40, BULIT e IDED:

Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40): Evalúa síntomas de TCA, fue creado y validado en población canadiense por Garner y Garfinkel (1979). Consta de 40 preguntas con 6 opciones de respuesta con punto de corte internacional de 30. En México fue adaptado y validado en población mexicana por Alvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), con un Alfa de Cronbach de 0.90, estableciendo el punto de corte en 28 y proporcionando 5 factores: a) dieta restrictiva, b) bulimia, c) motivación para adelgazar, d) preocupación por la comida y e) presión social percibida. Mayor puntuación señala la presencia de mayor número de síntomas de TCA, especialmente de AN.

Cuestionario de Bulimia (BULIT): Este cuestionario evalúa la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la BN. Fue creado y validado en población estadounidense por Smith y Telen (1984) consta de 36 preguntas con 5 opciones de respuesta, con punto de corte internacional de 102; fue adaptado y validado en población mexicana por Alvarez (2000); con un Alfa de Cronbach de 0.88, con un punto de corte para México de 85. Además proporciona la siguiente estructura factorial: a) sobreingestión y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, b) sentimientos negativos posteriores a la sobreingestión y c) conductas compensatorias. Mayores puntuaciones indican la presencia de mayor número de síntomas de BN.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario IDED: (Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV, Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy – Eberenz, 1998) tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los TCA: AN, BN y TCANE considerando los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994). La validez de contenido contempló a diez expertos que la calificaron favorablemente. Es decir que los especialistas juzgaron que evaluaba todos los aspectos necesarios para formular el diagnóstico de un TCA y diferenciar entre los tipos y subtipos de TCA. El cuando a la validez concurrente el IDED correlacionó con el factor dieta del EAT ($r = 0.60$), atracón y vómito del BULIT ($r = 0.68$ en ambos casos).

Para evaluar los factores familiares:

Se utilizaron cuatro instrumentos para evaluar los factores familiares (funcionamiento, imagen corporal, influencia sociocultural y hábitos alimentarios), los cuales se describen a continuación:

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ): su objetivo es explorar la autopercepción respecto a la imagen corporal e identificar la presencia de insatisfacción, fue creado y validado en la población americana Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Consta de 34 preguntas con seis opciones a respuesta. En México fue validado por Galán (2004), con un *Alfa* de Cronbach de 0.95 y dos factores: a) malestar con la imagen corporal y b) insatisfacción corporal, el punto de corte para población mexicana es 110, puntuaciones iguales o mayores a dicha puntuación indican la presencia de insatisfacción corporal.

Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC): Fue elaborado y validado en población española por Toro, Salamero y Martínez (1994). Su objetivo es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal (esbeltez), consta de 40 preguntas en 3 opciones de respuesta y se propone su punto de corte internacional en 24; en México aún no se establece el punto de corte para su población. Fue adaptado y validado en población mexicana por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), cuenta con una buena consistencia interna (*Alfa*= .94) y una estructura factorial de 4 componentes: a) influencia de la publicidad, b) malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso, c) influencia de los modelos estéticos corporales y d) la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos. Mayor puntuación indica mayor influencia sociocultural hacia la delgadez.

Cuestionario de Hábitos Alimentarios (HA): Creado por Saldaña, Canalda, Castro, Raich, Toro y Vallés (1994) evalúa los hábitos alimentarios, la ingestión de alimentos y su relación emocional; incluye siete bloques de preguntas agrupados por Vázquez (1997) en las 3 dimensiones siguientes:

- a) Externalidad: Evalúa la influencia de aspectos externos o ambientales en la ingestión de alimentos.
- b) Influencias emocionales: agrupa todas las preguntas sobre estados emocionales que pueden aumentar o disminuir la ingestión.
- c) Control alimentario: Evalúa los patrones de ingestión (número de comidas, tipos de alimentos).

Los instrumentos arriba enlistados han sido adaptados para la población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM –FES Iztacala. En el caso del EAT, BULIT, BSQ y CIMEC se han examinado su confiabilidad y validez de manera crítica y empírica mostrando ser instrumentos adecuados para evaluar a la población mexicana. De manera particular, en la validez discriminante, se han establecido los puntos de corte atendiendo a las medidas de especificidad y sensibilidad más adecuadas (Álvarez, 2000; Galán, 2004; Vázquez et al., 2000).

Escala de Clima Social en la Familia FES: (Moos & Moos, 1980), validado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984). Esta escala muestra las características socio-ambientales de la familia, evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Contiene 90 reactivos agrupados en 10 subescalas que a su vez pueden condensarse en las tres dimensiones siguientes:

a) Relaciones: evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza (cohesión, expresión, y conflicto).

Cohesión: grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí.

Expresividad: grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

Conflicto: grado en que se expresa libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

b) Desarrollo: evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común (autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad).

Autonomía: grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.

Actuación: grado en que las actividades (escuela, trabajo, etc.) se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva.

Intelectual-Cultural: grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.

Social-Recreativo: grado de participación en actividades de diversión, deporte o aficiones durante su tiempo libre.

Moralidad-Religiosidad: importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético, religioso o espiritual.

- c) Estabilidad: proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros integrantes (organización y control).

Organización: importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Control: grado en que la dirección de la vida familiar atiende a reglas y procedimientos establecidos.

En México, se obtuvo un *Alfa* de Cronbach de 0.78 y el análisis factorial encontró los mismos factores que la escala original (Ayala, Fulgencio, Chaparro & Pedroza, 2000).

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos de medición a la población clínica y comunitaria se desarrolló de manera paralela.

Una vez aceptado el protocolo de la presente investigación, se consiguió la autorización de aplicación en distintas instituciones (clínicas y comunitarias), cuyas autoridades asignaron a los participantes de acuerdo a la disponibilidad de las mismas. En el caso de las instituciones clínicas la obtención del consentimiento informado estuvo a cargo de sus autoridades. En cambio, en la población comunitaria, se obtuvo el consentimiento escrito directamente de las participantes y en el caso de ser menores de edad también se pidió el consentimiento de sus padres.

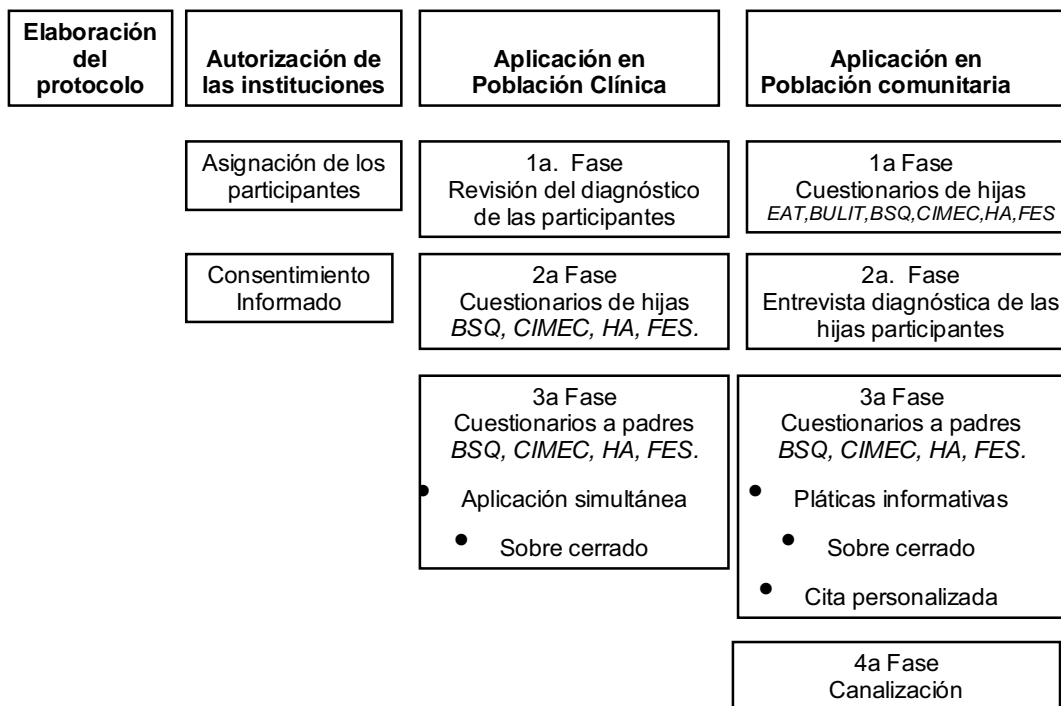


Figura 5. Fases del proceso de evaluación en población clínica y comunitaria

Muestra clínica:

La participación de las personas afectadas por TCA se obtuvo a través de los siguientes medios:

- Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-FES Iztacala y
- Clínicas privadas de tratamiento para TCA.

La aplicación en la población clínica se realizó en tres fases:

1ª fase: revisión del diagnóstico mediante la entrevista clínica (IDED), o en su defecto mediante la historia clínica, para corroborar que las pacientes cubrían los criterios del DSM-IV-TR para ser diagnosticadas con TCA.

2ª fase: aplicación individual de los cuestionarios BSQ, CIMEC, HA y FES a las hijas participantes.

3ª fase: aplicación de cuestionarios a padres; aquéllos que asistieron con sus hijas contestaron los cuestionarios en las mismas instalaciones. En caso contrario, la hija llevó los cuestionarios a casa y los regresó contestados en sobre cerrado; en el caso del PIN la responsable del proyecto participó en la evaluación de los padres pero en el caso de las clínicas especializadas su personal fue el encargado de dicho proceso.

A lo largo de la aplicación el número de participantes disminuyó conforme el procedimiento avanzó; sobre todo en relación a la aplicación con los padres. Las razones de dicha disminución son variadas: algunas abandonaron el tratamiento antes de aplicar los cuestionarios; en otras ocasiones las instituciones no consideraron pertinente la aplicación a los padres dadas las condiciones del caso.

Muestra comunitaria:

Se contó con dos instituciones educativas para recopilar datos:

- Universidad pública
- Universidad privada

La aplicación en la población comunitaria se realizó en cuatro fases:

1ª fase: aplicación grupal de cuestionarios a hijas (EAT, BULIT, BSQ, CIMEC, HA y FES).

2ª fase: entrevista diagnóstica. El personal del PIN y la responsable de este estudio realizaron de manera conjunta la entrevista a aquéllas hijas que rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje (EAT y BULIT); asimismo, se entrevistó a una muestra equivalente de mujeres que no rebasaron el punto de corte. El diagnóstico asignado a las participantes permitió ubicarlas en el grupo de investigación correspondiente: TCA, Sintomatología de TCA, Control (sin TCA).

3ª fase: aplicación de los cuestionarios a padres de las hijas entrevistadas siguiendo diversas estrategias:

- Entrega de cuestionarios para padres a las hijas, para que los llevaran a su casa, sus padres los contestaran y los regresaran a la dirección de la escuela o con la responsable del proyecto.
- Citatorio escrito a los padres de los grupos con Sintomatología de TCA y Control para aplicarles los cuestionarios correspondientes y brindarles una plática informativa de TCA.
- Citatorio telefónico a los padres faltantes para aplicación de cuestionarios y plática informativa
- Cita telefónica individual a padres faltantes. Se les avisó que se les enviarían los cuestionarios correspondientes con sus hijas, para que los contestaran en casa; además se acordó una cita individual para que acudieran a entregar los cuestionarios y recoger los resultados de sus hijas.

4ª fase: canalización de las personas detectadas con TCA a instituciones especializadas para su atención. En el caso de mayores de edad se realizó directamente con la participante; no obstante, en el caso de las menores de edad, los resultados y sugerencias de tratamiento se entregaron a los padres conjuntamente con sus hijas. En el caso de los padres que no respondieron al llamado de la investigación, se elaboraron cartas de resultados y/o canalización que se entregaron a la Dirección de la institución educativa para que diera seguimiento a través de su departamento psicopedagógico.

De igual manera, el número de participantes disminuyó conforme avanzó el proceso de evaluación, por diversas razones como: inasistencia, baja escolar, revocación del consentimiento.

Análisis de datos

Con los datos recabados se realizó el análisis de los factores evaluados en cada uno de los miembros de la familia: funcionamiento familiar, imagen corporal, influencia sobre el modelo estético corporal y hábitos alimentarios; posteriormente se realizaron modelos en los que se incluyeron las variables más relevantes. Se utilizó el programa SPSS versión 12.

Primeramente se realizó el examen exploratorio de datos recabados que consistió en una inspección visual de las representaciones gráficas de los datos, y se completó con el análisis de casos ausentes y casos atípicos; asimismo, se analizaron la normalidad (prueba Shapiro Wilks), linealidad y homocedasticidad; subyacentes al uso de los métodos multivariantes.

Las representaciones gráficas elegidas fueron: histogramas y gráficos de caja. Se realizaron los histogramas para cada factor familiar de todos los participantes, se observó la forma de su distribución y se evaluó la normalidad superponiendo la curva normal sobre la distribución. Con los gráficos de caja se analizaron las diferencias entre los grupos: TCA, STCA y Control con respecto a cada factor familiar evaluado.

Para identificar los factores familiares que se relacionan significativamente entre hija-madre e hija-padre en los grupos participantes se realizaron Correlaciones de Pearson (r) o Spearman (r_s) entre los datos de hijas-madre e hija-padre, utilizando las puntuaciones totales y por subescala de cada instrumento.

Para evaluar el efecto de riesgo o protección de los factores familiares: percepción del funcionamiento familiar, imagen corporal, influencia sobre el modelo estético corporal y hábitos alimentarios (de hijas y padres), sobre la presencia de TCA y STCA, se utilizaron regresiones logísticas.

La regresión logística es una alternativa robusta al análisis de variables categóricas; pertenece al grupo de técnicas multivariantes de dependencia al diferenciar entre variables dependientes e independientes.

Su principal objetivo es predecir la probabilidad de ocurrencia de un determinado evento, a partir de los valores que presente una serie de variables independientes categóricas y/o continuas analizadas. Además señala el grado de relación existente entre las variables independientes y la dependiente y su significancia; permitiendo predicciones, en el sentido de determinar la probabilidad de que una nueva observación pertenezca al grupo considerado (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999).

En este modelo la posibilidad de elegir o pertenecer a una u otra alternativa estará condicionada por un conjunto de variables explicativas o variables predictoras continuas y/o categóricas. Donde una variable categórica generalmente se enuncia en forma binaria: $Y=1$ (ocurrencia del evento) e $Y=0$ (no ocurrencia), de tal forma que la variable dicotómica representa la pertenencia o no a un grupo (Hosmer & Lemeshow, 2000).

En el caso del presente estudio, los factores familiares actuaron como variables predictoras y como variable predecible a) la presencia de TCA, y de forma separada b) la presencia de Sintomatología de TCA (Fig. 7). Al interpretar los resultados, el efecto de riesgo estuvo indicado por las variables con puntuaciones (*Odds ratio*) mayores a 1 y aquéllas con valores inferiores a 1 ejercieron un efecto protector.

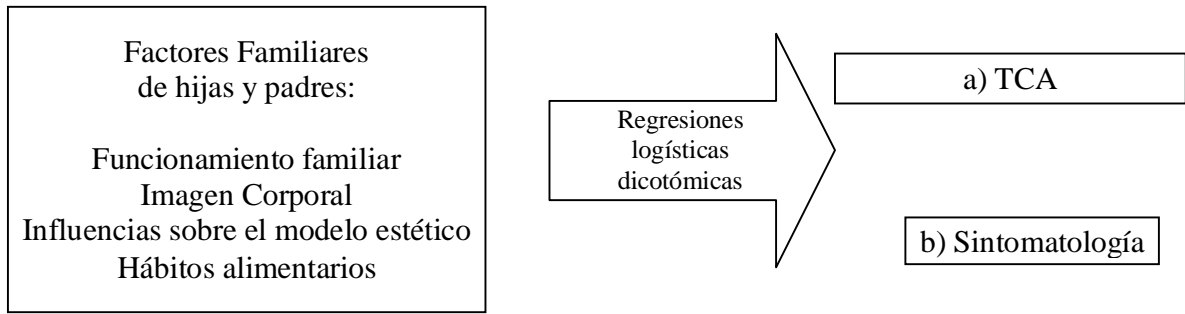


Fig.7. Diagrama del análisis multivariado entre los factores familiares evaluados en hijas y padres sobre la presencia de TCA y STCA

Inicialmente se trabajó con cada factor por separado retomando las variables que resultaron significativas en las correlaciones bivariadas entre hijas-madre e hija-padre para utilizarlos en la regresión logística como factores predictores de: a) la presencia de TCA y b) la presencia de Sintomatología, encontrando como resultado las variables que contribuyeron a explicar aumento o descenso en la probabilidad de pertenecer al grupo afectado por la psicopatología alimentaria; estas variables se reservaron para incluirlas en los modelos finales. De esta manera, poco a poco se depuraron las variables, quedando al final las variables que tenían un impacto significativo; las cuales se utilizaron para elaborar los modelos finales que integraron las variables más relevantes de cada factor en un solo modelo para TCA y otro para STCA.

Resultados

Funcionamiento familiar

Se realizaron las correlaciones entre las dimensiones evaluadas por el FES entre hijas y padres de los tres grupos participantes, encontrando mayor número de relaciones estadísticamente significativas entre las hijas con TCA y sus padres, mientras que en el grupo con STCA y el grupo Control, las relaciones fueron escasas. Asimismo, existieron más relaciones significativas entre hija-madre que entre hija-padre.

En la tabla 11 se encuentra el resumen de las correlaciones significativas ($r \geq .30$) entre hijas y madres (para consultar correlaciones completas ver sección de apéndices, tabla A1). En el grupo con TCA existen correlaciones significativas en las tres dimensiones evaluadas: relaciones, desarrollo y estabilidad; además de relaciones significativas recíprocas (por ejemplo: cohesión-hija y cohesión-madre) en 8 de las 10 subescalas, con excepción de conflicto y actuación. En el grupo con STCA y en el grupo Control no existen correlaciones entre las dimensiones del FES en hijas y madres, aunque si en algunas subescalas como moral y autonomía.

En el análisis de hijas y padres no se encontraron correlaciones significativas recíprocas entre las dimensiones del FES en ninguno de los grupos; cabe señalar que si existieron este tipo de correlaciones en algunas subescalas, como en las actividades intelectuales y sociales en el grupo TCA; además de conflicto y autonomía del grupo Control (tabla A2).

Grupo	Miembro de la familia	Dimensiones FES			
TCA <i>n</i> = 47	Hija	Relaciones	Desarrollo	Estabilidad	
	Madre				
	Relaciones intrafamiliares		.31 *		
	Desarrollo social, intelectual y moral			.45 **	
	Estabilidad familiar				.35 *

Tabla 11. Resumen de correlaciones significativas recíprocas del funcionamiento familiar entre hija y madre de los grupos con TCA. * $p < .05$, ** $p < .01$

Para el análisis multivariado del funcionamiento familiar del grupo de TCA, se trabajó con las dimensiones que correlacionaron significativamente entre sí. De tal forma, que la regresión logística incluyó las dimensiones de hijas y madres como variables predictoras de la presencia de TCA (Fig. 8).

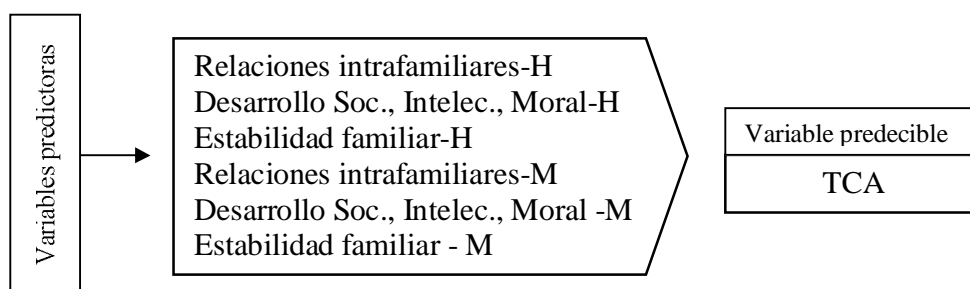


Fig. 8. Variables del funcionamiento familiar utilizadas en el modelo de TCA.
H = hija, M = madre.

El modelo obtenido para las familias con TCA incluye la dimensión de Desarrollo social-intelectual-moral de las hijas y la dimensión de Relaciones intrafamiliares por parte de la madre. La tabla 12 muestra los estadísticos de la regresión logística correspondiente; donde el valor negativo de *B* indica la reducción de la probabilidad de pertenecer al grupo de TCA. El valor de *Wald* al ser diferente de cero señala que las variables incluidas contribuyen a la predicción. El estadístico central es el *Exp B (Odds Ratio)*, que en este caso es menor de 1 para ambas variables, lo que señala que estos predictores disminuyen en número de veces la probabilidad de pertenecer al grupo de TCA.

TCA (n = 47)						
Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	Intervalo de confianza I-C
Desarrollo social, intelectual y moral –Hija	-.64	.26	6.02	.01	.52	.32-.88
Relaciones intrafamiliares- madre	-.48	.24	3.9	.04	.61	.38-.99

Tabla 12. Modelo del funcionamiento familiar para el grupo con TCA

Asimismo, es importante valorar el ajuste global del modelo (tabla 13). En primer lugar, la R^2 Nagelkerke expresa una reducción proporcional en el valor absoluto de la medida de log de la verosimilitud, mientras más cercano a la unidad se encuentre se habla de una mejor calidad de ajuste; en este caso se obtuvo un valor alejado de la unidad ($R^2 = .22$), indicando una baja calidad de ajuste. En correspondencia, se encontró un valor de $-2LL$ grande (92.45), señalando que existe gran cantidad de información inexplicada después de aplicar el modelo. A pesar de ello, la Ji^2 y su nivel de significancia, indican que el modelo obtenido es diferente al modelo de la constante. Por último, la prueba Hommmer y Lemeshow señala que no existen diferencias entre lo predicho y lo probado, tal como se espera en este tipo de análisis. Con lo anterior, se aprecia que el modelo emanado, si bien es significativo, tiene un nivel explicativo bajo.

TCA (n = 47)					
Variable	R^2	$-2LL$	Ji^2	Sig.	Hosmer & Lemeshow
Desarrollo social, intelectual y moral –hija	.22	92.45	14.20	.001	Ji ² = 8.20 Sig.= .41
Relaciones intrafamiliares – madre					

Tabla 13. Ajuste del modelo del funcionamiento familiar para el grupo con TCA

En la figura 9 se aprecia de manera esquemática el modelo obtenido para el funcionamiento familiar en el grupo de TCA. La percepción que tienen las hijas de que en su familia se promueven actividades de desarrollo personal: intelectuales, sociales y morales; así como, la importancia que se otorga a las relaciones familiares desde la visión de la madre, explican la disminución en la ocurrencia de TCA.

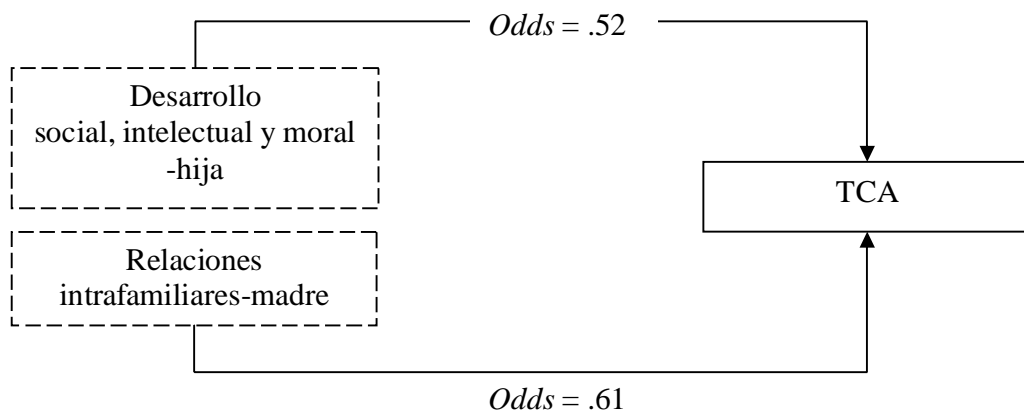


Fig. 9: Elementos del funcionamiento familiar con efecto protector para la presencia de TCA

Por otra parte, en el grupo de Sintomatología de TCA, las dimensiones estabilidad de la hija y desarrollo del padre correlacionaron significativamente, sin embargo al introducirlas como variables predictoras en la regresión logística no se produjo ningún modelo. En consecuencia se exploraron diversos modelos con las dimensiones del FES con la finalidad de encontrar alguna variable del funcionamiento familiar que pudiese agregarse al final en el modelo integrador. Posteriormente, las dimensiones que correlacionaron significativamente se desglosaron en las subescalas que las componen. En un tercer modelo, se metieron todas las dimensiones del FES de hijas, madres y padres como variables predictoras, pero en ninguna de estas opciones se encontraron efectos predictores (Fig. A1).

Posteriormente, las dimensiones del FES se desglosaron en sus subescalas para analizarlas mediante regresiones logísticas separadas para cada miembro de la familia sobre la presencia de STCA. La tabla 14 muestra coeficientes significativos para las variables incluidas en los tres modelos resultantes, pero con una bondad de ajuste y un nivel explicativo bajo. Nuevamente la dimensión de Desarrollo resultó ser la que contribuyó a la disminución de la ocurrencia de STCA, aunque ahora a través de su subescala de Actividades sociales y recreativas, tanto de la hija como de la madre. En tanto que dentro de la dimensión de Relaciones familiares, fue la subescala de Conflicto percibido por el padre la que incremento la probabilidad de pertenecer al grupo de STCA (Fig. 10).

Sintomatología de TCA										
Subescalas del FES										
Variable	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>Exp (B)</i>	<i>I-C</i>	<i>R²</i>	<i>-2LL</i>	<i>Ji² Sig,</i>	Hosmer & Lemeshow
Hija										
Actividades sociales-hija	-.37	.16	5.35	.02	.69	.504-.945	.14	69.03	6.01 .01	Ji ² = 2.16 Sig.= .82
Madre										
Actividades sociales-madre	-.39	.20	3.71	.05	.68	.460-1.007	.10	68.83	4.17 .04	Ji ² = 2.46 Sig.=.65
Padre										
Conflicto familiar-padre	.57	.26	4.92	.03	1.77	1.069-2.928	.19	50.01	6.68 .01	Ji ² = 8.68 Sig.= .07

Tabla 14. Modelos del funcionamiento familiar en el grupo con Sintomatología de TCA.

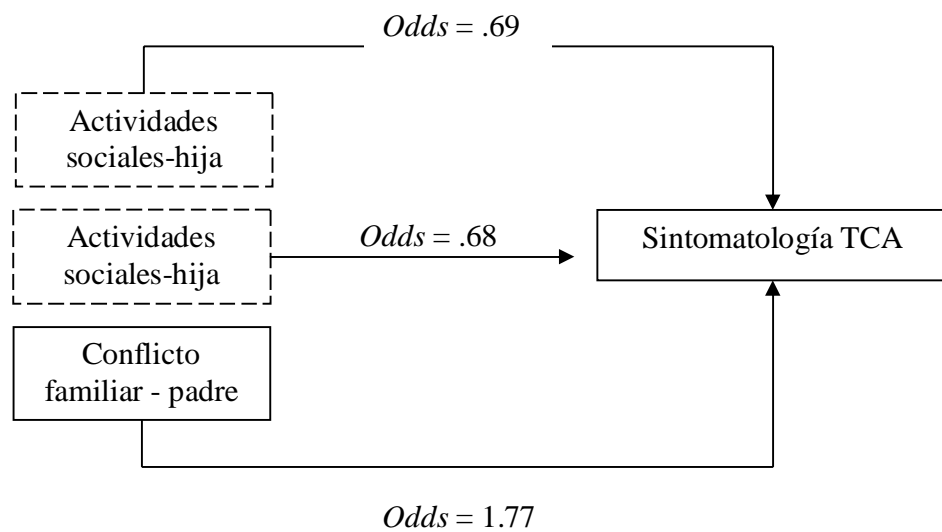


Fig. 10. Elementos del funcionamiento familiar con efecto de protección y riesgo sobre la presencia de Sintomatología TCA

Imagen corporal

En cuanto a la imagen corporal, las medias del BSQ de las hijas con TCA ($X = 137.11$, $DE = 40.89$) y Sintomatología de TCA ($X = 110.50$, $DE = 37.69$) alcanzan el nivel de insatisfacción corporal (puntuaciones iguales o mayores a 110 de acuerdo a Galán, 2004) en tanto que las hijas del grupo Control, así como, madres y padres de todos los grupos permanecen en el nivel del malestar normativo con su imagen corporal (tabla 15).

Grupo	BSQ	N	Media	DE
TCA	Hija	47	137.11	40.89
	Madre	47	73.77	21.68
	Padre	37	55.14	15.90
Sintomatología	Hija	22	110.50	37.69
	Madre	22	78.05	34.26
	Padre	17	64.94	22.93
Control	Hija	34	73.38	26.52
	Madre	33	65.58	23.53
	Padre	25	53.88	14.36

Tabla 15. Datos descriptivos de la Imagen Corporal en los grupos participantes

El análisis de correlación mostró que no existen relaciones significativas en las puntuaciones de las hijas en el BSQ y las puntuaciones de sus padres. Esto ocurre tanto en los grupos afectados por la psicopatología alimentaria como en el grupo de comparación, la única relación estadísticamente significativa ($r = 0.59$) es entre madre y padre del grupo con Sintomatología de TCA.

Para las regresiones logísticas se había contemplado retomar las variables que hubiesen correlacionado significativamente, sin embargo en el grupo con TCA no existió ninguna, mientras que en el grupo con STCA se asociaron el BSQ de madre y padre entre sí. Por lo tanto se consideró conveniente incluir las puntuaciones totales en las regresiones logísticas, el BSQ de hija, madre y padre como variables predictoras sobre: a) presencia de TCA y b) presencia de Sintomatología de TCA.

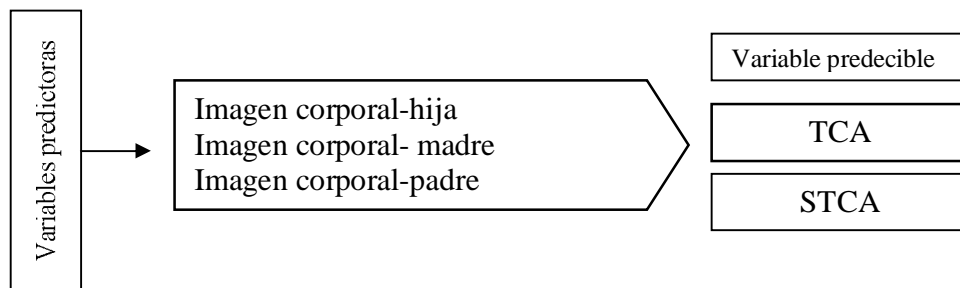


Fig. 11. Variables de imagen corporal utilizadas en los modelos de TCA y STCA

En la tabla 15 se observan los coeficientes de regresión significativos, una adecuada bondad de ajuste y un buen nivel explicativo ($R^2 > 50$) que indica un efecto predictor. De tal manera, que las altas puntuaciones en el BSQ de las hijas actuaron como un factor de riesgo para la presencia de TCA; al igual que para la presencia de Sintomatología de TCA (Fig 12).

Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	R ²	-2LL	I-C	Ji ² Sig,	Hosmer & Lemeshow
TCA (n = 47)										
Imagen corporal-hija	.051	.013	14.83	.001	1.053	.58	47.11	1.025-1.080	34.65 .001	Ji ² = 10.51 Sig.= .23
Sintomatología de TCA (n = 22)										
Imagen corporal-hija	.049	.015	9.94	.002	1.050	.49	37.35	1.019-1.082	18.28 .001	Ji ² = 8.61 Sig.= .37

Tabla 16. Modelos de Imagen Corporal en los grupos de TCA y Sintomatología de TCA.

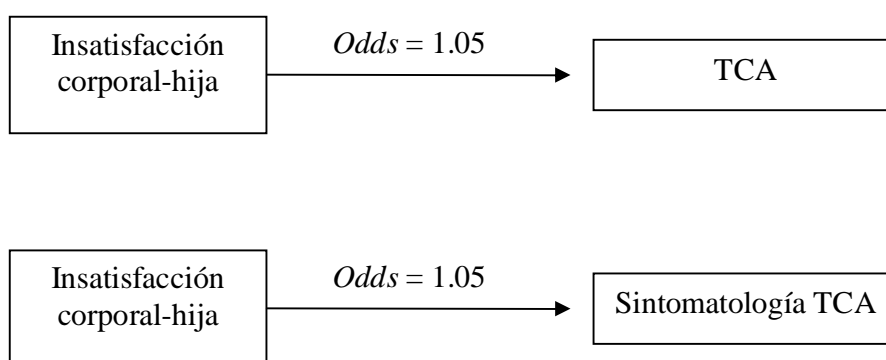


Fig. 12. Insatisfacción corporal como factor de riesgo para los TCA

Influencias sobre el modelo estético corporal

Al realizar las correlaciones entre las influencias sobre el modelo estético corporal de hija-madre e hija-padre, sólo se encontraron relaciones estadísticamente significativas en las familias de hijas con TCA, pero no en las familias de hijas con STCA y Control.

La tabla 17 muestra el resumen de correlaciones significativas $\geq .30$ entre madre e hija con TCA (ver tabla B1 con correlaciones completas). La única correlación recíproca ocurrió en el factor de influencia de familiares y amigos sobre la delgadez ($r = .40$, $p < .01$), que hace referencia a la importancia de estas personas cercanas en la interiorización del modelo de delgadez.

En la relación padre e hija con TCA no se encontraron correlaciones recíprocas, aunque si se aprecian relaciones significativas entre la influencia de familiares y amigos sobre la delgadez percibida por la hija y las puntuaciones obtenidas por sus padres (ver tabla B2 con correlaciones completas). En suma, el análisis correlacional mostró que la influencia de familiares y amigos sobre la delgadez en las hijas con TCA se relaciona con algunos elementos de la influencia sociocultural que ambos padres perciben sobre sí (tabla 17).

Miembro de la familia	HIJA (<i>n</i> =47)				
	CIMEC total	Inf. publicidad	Malestar con la imagen	Inf. modelo estético	Inf. De familiares y amigos
MADRE (<i>n</i> = 47)					
Inf. familiares y amigos		-.30*		-.32*	.40**
PADRE (<i>n</i> = 37)					
CIMEC total					.44**
Influencia de la publicidad					.34*
Malestar con imagen corporal					.40*

Tabla 17. Resumen de correlaciones significativas de las influencias sobre el modelo estético corporal entre hija y padres del grupo TCA. * $p < .05$, ** $p < .01$

Posteriormente se realizó la regresión logística dicotómica para predecir TCA; para tal efecto se utilizaron las variables que correlacionaron significativamente como variables predictoras y la presencia de TCA como variable predecible (Fig. 13).

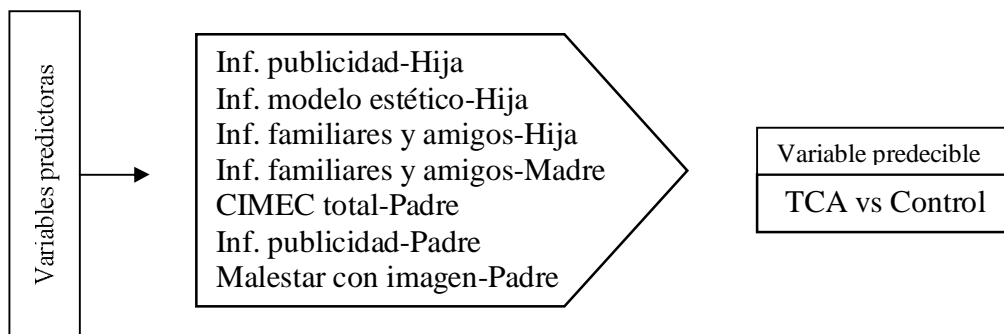


Fig. 13. Variables de influencia sobre el modelo estético corporal utilizadas en el modelo de TCA

La tabla 18 muestra los estadísticos del modelo resultante, indicando que todos los coeficientes son significativos ($p < .05$), un adecuado ajuste ($-2LL = 36.52$; $\chi^2 = 45.25$, $p < .001$) y un buen efecto predictor ($R^2 = .70$).

TCA (n = 47)										
Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	I-C	R ²	-2LL	Ji ² Sig,	Hosmer & Lemeshow
Influencia modelo estético-H	0.94	0.25	13.77	.001	2.56	1.56-4.20	.70	36.52	45.25 .001	Ji ² = 6.84 Sig.= .55
Influencia familiares y amigos- H	0.40	0.21	3.81	.05	1.49	.99-2.23				
Influencia familiares y amigos- M	0.77	0.29	7.15	.007	2.15	1.22-3.77				

Tabla 18. Modelo de influencia sobre el modelo estético corporal en el grupo con TCA.

Nota: H=hija, M= madre

Dicho modelo muestra tres factores de riesgo. En primer lugar, las hijas con TCA perciben como relevante la influencia del modelo estético de delgadez y la influencia de sus amigos y familiares para fomentar el aprecio de la delgadez. En segundo lugar, las madres coinciden con sus hijas en que estas relaciones sociales (amigos y familiares) influyen en su propia asimilación del modelo estético de delgadez (Fig. 14).

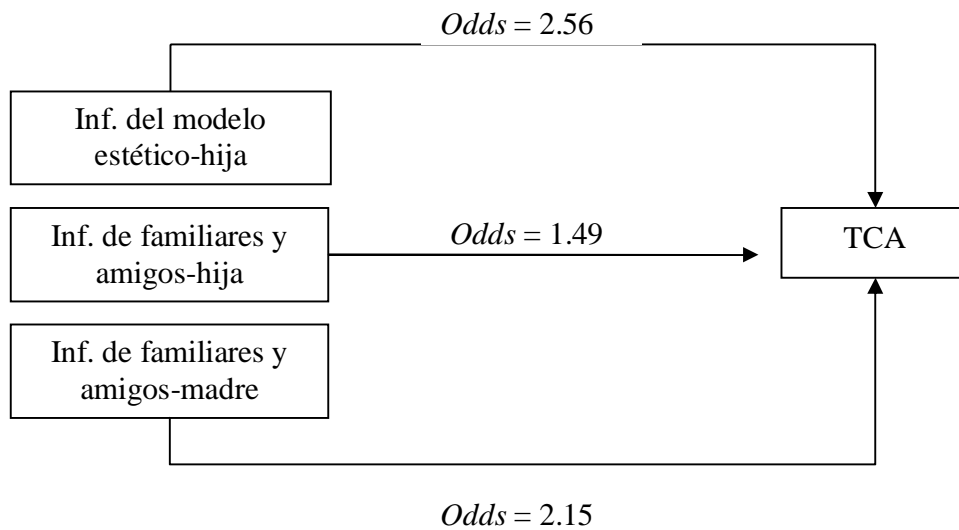


Fig. 14. Elementos de influencia sobre el modelo estético corporal con efecto de riesgo para los TCA

Dado que en el grupo con Sintomatología TCA no se dieron relaciones significativas, se decidió trabajar con las puntuaciones del CIMEC total de hijas, madres y padres como variables predictoras en la regresión logística. La tabla 19 muestra los estadísticos del modelo resultante señalando que se trata de un modelo significativo, con adecuada bondad de ajuste y un adecuado nivel explicativo.

Sintomatología de TCA (n = 22)										
Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	I-C	R ²	-2LL	Ji ² Sig.	Hosmer & Lemeshow
CIMEC total hija	.10	.03	10.48	.001	1.11	1.04-1.19	.48	35.05	16.91 .001	Ji ² = 9.70 Sig.= .20

Tabla 19. Modelo de influencia sobre el modelo estético corporal en el grupo con Sintomatología con TCA

Únicamente las puntuaciones del CIMEC total de la hija predijeron la presencia de Sintomatología de TCA (Fig. 15).

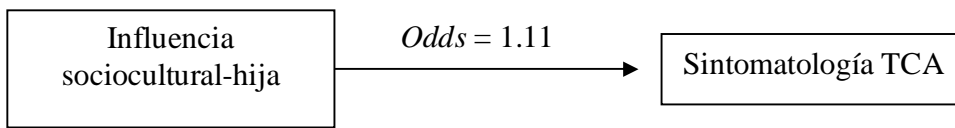


Fig. 15. Influencia sobre el modelo estético corporal como factor de riesgo para la Sintomatología TCA

Hábitos alimentarios

Con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de Hábitos Alimentarios por los familiares de los diferentes grupos se realizó el análisis estadístico de acuerdo a las tres dimensiones del instrumento: Control Alimentario, Influencia emocional, Externalidad. Se elaboraron correlaciones de Pearson con las variables medidas en escala de razón y el coeficiente de rangos ordenados de Spearman, r_s , con aquellas medidas con escala ordinal.

Control alimentario:

En la dimensión de control alimentario, la tabla 20 muestra el resumen de las correlaciones significativas recíprocas ($\geq .30$) entre hijas y padres. Al analizar las relaciones entre hija y madre, las hijas con TCA coinciden con sus madres en el número de comidas diarias, consumo de golosinas, dulces y productos light. En el grupo de STCA no existen correlaciones recíprocas. En tanto que en el grupo Control hija-madre coinciden en el número de comidas (ver correlaciones completas en la tabla C1).

Asimismo se observa que las relaciones significativas entre hija y padre fueron escasas. En el grupo con STCA mayor número de comidas del padre se relaciona con menos comidas en la hija. En el grupo Control el consumo de productos light es relevante (ver correlaciones completas en la tabla C2).

Grupo	Hija	Comidas diarias	Comer entre comidas	Consumo de golosinas	Consumo de dulces	Consumo de productos Light
	Padres					
Madre						
TCA n = 47	Comidas diarias	.52 **				
	Días que consume golosinas			.48 **		
	Días que consume dulces				.34 *	
	Consumo de productos Light					.38 *
Control n = 34	Comidas diarias	.48 **				
Padre						
STCA n = 22	Días que come entre comidas		-.52 *			
Control n = 34	Consumo de productos lighth					.68 **

Tabla 20. Resumen de las correlaciones de Pearson entre el consumo alimentario de hija-madre e hija-padre de los grupos con TCA, STCA y Control. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Al evaluar las actividades que realizan los participantes al momento de comer se encontraron más correlaciones significativas recíprocas ($\geq .30$) en el grupo con TCA, seguido por el grupo Control, en tanto que no se encontraron correlaciones significativas en el grupo con STCA (tabla 21).

Al analizar las correlaciones entre hija y madre, se aprecia que las mayores coincidencias ocurren entre hija con TCA y su madre quienes suelen comer viendo la televisión, llenarse mucho la boca entre otras conductas (ver correlaciones completas en la tabla C3). En cambio, las hijas con TCA sólo coinciden con el padre en limpiar el plato (ver correlaciones completas en la tabla C4).

Grupo	Hija	Mismo horario	Rapidez	Llenar la boca	Limpiar el plato	Repetir	Comer de otros platos	Llenar mucho el plato	Ver TV
	Padres								
Madre									
TCA n = 47	Mismo horario	.35 *							
	Llenar mucho la boca			.50 **					
	Repetir					.32 *			
	Comer de otros platos						.35 *		
	Llenar mucho el plato							.32 *	
	Ver TV								.65**
Control n = 34	Comer de otros platos						.48 **		
Padre									
A n=4	Limpiar el plato				.34*				
Control n = 34	Comer rápido		-.53*						

Tabla 21. Resumen de las correlaciones de Spearman entre las actividades que realizan al comer hijas y padres de los grupos con TCA, STCA y Control. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Influencia emocional:

En cuanto a la influencia emocional se analizó la coincidencia entre hijas y padres, considerando si dicha influencia aumenta el consumo de alimentos. En la tabla 22 se observa el resumen de correlaciones significativas ($\geq .30$) entre hija con TCA y su madre, señalando que acostumbran comer cuando se sienten aburridas, nerviosas y cuando quieren hacer enfadar a alguien (ver correlaciones completas en la tabla C5). No existen coincidencias entre la hija con STCA y sus padres. Se aprecia una asociación

estrecha entre las hijas del grupo Control y sus padres en cuanto al enfado relacionado con el alimento (ver correlaciones completas en la tabla C6).

¿Con que frecuencia comes cuando te sientes...?					
Grupo	Hija	Aburrida	Nerviosa	Enfadada	Enfadar Alguien
Madre					
TCA (n = 47)	Aburrida	.38 **			
	Nerviosa		.31 *		
	Enfadar a alguien				.38 **
Padre					
Control n = 34	Enfadado			.78 **	
	Enfadar a alguien				.83 **

Tabla 22. Resumen de las correlaciones de Spearman entre la influencia emocional al comer entre hija-madre e hija-padre de los grupos TCA, STCA y Control.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Asimismo, se evaluó la frecuencia con la que las hijas y sus padres disminuyen su consumo alimentario debido a influencias emocionales. No se encontraron correlaciones significativas entre hijas y madres en los grupos con TCA y STCA. La tabla 23 muestra el resumen de las correlaciones significativas ($\geq .30$); en el grupo Control, madre e hija coinciden en dejar de comer para hacer enfadar a alguien (ver correlaciones completas en la tabla C7). En contraparte, si existen relaciones significativas entre hija con TCA y su padre, quienes coinciden en dejar de comer para hacer enfadar a alguien: al igual que entre hija-padre del grupo con STCA quienes coinciden en comer menos cuando están nerviosos y cuando pretenden molestar a alguien (ver correlaciones completas en la tabla C8).

¿Con que frecuencia comes dejas de comer o comes menos cuando te sientes...?				
Grupo	Padres	Hija	Nerviosa	Enfadar Alguien
Madre				
Control <i>n</i> = 34	Enfadar a alguien			.53**
Padre				
TCA <i>n</i> = 47	Enfadar a alguien			.40*
STCA <i>n</i> = 22	Nerviosa		.51*	
	Enfadar a alguien			.52*

Tabla 23. Resumen de las correlaciones de Spearman entre la influencia emocional al dejar de comer entre hija-madre e hija-padre de los grupos TCA, STCA y Control. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Externalidad:

La tabla 24 muestra el resumen de las correlaciones reciprocas significativas de la frecuencia con que los participantes comen ante estímulos externos. Las correlaciones entre hijas y madres señalan que hijas con TCA y sus madres coinciden en comer cuando son invitadas por sus amigos; en tanto que las hijas con STCA y sus madres suelen comer cuando ven comer a otras personas (ver correlaciones completas en la tabla C9).

Asimismo, las hijas con TCA coinciden con sus padres en que suelen comer cuando ven establecimientos de alimentos. En las familias con STCA no existieron coincidencias entre hija y padre. En el grupo Control, hija y padre suelen comer ante anuncios de comida (ver correlaciones completas en la tabla C10).

¿Con que frecuencia sueles comer ante los siguientes estímulos...?					
Grupo	Madre	Hija			
		Establecimiento de alimentos	Invitación de amigos	Anuncios de comida	Ver comer a otros
TCA (n = 47)	Invitación de amigos		.47 **		
STCA (n = 22)	Ver comer a otros				-.45 *
Padre					
TCA (n = 47)	Establecimiento de alimentos	.34 *			
Control (n = 34)	Anuncios de comida			.41*	

Tabla 24. Resumen de las correlaciones significativas ente hija-madre e hija-padre al comer ante estímulos externos. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

El análisis multivariado de los hábitos alimentarios se realizó mediante regresiones separadas para hijas, madres y padres de los grupos participantes; únicamente se trabajó con la dimensión de control alimentario (número de comidas diarias, días que come entre comidas, días en que consume golosinas, dulces y productos light) por ser los reactivos medidos en escala de razón. La tabla 25 muestra los estadísticos de los modelos obtenidos, indicando que los coeficientes son significativos, el ajuste es adecuado pero el nivel explicativo es bajo.

Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	I-C	R ²	-2LL	Ji ² Sig,	Hosmer & Lemeshow
TCA (n = 47)										
Productos lighth-H	.32	.10	9.44	.002	1.37	1.12-1.69	.16	98.45	10.65 .001	Ji ² = 13.73 Sig.= .008
Productos lighth-P	.49	.26	3.32	.068	1.63	.96-2.74	.11	77.20	5.36 .021	Ji ² = .99 Sig.= .60
Sintomatología n = 22										
Productos lighth-H	.31	.13	5.06	.025	1.36	1.04-1.79	.12	69.61	5.43 .020	Ji ² = 10.85 Sig.= .054

Tabla 25. Modelos de consumo alimentario en los grupos de TCA y STCA. H-Hija, P-Padre.

En el grupo de TCA las regresiones logísticas mostraron que el consumo de productos lighth de padres e hijas aumenta la probabilidad de pertenecer al grupo de TCA (Fig. 16).

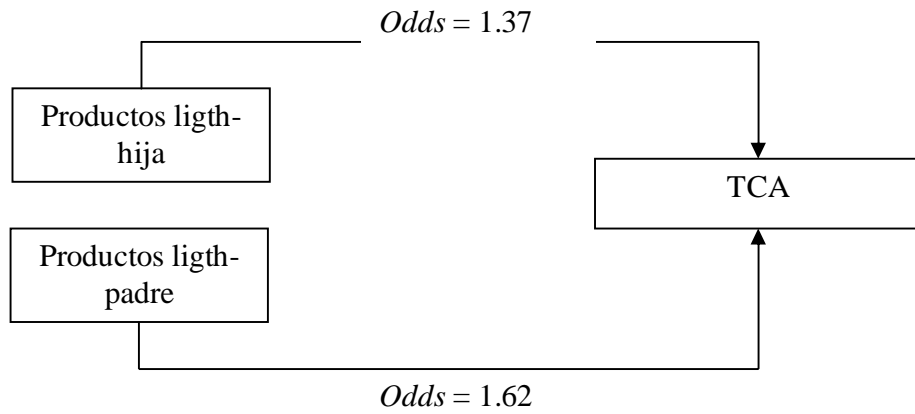


Fig. 16. Elementos de los hábitos alimentarios con efecto de riesgo para la presencia de TCA

Asimismo en el grupo con Sintomatología el consumo frecuente de este tipo de productos por parte de la hija se asocia con la presencia de STCA (Fig.17).

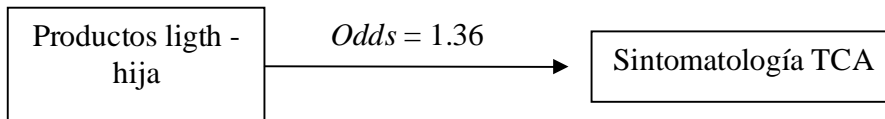


Fig. 17. Elementos de los hábitos alimentarios con efecto de riesgo para la Sintomatología TCA

Análisis conjunto de factores familiares

Hasta aquí se analizaron los factores por separado, lo cual permitió identificar cuales de estos factores, evaluados en hijas y padres, aumentaban o disminuían a la probabilidad de pertenecer a los grupos de TCA y STCA; y de esta manera depurar una gran cantidad de

factores en un número más reducido; retomando así las variables más importantes para analizar su efecto de riesgo y protección sobre la presencia de TCA y su STCA.

De esta manera en la regresión logística se incluyeron las siguiente variables predictoras sobre la presencia de TCA (Fig. 18):

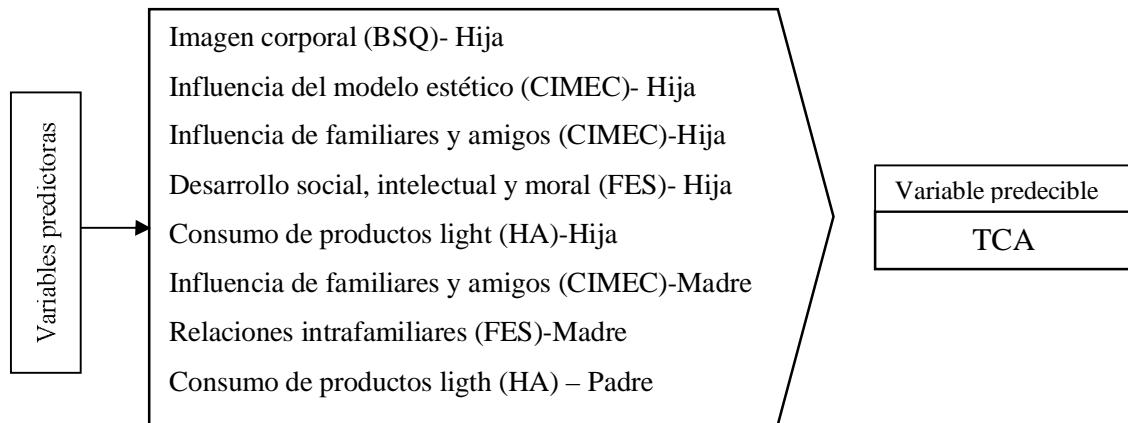


Fig. 18. Variables predictoras utilizadas en el modelo conjunto de TCA.

La tabla 26 muestra los estadísticos del modelo obtenido, señalando que todas las variables incluidas son significativas ($p \leq .05$) bondad de ajuste adecuada ($R^2 = .89$) y un buen efecto predictivo ($-2LL = 15.86$). Los resultados indican que la imagen corporal, el consumo de productos ligh por parte de la hija, así como la influencia de delgadez de parte de amigos y familiares que rodean a su madre actúan como factores de riesgo para presentar TCA. En cambio, el fomento de las relaciones familiares percibidas por la madre ejerce un efecto protector (Fig. 19).

TCA										
Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	C-I	R ²	-2LL	Ji ² Sig,	Hosmer & Lemesh.
Imagen corporal-hija	.09	.03	7.69	.006	1.09	1.03-1.16	.89	15.86	64.90 .001	Ji ² = 2.27 Sig.= .97
Productos lighthija	.99	.44	4.99	.026	2.68	1.13-6.35				
Inf. familiares y amigos-madre	1.1	.50	4.84	.028	2.97	1.26-7.84				
Relaciones intrafamiliares-madre	-3.2	1.3	5.86	.02	.04	.003-.540				

Tabla 26. Modelo conjunto de los factores familiares asociados a la presencia de TCA.

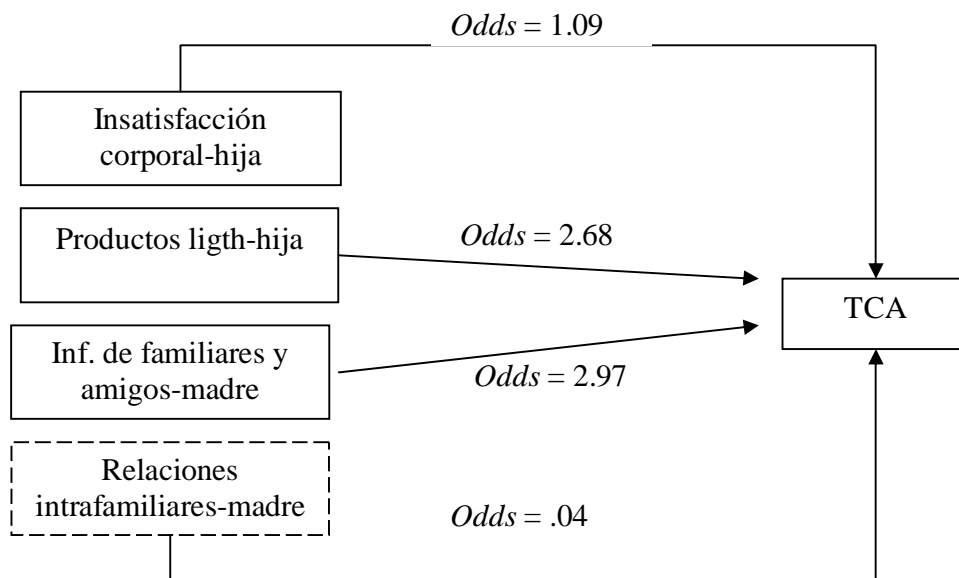


Fig. 19. Modelo de factores familiares de riesgo y protección sobre la presencia de TCA

Por otra parte, en las familias con Sintomatología de TCA los análisis efectuados con los factores por separado señalaron los siguientes aspectos para ser utilizados como variables predictoras en la regresión logística:

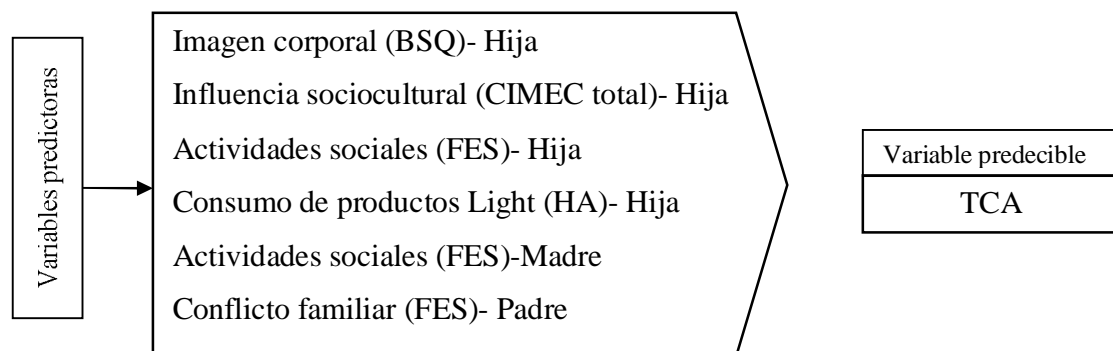


Fig. 20. Variables predictoras utilizadas en el modelo de STCA.

La tabla 27 muestra que las variables incluidas en el modelo son significativas, que tiene una adecuada bondad de ajuste y un buen efecto predictivo ($R^2 = .89$; $-2LL = 15.86$).

Sintomatología de TCA										
Variable	B	EE	Wald	Sig	Exp (B)	C-I	R ²	-2LL	Ji ² Sig,	Hosmer & Lemeshow
BSQ-H	.07	.03	5.01	.025	1.08	1.01-1.15	.78	20.29	35.34 .001	Ji ² = 5.30 Sig.= .73
Actividades sociales –H	-1.0	.42	5.80	.016	.36	.16-.82				
Conflicto-P	.96	.43	4.93	.026	2.60	1.12-6.08				
Productos Light-H	.77	.36	4.50	.034	2.15	1.06-4.38				

Tabla 27. Modelo conjunto de los factores familiares asociados a la presencia de Sintomatología de TCA. H= hija, P= padre.

La figura 21 muestra que la insatisfacción corporal y el consumo de productos light de parte de la hija; así como, el conflicto familiar que percibe el padre actúan como factores de riesgo de la Sintomatología de TCA; en tanto que las actividades sociales de la hija aparecen con un efecto protector.

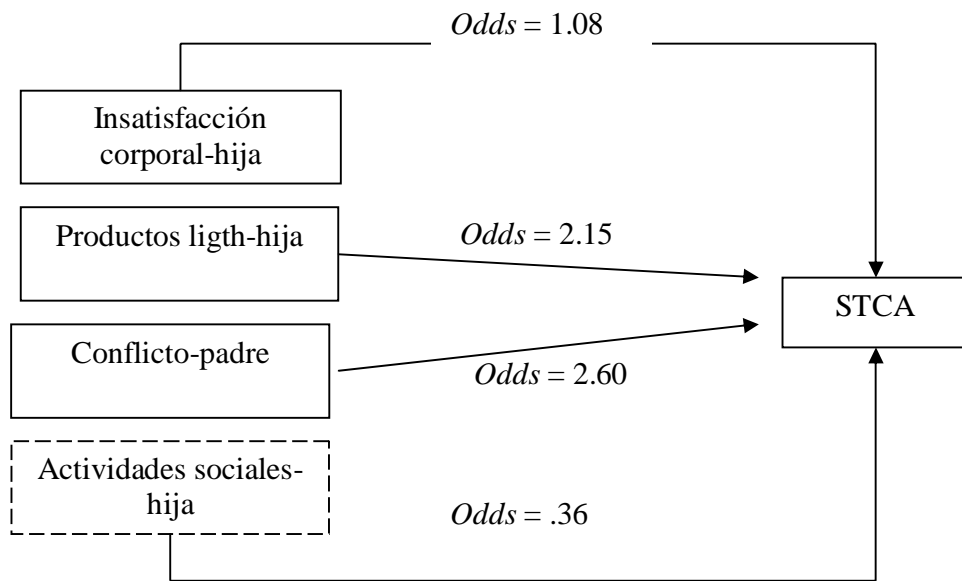


Fig. 21. Modelo de factores familiares de riesgo y protección sobre la presencia de Sintomatología TCA

Discusión

La perspectiva multifactorial permite dar cuenta de una amplia gama de factores que contribuyen a la presencia de los TCA, en donde se reconoce el papel de la familia como uno de los elementos relevantes dado su impacto en la formación del individuo.

En el campo de la psicopatología alimentaria la mayoría de los estudios han evaluado únicamente a las hijas, dando una visión unilateral. Además, se han realizado algunos estudios con personas que padecen TCA, en tanto que otros trabajan con personas que presentan signos y síntomas relacionados con los TCA aunque no cubren un cuadro clínico completo a lo que se le denomina Sintomatología de TCA; no obstante, estas poblaciones se han estudiado por separado resultando difícil la comparación de diferentes grados de afectación.

Dado lo anterior, el presente estudio se realizó con la finalidad de indagar el papel, de riesgo o protección, que desempeñan los factores familiares: percepción del funcionamiento familiar, imagen corporal, influencias sobre el modelo estético corporal y hábitos alimentarios sobre la presencia de los TCA y STCA.; considerando la percepción de hijas y padres. Para tal efecto se trabajó con familias de personas afectadas por TCA y STCA, así como con un grupo de comparación (Control). Cubriendo así la necesidad de superar la visión unilateral e incluir diferentes grados de afectación alimentaria.

Para ponderar la contribución de los factores familiares sobre el riesgo y la protección de los TCA y STCA, inicialmente se analizó cada factor por separado, encontrando lo siguiente:

En las familias con TCA:

- Funcionamiento familiar: destacaron por su efecto protector el fomento al desarrollo de actividades sociales, intelectuales y morales, además del fomento de las relaciones familiares percibidas por la madre.

- Imagen corporal: sólo la insatisfacción de la hija actúo como factor de riesgo.
- Influencias sobre el modelo estético corporal: el modelo estético asimilado por la hija y la influencia de amigos y familiares sobre la delgadez percibida por hijas y madres tuvieron efectos de riesgo.
- Hábitos alimentarios: sólo el consumo de los productos light por parte de la hija y el padre tuvieron efectos de riesgo

En las familias con STCA:

- Funcionamiento familiar: el fomento de actividades sociales percibido por hijas y madres tuvieron efecto protector y el conflicto percibido por el padre actúo como factor de riesgo.
- Imagen corporal: sólo la insatisfacción de la hija actúo como factor de riesgo.
- Influencias sobre el modelo estético corporal: la puntuación total de las influencias sobre el modelo estético corporal de las hijas tuvo efecto de riesgo.
- Hábitos alimentarios: sólo el consumo de productos light de las hijas actúo como factor de riesgo.

Factores de riesgo y protección en familias con TCA

Posteriormente se elaboró un modelo conjunto de los factores de riesgo y protección para TCA y STCA con los cuales se sometieron a comprobación las hipótesis.

En cuanto a los **factores de riesgo**, la primera de hipótesis proponía que si las hijas percibían un funcionamiento familiar deteriorado y tanto ellas como sus padres

presentaban insatisfacción corporal e influencia del modelo estético corporal sobre la delgadez entonces las hijas presentarían TCA o STCA.

De acuerdo al modelo conjunto para TCA, la hipótesis no puede ser aceptada por completo. En las familias con TCA el funcionamiento familiar y la imagen corporal de los padres no actúan como factores de riesgo para la presencia de TCA. En cambio, la imagen corporal y el consumo de productos light de la hija; así como influencia de amigos y familiares sobre la delgadez percibida por la madre si tienen efecto de riesgo.

De tal forma que dentro de los factores de riesgo individuales resaltaron la insatisfacción corporal y el consumo de productos light de la hija mostrando que las jóvenes están preocupadas por su peso y figura y tienen miedo a engordar; asimismo buscan productos que desde su percepción les ayudan a estar delgadas. Además se agregó un elemento de riesgo familiar: la percepción de la madre de que sus amigos y familiares fomentan el aprecio de la delgadez.

El principal factor de riesgo emanado en el presente estudio fue la insatisfacción corporal de las hijas con TCA; coincidiendo con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V-TR (APA, 2000) y con la literatura que señala a esta insatisfacción como el factor de riesgo más importante (Baile & Velázquez, 2006; Vázquez et al., 2004).

Dada la revisión de la literatura, al inicio de este estudio se creía que existiría una relación estrecha entre la imagen corporal de las hijas y madres de los grupos con TCA y se esperaba una relación menor con la imagen corporal del padre; sin embargo, al analizar la imagen corporal de las hijas y sus padres, los resultados indicaron que la imagen corporal de las hijas no tiene relación con la imagen corporal de la madre ni con la del padre.

Lo cual sigue una tendencia diferente a lo reportado por diversos autores quienes indican que la insatisfacción corporal de jóvenes estudiantes se ve afectada por la imagen y la insatisfacción de su madre (Alvarado & Moreno, 2000; Davis et al., 2004; Evans & le

Grange, 1995); y que existe relación entre la imagen corporal de las pacientes con TCA y sus padres (Benninghoven, Tetsch, Kunzendorf & Jantschek, 2007). Una posible explicación es que en la mayoría de los estudios previos han recopilado sus datos a través de datos referidos únicamente por las hijas quienes podrían acentuar no sólo la manera en que perciben su apariencia corporal, sino también suponer que sus madres también están preocupadas por su imagen corporal. En cambio en el presente estudio, son las madres quienes indican de manera directa como perciben su imagen corporal. Además otras investigaciones advierten que la relación entre imagen corporal y síntomas de TCA se ve afectada por la mediación ejercida por los rasgos de personalidad (Davis et al., 2004) y el IMC (Hill & Franklin, 1998) como variables necesarias para que ocurra dicha relación.

Al explorar los hábitos alimentarios, los resultados mostraron que existen importantes coincidencias entre madre e hija con TCA. Estas ocurren en el número de comidas, consumo de dulces, golosinas y productos light; al igual que en algunas conductas que realizan al comer como ver la TV, llenarse mucho la boca; además ambas señalan que suelen comer por aburrimiento, nerviosismo y para hacer enfadar a alguien. Lo cual amplía los resultados de estudios realizados en población comunitaria, como la investigación de Kandiah, et al. (2006) quienes señalan que las mujeres adolescentes modifican su alimentación debido a sus estados emocionales; sobretodo comen en exceso como respuesta a emociones negativas, tal como lo refieren León, Kai y Cruz (2002). Asimismo, en el presente estudio las hijas afectadas por TCA y sus madres modifican su alimentación de acuerdo con sus estados emocionales. En cambio, la influencia de los estímulos externos no coincidió, a excepción de comer ante la invitación de los amigos. Por otra parte, las coincidencias entre hija con TCA y su padre son escasas.

En las familias de hijas con TCA el consumo de productos light por parte de hijas y padres son elementos de riesgo para la presencia de TCA. Dado que el estudio de los hábitos alimentarios en relación con los TCA aún es incipiente, no se está en condiciones de comparar los resultados predictivos con los de otras investigaciones. Se requieren de estudios que aborden con mayor profundidad estos patrones de alimentación, en donde valdría la pena profundizar el análisis de las emociones en relación con la alimentación

dadas las asociaciones encontradas entre hija-madre e hija-padre en el presente estudio; a fin de encontrar afirmaciones consistentes.

Con respecto a las influencias sobre el modelo estético corporal, el análisis predictivo resaltó la importancia de la influencia del modelo estético sobre la hija y la influencia de familiares y amigos a favor de la delgadez percibida tanto por la hija como por la madre, como los elementos que mejor explican la presencia de TCA. En consecuencia, el riesgo por presentar TCA no sólo se ve favorecido por la asimilación del modelo estético de delgadez por parte de la hija sino también por la presión que ejercen familiares y amigos sobre hija y madre; quedando fuera la contribución paterna.

Estos hallazgos concuerdan parcialmente con lo propuesto por Stice (2002) al señalar que la aceptación del ideal de la delgadez por parte de los padres podría predecir la presencia de TCA; aunque ello sólo ocurre en el caso de la madre y no del padre, lo cual no sería extraño dado que son los cuerpos femeninos los depositarios de ese estereotipo (Pinotti, 1997; Smolak & Murnen, 2001); son las mujeres — y no los hombres — quienes reciben mayoritariamente esta carga social. De esta manera, se reafirma que el estereotipo cultural está impregnado en el ambiente social en que se desenvuelven hijas y madres, tal como habían señalado investigaciones previas (Pike & Rodin, 1991; Stice et al., 1999).

Con referencia al funcionamiento familiar, la literatura señala que las familias con TCA presentan deterioro en dicho aspecto, caracterizándose por menor cohesión, expresividad y mayor conflicto (Okon et al., 2003; Sánchez et al., 2003; Vidovic´ et al., 2005); así como, menos importancia a las actividades intelectuales y sociales (Shisslak, McKeon & Crago, 1990; Vázquez et al., 2001), y por ello se ha considerado que la disfunción familiar está asociada con los TCA.

Sin embargo, en el presente estudio si bien se encontraron coincidencias entre hija-madre e hija-padre; cuando estas asociaciones son llevadas al nivel predictivo ninguna de ellas alcanza el impacto de riesgo en la presencia de TCA. Cabe recordar que la mayoría de los estudios previos han trabajado únicamente con las hijas afectadas y que son ellas quienes

tienen una visión más deteriorada de su familia (Emmanuelli et al, 2004; Sánchez et al, 2003; Vázquez et al, 2001), la cual puede ser compartida, principalmente por la madre (Vidovic` et al, 2005), mientras que el padre presenta pocas coincidencias (Dancyger, 2005). La similitud entre hijas con TCA y sus madres, podría ser explicada por la cercanía afectiva, una convivencia más frecuente y por ser la madre quien con mayor frecuencia ejerce el papel de cuidadora, lo que la involucraría cada vez más en la atmósfera que se crea alrededor de la hija afectada. En cambio el padre suele jugar un papel periférico, sin compartir una perspectiva común con otros miembros de la familia.

No obstante, a pesar de las coincidencias entre hija y madre, esta percepción del funcionamiento familiar no explicó la presencia de TCA; cediendo espacio a otros factores asociados con el peso y la alimentación. En cambio, la contribución del funcionamiento familiar actuó a favor de la protección.

Es necesario hacer un paréntesis con respecto al papel del padre, dado que en el modelo de TCA emanado en el presente estudio no mostró ninguna contribución paterna. Al respecto, investigaciones previas (Fitzgerald & Lane, 2000) consideran que las personas con AN tienen una relación complicada con sus padres quienes poseen características como: perfeccionismo, dependencia y altas expectativas. Por su parte, Jones, Leug y Harris (2006) indican que específicamente, el rechazo paterno y el abandono aparecen asociados a la insatisfacción corporal y la motivación para adelgazar. Sin embargo, las variables evaluadas en los padres con TCA en este estudio: funcionamiento familiar, imagen corporal, influencia del modelo estético y los hábitos alimentarios, no parecen contribuir a la presencia de TCA, por lo que se requiere mayor profundidad al estudiar el papel del padre.

Dado que la literatura sobre **factores protectores** aún es escasa y las investigaciones realizadas únicamente han trabajado con hijas, la segunda hipótesis sometida a comprobación se centró en los factores derivados de la evaluación de las hijas, indicando que si las hijas percibían cohesión y expresividad familiar, así como, fomento de actividades sociales e intelectuales, como elementos de su funcionamiento familiar,

entonces disminuiría la probabilidad de presentar algún TCA o STCA; actuando así como factores protectores; dejando la participación de madre y padre como un aspecto a explorar.

El presente estudio corrobora dicha hipótesis sólo parcialmente. Dado que la cohesión y la expresividad familiar percibidas por la hija no tuvieron efectos de protección pero si las relaciones intrafamiliares percibidas por la madre (incluyendo cohesión y expresividad); además cuando inicialmente se analizó el funcionamiento familiar de manera separada, el desarrollo social-intelectual-moral actuó como protector; sin embargo su efecto se diluyó al elaborar un modelo más complejo en el que se incluyeron otros factores asociados a la alimentación y el peso.

De tal manera que favorecer la unión, comunicación y libre expresión, y una relación menos conflictiva desde el punto de vista de la madre, estarían disminuyendo la oportunidad de que las jóvenes presenten TCA (AN, BN, TCANE). Por lo tanto, en las familias con TCA la protección está dada en el énfasis puesto en las relaciones intrafamiliares, por ejemplo, la cohesión y la expresividad, como habían comenzado a explorar otros estudios (Croll et al., 2002; Fonseca et al., 2002).

Esta combinación de elementos de riesgo y protección, hace pensar que aunque las jóvenes estuvieran insatisfechas e inmersas en un ambiente favorecedor de la delgadez; si las relaciones familiares fueran fuertes se podría evitar que estas jóvenes centraran su vida en su apariencia física y el control de su peso. Lo que mostraría la necesidad de alentar la expresividad afectivo-emocional dentro de la familia, así como, generar ambientes de unión y confianza entre sus integrantes. Es importante resaltar que dichos elementos familiares son fomentados por la cultura latinoamericana. De manera particular, Austin y Smith (2008) sugieren que en la familia mexicana, las jóvenes podrían dar mayor importancia a su papel familiar y colocar menor valor a la esbeltez de su cuerpo. Además recientemente, se reportaron altos niveles de cohesión en familias con TCA en México (Vázquez, Ruíz, Alvarez, Mancilla & Tena, en prensa); no obstante, dicho elemento no aparece como un rasgo de sobreprotección sino como un elemento de

protección. En consecuencia, parece benéfico examinar cuidadosamente los valores socioculturales transmitidos en las familias latinoamericanas.

De manera arriesgada, podría pensarse que si las jóvenes insatisfechas no encuentran la oportunidad de expresarse, el soporte y el sentido de pertenencia en su familia; y además se ven inmersas en un ambiente de familiares y amigos que enaltecen la delgadez, incrementando su insatisfacción; ellas podrían buscar cubrir sus carencias individuales y familiares apegándose al estereotipo de delgadez, no sólo buscando belleza sino aceptación y pertenencia.

Factores de riesgo y protección en familias con Sintomatología de TCA

Por otra parte, al analizar el modelo de factores de riesgo y protección en las familias con STCA; inicialmente se señaló que dado que las personas con TCA y STCA difieren en cuanto a su nivel de gravedad, se esperaba que las asociaciones entre factores familiares y los TCA fueran más robustas que entre los factores familiares y la STCA. Los resultados expuestos corroboran dicha hipótesis, si bien ambos modelos tienen un adecuado nivel explicativo; la robustez del modelo final de TCA es mayor.

En cuanto a los **factores de riesgo**, en el modelo emanado de este estudio señala como tales a: la imagen corporal y el consumo de productos light de la hija así como el conflicto percibido por el padre. Sin embargo, no se encontró ningún efecto de riesgo en la imagen corporal, influencia sociocultural y hábitos alimentarios por parte de los padres.

De tal forma, que el principal factor de riesgo coincidente en las familias con TCA y STCA fue la imagen corporal de las hijas, que de acuerdo a los resultados, alcanza el grado de insatisfacción corporal; sin embargo, la imagen corporal de ninguno de los padres se presentó como factor de riesgo. Dejando opacada la participación de la imagen corporal de los padres.

Al explorar la participación de los hábitos alimentarios se encontró que sólo el consumo de productos light de la hija contribuye a la presencia de STCA. Las asociaciones en los hábitos alimentarios entre hijas con STCA y sus padres son casi nulas; sólo existen algunas coincidencias al comer entre comidas y comer menos por nerviosismo y para molestar a alguien.

En cuanto al funcionamiento familiar, la contribución está dada por el conflicto familiar percibido por el padre; complementando así la percepción de las hijas encontrada en otros estudios, donde el contexto familiar negativo y conflictivo en el que viven las jóvenes se asocia con conductas alimentarias alteradas (Cruzat, Ramírez, Melipillán & Marzolo, 2008; Houon et al., 2002). Anteriormente, Wade y Lowes (2002) habían señalado el papel del conflicto en familias de hijas adolescentes con alteraciones alimentarias, sin embargo, dichos autores encontraron un relación indirecta entre el conflicto percibido por las hijas y las ideas sobrevaloradas de peso y figura, relación mediada por la autoestima. En cambio, en el presente estudio se muestra una relación directa entre el conflicto paterno y la presencia de STCA; Este hallazgo requiere de mayores estudios para demostrar su consistencia dada la escasez de investigaciones en los que se incluye a la figura paterna.

En cuanto a las influencias sobre el modelo estético corporal, sólo las puntuaciones de la hija actuaron como factor de riesgo cuando se realizó el análisis por separado; pero cuando dichas influencias se conjuntaron con los otros factores evaluados, este efecto de riesgo se diluyó, desapareciendo en el modelo final. De tal manera que ante un menor grado de afectación alimentaria las influencias socioculturales disminuyen sus efectos y la contribución familiar no aparece.

El hecho de que sólo se presenten relaciones significativas en las influencias sobre el modelo estético corporal de las familias con TCA y no en las familias con STCA, podrían indicar que en las primeras familias la influencia sociocultural que promueve la delgadez es aceptada por hijas y madres, lo cual propicia el desarrollo de un TCA, coincidiendo con otras investigaciones (Meno, Hannum, Espelage & Low, 2008; Pike & Rodin, 1991); ahora bien, también es posible que en un principio sólo las hijas afectadas perciban dicha influencia social –como en el caso de las familias con STCA- y conforme el trastorno se desarrolla y se implanta entonces también otros familiares inmersos en la problemática se vuelvan más susceptibles a este tipo de influencia. Sin embargo, el alcance de este estudio transversal no es suficiente para esclarecer si estos elementos de la influencia sociocultural presentes en las hijas con TCA y sus padres actúan como antecedentes o consecuentes del trastorno, para ello se requieren estudios longitudinales con hijas afectadas por diferentes grados de alteraciones alimentarias y sus respectivos familiares.

En cuanto a los **factores de protección**, en el modelo emanado para las familias con STCA la protección viene dada por la importancia que adquieren las actividades sociales de la hija; lo cual podría estar en consonancia con el estudio de Geller y colaboradores (2002) quienes encontraron al trabajar con mujeres estudiantes, que la autoestima basada en competencias escolares y otras actividades sociales actuaban sobre la protección de síntomas de TCA.

De tal manera, que cuidar el aspecto social en el desarrollo personal puede hacer más resistentes a las hijas para que no padezcan psicopatología alimentaria. Lo que parece

coincidente con lo reportado por Houon et al. (2002) quienes señalan que pobreza de destrezas sociales tiene efectos predictores en conductas alimentarias alteradas como la dieta restrictiva.

La relevancia del desarrollo personal de las hijas como agente protector para la psicopatología alimentaria puede deberse a la etapa en que se encuentran las hijas participantes (adolescentes-jóvenes), quienes están conformando su identidad a través de la separación de sus figuras de autoridad y su desempeño individual en diferentes contextos que les permitirán desarrollar nuevas habilidades y crear nuevos vínculos que a su vez les generen sentimientos de autoeficacia y soporte social ante los problemas familiares y presiones socioculturales a las que se ven expuestas.

En consecuencia, los hallazgos del presente estudio ayudan a comprender el papel que juega el funcionamiento familiar en esta problemática, señalando que más allá de su reiterado deterioro, también puede actuar en la protección de diferentes grados de psicopatología alimentaria. Asimismo, resalta el papel protector de la esfera social, lo cual, podría estar en consonancia con una visión más amplia donde las redes sociales se ven implicadas en procesos de salud.

Aportaciones:

- La evaluación conjunta de los factores familiares con efectos de riesgo y protección para los TCA y la Sintomatología de TCA permitió contemplar de manera amplia las diversas influencias familiares

Se reconoce que el análisis por separado de estos factores en las familias permite vislumbrar como actúa cada uno de ellos de manera específica, sin embargo, en realidad estos factores actúan de manera conjunta – junto a otros factores- en cada familia afectada por lo cual fue enriquecedor realizar una aproximación integradora al respecto. Mostrando que algunos factores permanecen con un efecto de riesgo al combinarse con otros, en tanto que otros disminuyen su carga ponderal y se excluyen de los modelos.

- La evaluación de diferentes miembros de la familia permitió superar la visión unilateral, haciendo posible la identificación de coincidencias, divergencias y contribuciones al riesgo y la protección por parte de cada uno de los familiares.

Acercarse a los familiares de las personas afectadas por la psicopatología alimentaria, permitió entender que la hija tiene una visión más deteriorada del funcionamiento familiar, la cual no necesariamente es compartida por sus padres; aunque se reconocen que existen más coincidencias entre hija y madre que entre hija y padre. Asimismo, los resultados cuestionan que la insatisfacción corporal de la hija esté asociada con la imagen corporal de la madre. Además permitió precisar que elementos de la influencia sociocultural y de los hábitos alimentarios de los padres están implicados en el riesgo de TCA y STCA.

- La evaluación de grupos con diferentes grados de afectación alimentaria, permitió apreciar que la influencia familiar presenta algunas similitudes pero también diferencias en cuanto al riesgo y la protección de TCA y STCA.

Los resultados señalaron que algunos elementos como la insatisfacción corporal y el consumo de productos light por parte de la hija son factores de riesgo común para los TCA y la STCA; sin embargo también se presentan algunas diferencias como la influencia de familiares y amigos como factor de riesgo para TCA, en cambio el conflicto percibido por el padre es el elemento que actúa sobre el riesgo de STCA.

Si bien los dos factores de protección pertenecen al funcionamiento familiar, estos son diferentes para TCA y STCA. En las familias con TCA destaca el fomento de las relaciones familiares por parte de la madre y en las familias con STCA es el fomento de las actividades sociales las que tienen dicho impacto.

- Identificación de los efectos de riesgo y protección, reconoce que la familia puede aportar elementos no sólo de vulnerabilidad sino también elementos que hagan a sus hijas más resistentes ante la psicopatología alimentaria.

De esta manera, se da continuidad a la escasa investigación que existe sobre factores protectores en el campo de los TCA y se da pié para rescatar los aspectos positivos que la familia puede ofrecer a sus integrantes, sobretodo en culturas donde la familia nuclear y extensa sigue siendo el ambiente más próximo y la base fundamental de las redes sociales de los individuos.

Limitaciones:

- El presente es un estudio de corte transversal, por lo que los efectos de riesgo y protección encontrados, requieren ser corroborados en estudios longitudinales.

Debe reconocerse que si bien los factores familiares de riesgo y protección encontrados en esta investigación son relevantes en el campo de los TCA, no pueden ser generalizados dado que emanan de un estudio transversal. Por tal motivo, se considera que estos factores de riesgo y protección necesitan ser evaluados con mejores metodologías que ofrezcan pruebas de una secuencia temporal de cambio.

Crago, Shisslak y Ruble (2001) señalan que es importante demostrar que los factores de riesgo y protección preceden a los resultados de interés. Si esto no es así es más apropiado referirse a ellos como correlaciones de los factores con los trastornos.

De tal forma, que este estudio transversal provee hipótesis acerca de factores que pueden poner en riesgo a las personas o por el contrario aquellos que le pueden proteger de padecer un TCA o STCA, pero únicamente las investigaciones longitudinales pueden demostrar los efectos predictores de un factor determinado.

- Aproximación categórica vs dimensional. Para indagar el efecto de los factores familiares sobre la presencia de TCA y STCA, el presente estudio realizó la evaluación diagnóstica de las participantes de manera categórica, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2000). Sin embargo se reconoce que los

planteamientos actuales nos llevan a reconsiderar la necesidad de complementar los enfoques categóricos y explorar en estudios futuros un enfoque dimensional.

El enfoque dimensional es aquel que describe los diferentes componentes y dimensiones, que forman parte de una configuración dada y el modo en que se articulan (Méndez, 2009). Bajo este enfoque las dimensiones son fenomenológicas-descriptivas, susceptibles de ser medidas y se pretende que puedan graduar la intensidad de los síntomas (cuantitativos y cualitativos), además, se situarían a lo largo de un continuo dimensional en ausencia de jerarquías (Mellor & Aragona, 2009).

Al respecto, Guimón (2006) señala que una aproximación dimensional pretende entender, mejor que la categórica, la heterogeneidad de los síntomas y la falta de fronteras determinantes de los diagnósticos. De tal forma, que para enriquecer el presente estudio se requeriría evaluar a las participantes no sólo de manera categórica sino dimensional; que permitiría considerar a los síntomas de TCA como niveles de intensidad gradual y entonces indagar como se asocian con los factores familiares.

El cuestionamiento sobre la clasificación, categórica o dimensional, de los trastornos es un tema aún no resuelto y de gran vigencia; que se pone de manifiesto no sólo en la práctica profesional cotidiana sino en la actualización de de sistemas de clasificación internacional como el DSM-V (Mellor y Aragona, 2009). Por supuesto que se reconoce que el enfoque multidimensional aún enfrenta problemáticas importantes como no contar con un modelo probado y disponible; además de que algunos trastornos, como los TCA, ha sido poco explorados, por lo que se requiere de mayor investigación para proponer un modelo dimensional útil.

- Queda pendiente de evaluar a otros miembros de la familia, principalmente las hermanas.

Si bien la presente investigación evaluó a la madre y el padre; también se reconoce que los resultados podrían enriquecerse si se consideran a otros integrantes de la familia como

las hermanas. En este sentido, Benninghoven, Testsch y Jantschek (2008) investigaron la relación entre la imagen corporal de personas con TCA y sus hermanas(os), indicando que las hijas con TCA tienen una imagen corporal más negativa que sus hermanas; y que estas últimas no difieren de las hijas controles. Por su parte, Honey, Clarke, Halse, Kohn y Madden (2006) indican que las hermanas de pacientes con AN pueden tener una influencia tanto positiva como negativa, y que se requieren futuras investigaciones para explorar las características de las hermanas y de la relación hermana-paciente.

Conclusión

Con los resultados expuestos se concluye que los factores familiares evaluados contribuyen tanto en el riesgo como en la protección de presentar TCA y STCA. El funcionamiento familiar contribuye en ambas direcciones pero los factores de imagen corporal, influencia sociocultural de la delgadez y hábitos alimentarios sólo aumentan el riesgo de presentar psicopatología alimentaria.

En las familias con TCA, la insatisfacción corporal y el consumo de productos light por parte de la hija, así como la influencia de familiares y amigos a favor de la delgadez percibida por la madre, actúan como factores de riesgo; en cambio el fomento de las relaciones familiares por parte de la madre es un factor protector.

En las familias con STCA se repiten como factores de riesgo la insatisfacción y los productos light, y se agrega el conflicto familiar percibido por el padre como factores de riesgo; en tanto que el efecto protector está dado por el fomento de las actividades sociales de la hija.

Referencias

Ackard, D. & Neumark-Sztainer, D. (2001). Family mealtime while growing up: associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders* (9), 239-249.

Alvarado, G. H. & Moreno, E. L. O. (2000). *Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Alvarez, R. G. L. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de maestría en psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.

Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Vázquez, A. R., Unikel, S. C., Caballero, R. A. & Mercado, C. D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disorders*, 9 (4), 243-248.

Alvarez, R. G., Vázquez, A. R., Dorantes, A., López, A. X. & Mancilla, D. J. (2001). Dinámica familiar de jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario: cohesión y adaptabilidad. *Psicoterapia y Familia*, 14 (1), 56-68.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association.

Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1992). Developmental issues in the study of eating problems and disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & M. A. P. Stephens

(Ed.), *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familial context* (pp. 35-58).USA: Library of Congress.

Austin, J. L. & Smith, J. E. (2008). Thin ideal internalization in Mexican Girls: a test of the sociocultural model of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (5), 448-457.

Ayala, V. H., Fulgencio, J. M., Chaparro, C. A y Pedroza, C. F. (2000) Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, (1) 65-89.

Baile, A. J. I. & Velázquez, C. A. (2006). Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (29), 225-233.

Barker, M., Robinson, S., Wilman, C. & Barker, D. J. P. (2000). Behavior, body composition and diet in adolescent girls. *Appetite*, 35 (2), 161-170.

Benninghoven, D., Testsch, N. & Jantschek, G. (2008). Patients with eating disorders and their sibilings: an investigation of body image perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (2), 118-126.

Benninghoven, D., Testsch, N., Kunzendorf, S. & Jantschek, G. (2007). Perceptual body image of patients with anorexia or bulimia nervosa and their fathers. *Eating and Weight Disorders*, 12 (1), 12-19.

Birch, L. L. (2002). Acquisition of food preferences and eating patters in children. En: C. G. Faiburn & K. D. Brownell (Ed.) *Eating disorders and obesity. A comprehensive hand book* (pp.326-348). N.Y.: Guilford Press.

Birch, L. L. & Marlin, D. W. & Rotter, J. (1984). Eating as the means activity in a contingency: effects on young children's food preference. *Child Development*, 55 (3), 856-861.

Birch, L. L., Zimmerman, S. L. & Hind, H. (1980). The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. *Child Development*, 51(3), 856-861.

Blum, R. W. (1998). Healthy youth development as a model for youth health promotion: a review. *Journal of Adolescent Health*, 22, 368-375.

Bourcier, E., Bowen, D. J., Meischke, H. & Moinpour, C. (2003). Evaluation of strategies used by family food preparers to influence healthy eating. *Appetite*, 41 (3), 265-272.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New Cork: Basic Books.

Buendía, J. (1998). *Psicopatología en niños y adolescentes*. España: Pirámide.

Byely, L., Baistiani A. A., Graber J. & Brooks-Gunn J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Eating Disorder*, 28, 155-164.

Campbell, P. G. (1995). What would a causal explanation of the eating disorders look like? En G. Szukler, C, Dare & J. Treasure (Ed.), *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research* (pp. 49-64). England: John Wiley & Sons Ltd.

Casper, R. C. & Troiani, M. (2001) Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338-342.

Cervera, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca.

Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Madrid: Ergon.

Contento, I. R., Williams, S. S., Michela, J. L. & Franklin, A. B. (2006). Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *Journal of Adolescent Health, 38* (5), 575-582.

Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C. & Valdez N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating behaviors, 9*, 52-61.

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. Y., & Fairbum C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6* (4), 485 – 494.

Cotrufo, P., Barreta, V., Monteleone, P. & Maj, M. (1998). Full-Syndrome, partial síndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatrica Scandinava, 98*, 112-1125.

Crago, M., Shisslak, C. & Ruble, A. (2001). Protective factors in the development of eating disorders. En R. H. Striegel-Moore & L. Smolak. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. APA, Washington, D. C.

Croll J., Neumark-Sztainer D., Story M. & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175.

Cruzat, C., Ramirez, P., Melipillán, R. & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psyche, 17* (1), 81-90.

Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L. Wisotsky, W. & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.

Dare, C. (1993). Etiological models and the psychotherapy of psychosomatic disorders. En: M. Hodes & S. Morey (Eds.) *Psychological treatments in disease and illness*. (pp.107-123). London: Gaskell.

Dare, C. & Eisler (1997). Family therapy for anorexia nervosa. En D. M. Garner and P. E. Garfinkel. *Handbook of treatment for eating disorders*. N. Y. : The Guilford Press.

Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. & Fox, J (2004). Looking Good- Focus family on appearance and the risk for eating disorders. *International Eating Journal Eating Disorder*, 35, 136-144.

Davison, K. K., Markey, C. N. & Birch, L. L. (2000). Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5 years old girls. *Appetite*, 35, 143-151.

Devlin, M., & Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286 (17), 2159-2161.

Eisenberg, M. A., Neumark-Stainer, D. & Story, M. (2003). Association of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch. Pediatric Adolescents Medical*, 157, 733-738.

Emmanuelli F., Ostuzzi R., Cuzzolaro M., Baggio F., Lask B. & Waller G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family member's perceptions. *Eating and Weight Disorders*, 9 (1), 1-6.

Evans, J. & Le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders: a comparative study of the attitude of mothers towards their children. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 39-48.

Fairburn, C. & Beglin, S. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 147, 401-408.

Fernández, A. F., et al. (2004). Hábitos alimentarios durante la infancia y actitudes parentales respecto a la alimentación: un análisis de factores de riesgo en trastornos de la alimentación. *Interpsiquis*. Recuperado el 4 de febrero de 2004 de www.psiquiatria.com.

Fisher, J. O. & Birch, L. L. (1996). The role of experience in the development of children's eating behaviors. En: E. D. Capaldi (Ed.) *Why we eat what we eat: the psychology of eating* (pp. 52-68). Washington, D. C., APA.

Fitzgerald, J. & Lane, R. (2000). The role of the father in anorexia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30 (1), 71-84.

Fonseca, H., Ireland, M. & Resnik, M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 441-448.

Galán, J. J. C. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

García, A. A. M. & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weigh Disorders*, 8, 225-230.

Garnezy, N. (1974). Children at risk: the search for antecedents of Schizophrenia: Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 14-90.

Garner, D. M., & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273 – 279.

Gavino, L. A. (1995). *Problemas de alimentación en el niño*. Manual práctico para su prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.

Geller, J., Zaitsoff, S. L. & Srikameswaran S. (2002). Beyond shape and weight: exploring the relationship between nobody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 344-351.

Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E. & Hardman, R. K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35 (2), 159-174.

Godart, N. T., et al. (2004). Predictive factor of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating Weight Disorders*, 9, 249-257.

Goldfield, A. & Chrisler, J. C. (1995). Body stereotyping and stigmatization of obese person by first graders. *Perceptual and Motor Skill*, 81, 909-910.

Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G. & Moreno, L. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.

Guerro-Prado, J.; Romero, B. & Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Acta Psiquiátrica Española*, 29, 403-410.

Guimón, J. (2006). Usos y abusos de las dimensiones y espectros en el diagnóstico psiquiátrico. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5 (2), 1-6

Hahn-Smith, A. & Smith, J. E. (2001). The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes and self-esteem of Hispanic and Anglo girls. . *International Journal Eating Disorder*, 29, 429-440.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.

Hannon, P. A., Bowen, D. J., Moinpour, C. M. & McLerran, D. F. (2003). Correlations in perceived food use between the family food prepares and their spouses and children. *Appetite*, 40 (1), 77-83.

Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shape of body image: The role of culture and the family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and the family*, 62, 212-227.

Hill, A. J. & Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal Clinical Psychology*, 37, 3-13.

Hoek, H. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Holston J. I. & Cashwell C. S. (2000). Family functioning and eating disorders among collage women: A model of prediction. *Journal of College Counseling*, 3, 5-16.

Honey, A., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M. & Madden, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa for adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14, 315-322.

Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Houon, G. F., Gunewardene, A., Hayne, A., Sankey, M., Lim, J., Piira, T. & Walton, C. (2002). Empirical support for a model of dieting: findings from structural equations modeling. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 210-219.

Humphrey, L. L. & Stern, S. (1988). Object relation and the family system in bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 337-350.

Jarne, A. & Talarn, A. (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.

Jones, C., Leug, N. & Harris, G. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 319-330.

Kandiah, J., Yake, M., Jones, J. & Meyer, M. (2006). Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research*, 26 (3), 118-123.

Kaslow, F. W. (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. USA: John Wiley & Sons Inc.

Klemchuk, H. P., Hutchinson C.B., & Frank R.I. (1990). Body dissatisfaction and eating related problems on the college campus. Usefulness of the eating disorder inventory with a nonclinical population. *Journal of Counseling Psychology*, 37 237–305.

Klesges, R. C. Malott, J. M. Boschee, P. F. & Weber, J. M. (1986). The effects of parental influences on children's food intake, physical activity and relative weight. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2), 335-346.

Kog, E. & Vadereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorders patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8, (1), 11-23.

Kustlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M., & Murphy-Eberenz K. P. (1988). The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10 (1), 41-48.

Laliberte, M., Boland, F. J. & Leichner, P. (1996). Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1021-1040.

Lee, C. M. & Gotlib, I. H. (1994). Mental illness and the family. En: L'Abate (Ed.) *Handbook of developmental family psychology and psychopathology* (140-168). USA: Wiley-Interscience.

Le Grange (2005) Family sigues and eating disorders. En S. Wonderlinch, M. M. De Zwaan and H. Steiger. *Eating Disorders Review*. Academy Eating Disorders, Radcliffe Publishing LTD.

León, C. D., Kai, C. A. E. & Cruz, M. M. H. (2002). Relación entre el comer en exceso y el manejo de las emociones: una experiencia con estudiantes. *Psicología y Salud*, 12 (2), 261-267.

Leung, F., Schwartzman, A. & Steiger, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (4), 367-375.

Levine, M. P., Smolak, L. & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14, 471-490.

López-Espinoza, A. (2005). ¿Son las dietas una “causa” del sobrepeso? Un análisis contrafáctico. *Univ. Psicol. Bogotá (Colombia)*, 4 (1), 23-29.

MacBrayer, E., Smith, G. T. , McCarthy, D. M., Demos, S. & Simmon, J. (2001). The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *International Journal of Eating disorders*, 30, 149-160.

Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrrotú.

Mancilla, D. J. M., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R. G. L. & Tellez, G. M. T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in México. *European Eating Disorders Review*, 15, 463-470.

Mancilla, D. J. M., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G. L., López, A. X. & Román, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1) 37-46.

Martínez, E., Toro, J. & Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barcelona*, 23 (5), 125-133.

Martínez-González, M. A., Gual P., & Lahortiga F. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111, 315-320.

Masten, A. S., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Developmental Psychopathology*, 2, 425-444.

Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N. & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.

Mateo, C. (2002). *Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. Stanford, J., Holt, K., Keegan, S. & Miller, L. (2007). Where is all the pressure coming from? Mothers and teachers about preschool children's appearance diet and exercise. *European Eating Disorders Review*, 15, 221-230.

Mellor, M. B. & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (3), 217-228.

Méndez, R. J. A. (2009). La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque Modular-Transformacional: El diagnóstico dimensional y las intervenciones psicoterapéuticas específicas de los diferentes cuadros depresivos. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 2 (2).

Meno, C. A., Hannum, C. M., Espelage, D. E. & Low, D. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9, 91-101.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. España: Gédisa.

Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa en context*. Cambridge: Harvard University Press.

Moos, R. & Moos, B. (1980). *Family Environment Scale*. Palo Alto. Consulting Psychologists Press.

Myers , P. & Biocca, F. (1992). The elastic body image: the effects of the television advertising and programming on body image distortion in young women. *Journal of Communication*, 42, 108-133.

Neumark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing disturbances. *Journal of School Health*, 66, 64-71.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C. & Casey, M. A. (1999). Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (8), 929-937.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M. & Eisenberg, M. (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from Project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 107 (3), 448-455.

Neumark-Sztainer, D, Wall, M., Story, M. & Fulkerson, J. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 35 (5), 350-359.

Nobakht, M. & Dezhkam, M. (2000). An Epidemiological study of eating disorders in Irán. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-271.

North, C., Gowers, S. & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescents anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171 (12), 545-549.

Okon, D. Greene, A. & Smith, J. E. (2003). Family interaction predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal Eating Disorders*, 34, 450-457.

Palacios, J. & Rodrigo, M. J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.

Pike, K. M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal Abnormal Psychology*, 100, 198-204.

Pinotti, V. (1997). El modelo estético a fin de siglo, patologías que afectan el crecimiento y desarrollo normal. En M. Álvarez, V. L. Pinotti (Comp.) *Procesos socioculturales y alimentación* (139-160). Buenos Aires: Ediciones del Sol.

Rodin, J. Striegel-More, R. H. & Silberstein, L. R. (1990). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders. Risk and protective factors for bulimia nervosa. En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Neuchterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 361-383). New York: Cambridge University Press.

Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.

Saldaña, C., Canalda, G., Castro, J., Raich, R. M., Toro, T. & Vallés, R. (1994). Cuestionario De Hábitos Alimentarios. Documento no publicado.

Sánchez C. E., Serna R. C., Seoana P. G. & Páramo F. F. (2003). Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Thomson Psicología*, 1 (2), 177-188.

Sánchez-Carracedo, D. & Saldaña, C. (1998). Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psichotema*, 10 (2), 281-292.

Saucedo, M. T. J. (1996). *Factores de Crianza e Interacción familiar predictores de trastornos alimentarios*. Tesis de Maestría en Psicología Educativa. Universidad Nacional Autónoma de México.

Saucedo, M. T. J. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

Seisdedos, N., Cruz, V. & Cordero, A. (1984). *Escala de Clima Social en la Familia*. Madrid: TC.

Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach*. Londres: Chaucer.

Shisslak, C. M., Mckeon, R. T. & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *Journal an Clinical Psychology*, 46 (2),185-189.

Shugar, G. & Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 23-31.

Smith, M.C. & Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 863 – 872.

Smolak, L. & Murnen, S. (2001). Gender and eating problems. En: R. H. Striegel-Moore & L. Smolak (Ed.), *Eating disorders: innovative directions in research and practice* (91-110). Washington, DC: American Psychological Association.

Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J. & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 147-157.

Stice, E. (2001). Risk factors for eating pathology: recent advances and future directions. En R. H. Striegel-Moore & L. Smolak. *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. APA, Washington, D. C.

Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (2a. Ed.). *Eating disorders and obesity: a compressive handbook* (103-107). New York: The Gilford Press.

Stice, E., Agras, W. S. & Hammer, L. D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disorder symptomatology. *Journal Social Clinic Psychology*, 13, 288-308.

Strober, M. & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 654-659.

Szmukler, G. L. & Patton, G. (1995). Sociocultural models of eating disorders. En G. Szmukler, C. Dare & J. Treasure (Ed.), *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research* (177-192). England: John Wiley & Sons.

Thompson, J. (1990). *Body Image disturbance: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S., & Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1191-1200.

Tiggemann, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same. *European Eating Disorders Review*, 11 (5), 418-4330.

Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.

Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.

Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Turón, G. V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.

Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.

Unikel, Gómez-Peresmitré y González-Forteza, C. (2006). Suicidal behavior, risky eating behavior and psychosocial correlates in Mexican female students. *European Eating Disorders Review*, 14, 414-421.

Unikel, C., Saucedo, m. T. Villatoro, J. Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*, 25 (2), 49-57.

Vandereycken, W., Kog, E. & Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders: assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: PMA Publishing Corporation.

Vázquez, A. R. (1997). *Aspectos familiares en la Bulimia y Anorexia Nerviosa*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.

Vázquez, A. R., Álvarez, R. G., & Mancilla, D. J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales CIMEC, en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.

Vázquez, A. R., Álvarez, R. G. L., Mancilla, D. J. M. & Raich, R. M. (1998). Influencia de los modelos estético corporales en pacientes con trastorno alimentario. *Psicología Social en México*, 7, 357–362.

Vázquez, A. R., López, A. X., Álvarez, R. G. L., Franco P. K. & Mancilla, D. J. M., (2004) Presencia de trastornos del comportamiento alimentario en hombres y mujeres mexicanas; algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12 (3), 415-427.

Vázquez, A. R., Raich, E. R. M., Viladrich, S. M. C., Alvarez, R. G. L, & Mancilla, D. J. M. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 325-335.

Vázquez, A. R., Ruíz, M. A. O., Alvarez, R. G., Mancilla., D. J. M., Tena, S. A. (en prensa). Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastornos del comportamiento alimentario.

Vázquez, A. R., Ruíz, M. A. O., Mancilla., D. J. M. & Alvarez, R. G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 9 (3), 1-12.

Vidović V., Jurešja, Begovaci, I. Mahnik, M. & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28

Wade, T. D. & Lowes J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in female adolescent population. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 39-45.

Wesslén, A., Abrahamsson, L. & Fjellström, C. (1999). Attitudes towards food among teenagers- reflected by focus group interviews. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (9), A68-A70.

Widome, R., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Haines, J. & Story, M. (2009). Eating when there is not enough to eat: eating behaviors and perceptions of food among food-insecure youths. *American Journal of Public Health, 99* (5), 822-828.

Williamson, D. A. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Worobey, J. (2002). Early family mealtime experiences and eating attitude in normal weight, underweight and overweight females. *Eating and Weight Disorders, 7* (1), 39-44.

Apéndices

Apéndice A: Funcionamiento familiar

Grupo		Cohesión	Expresión	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelectua	Social	Moral	Organiz	Control	Relación	Desarroll	Estabilida
TCA	Cohesión	.37 *	.20	-.12	.14	.17	.21	.35 *	.14	.29 *	.04	.42 **	.32 *	.23
	Expresión	.37 *	.29 *	-.13	.16	.12	.22	.32 *	.12	.03	-.19	.40 **	.31 *	-.07
	Conflicto	-.29 *	-.21	.28	-.21	-.23	-.25	-.49 **	.00	-.19	.07	-.26	-.39 **	-.11
	Autonomía	.10	.17	-.08	.49 **	-.05	.06	.17	-.02	.01	-.16	.15	.22	-.07
	Actuación	.12	.14	-.18	.02	.11	.06	.31 *	-.12	.16	.26	.15	.13	.24
	Intelectual	.21	-.05	-.19	.16	.16	.36 *	.27	.24	.21	.08	.08	.38 **	.20
	Social	.29 *	.18	-.17	.24	.19	.54 **	.46 **	.08	.03	-.21	.16	.51 **	-.08
	Moral	.30 *	.15	-.05	.19	-.23	.14	.16	.29 *	.19	.01	.37 *	.20	.14
	Organización	.22	.08	-.18	.10	.16	.19	.21	.02	.43 **	.12	.25	.22	.38 **
	Control	.07	.01	.12	.02	-.17	-.05	-.21	.00	.01	.35 *	.03	-.13	.18
	Relación	.37 *	.24	-.02	.20	.02	.23	.27	.18	.13	-.05	.31 *	.30 *	.07
	Desarrollo	.31 *	.19	-.23	.39 **	.00	.36 *	.43 **	.15	.24	.00	.27	.45 **	.18
Estabilidad	.21	.08	-.08	.13	.05	.16	.10	.00	.32 *	.22	.21	.15	.35 *	
STCA	Cohesión	.25	-.12	-.39	-.30	-.02	-.12	.18	-.12	.17	.00	-.13	-.13	.12
	Expresión	.03	-.14	-.12	-.33	.26	.31	.27	.38	-.03	-.03	-.17	.34	-.04
	Conflicto	.16	.35	.06	.36	.19	.20	-.16	-.05	.14	.30	.37	.16	.24
	Autonomía	.13	-.14	-.03	-.11	-.27	-.02	.13	-.41	-.03	.17	.03	-.23	.05
	Actuación	.07	.14	.10	-.06	.09	.10	-.07	.43 *	-.11	.12	.10	.20	-.03
	Intelectual	.06	.29	-.21	.13	.17	.12	.37	-.05	.13	-.26	.13	.25	-.02
	Social	.04	.04	-.02	.22	-.21	.16	.04	-.45 *	.08	-.27	.10	-.10	-.07
	Moral	.25	.39	-.16	-.05	.18	.09	.23	.58 **	.23	.12	.25	.40	.22
	Organización	.26	.04	-.11	-.24	.02	.04	.24	.05	-.02	.11	.16	.06	.03
	Control	.31	.19	-.44 *	.21	.24	.05	.24	.39	.12	.20	.01	.40	.18
	Relación	.20	-.17	-.27	-.29	.25	-.12	.00	.24	.19	-.03	-.20	.03	.13
	Desarrollo	.26	.34	-.24	-.02	.03	.21	.32	.11	.23	-.06	.23	.24	.14
Estabilidad	.30	.05	-.29	-.13	.15	-.01	.23	.22	.01	.13	.06	.18	.06	

Tabla A1. Correlaciones entre el funcionamiento familiar (FES) de hijas y madres (Cont.).

Grupo		Cohesión	Expresión	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelectua	Social	Moral	Organiz	Control	Relación	Desarroll	Estabilida
Control	Cohesión	.30	.24	-.37 *	.31	.00	.31	-.02	-.09	.05	-.08	.07	.21	-.03
	Expresión	-.22	.01	.00	.24	.06	.22	-.29	-.11	-.15	-.01	-.12	.05	-.12
	Conflicto	-.23	-.21	.20	-.11	-.23	-.23	.05	-.03	-.13	.31	-.11	-.19	.15
	Autonomía	.37 *	.24	-.51 **	.36 *	-.03	.29	-.17	.10	.25	-.08	.19	.22	.12
	Actuación	-.06	-.15	.08	.19	-.28	-.18	-.05	-.25	-.04	.09	-.18	-.16	.04
	Intelectual	.16	.00	-.12	.01	-.09	.33	-.09	-.08	.00	.20	-.07	.06	.16
	Social	.00	-.05	.05	.17	.13	.17	.06	-.16	-.17	.15	-.15	.14	.00
	Moral	.01	-.27	-.17	.02	-.22	-.02	-.13	-.07	-.22	.06	-.38 *	-.12	-.12
	Organización	.16	-.11	-.19	.18	-.23	.06	.06	-.10	.02	-.08	-.05	.04	-.04
	Control	-.01	.04	-.02	-.40 *	.12	-.15	.02	-.08	-.26	.32	-.04	-.21	.07
	Relación	.03	.00	-.21	.11	-.12	.16	-.12	-.09	-.10	.14	-.01	.01	.04
	Desarrollo	.20	-.03	-.23	.27	-.12	.23	-.07	-.07	.06	.07	-.14	.12	.10
Estabilidad	.14	-.07	-.15	-.09	-.19	-.05	.01	-.15	-.21	.16	-.03	-.14	-.02	

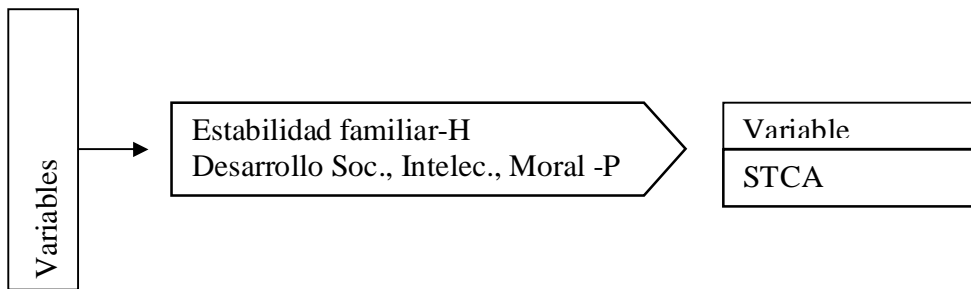
Tabla A1. Correlaciones entre el funcionamiento familiar (FES) de hijas y madres (Cont.).

Grupo	Miembro de la familia														
	Hija														
	Padre	Cohesión	Expresión	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelectua	Social	Moral	Organiz	Control	Relación	Desarroll	Estabilidad	
TCA	Cohesión	.30	.11	.01	.21	.40 *	.13	.15	.06	.07	-.20	.15	.26	-.04	
	Expresión	.39 *	.27	-.10	.09	.34 *	.09	.02	.15	-.01	-.03	.28	.18	-.02	
	Conflicto	-.44 **	-.36 *	-.06	-.04	-.02	-.27	-.23	-.19	-.13	.19	-.42 *	-.24	-.01	
	Autonomía	.05	.06	.03	.04	-.09	.07	.26	-.03	-.11	-.19	.11	.10	-.17	
	Actuación	.20	.29	-.05	-.02	.11	.15	.11	-.07	.06	.17	.30	.09	.13	
	Intelectual	.33	.14	-.18	.39 *	.18	.37 *	.20	.17	.02	-.30	.14	.41 *	-.13	
	Social	.20	.11	-.16	.16	.04	.40 *	.37 *	-.21	-.12	-.06	.00	.27	-.12	
	Moral	.35 *	.12	.02	.05	-.08	.22	.13	.29	-.12	-.33	.26	.20	-.25	
	Organización	.34 *	.14	-.15	.11	.12	.11	.03	.03	.12	-.09	.13	.12	.05	
	Control	-.07	.06	-.08	.12	.10	.33	.31	-.13	-.01	.15	-.11	.25	.06	
	Relación	.23	.09	-.16	.24	.30	.08	.07	.00	.04	-.08	.00	.19	-.01	
Desarrollo	.32	.17	-.09	.18	.09	.34 *	.30	.04	-.10	-.22	.21	.31	-.18		
Estabilidad	.30	.20	-.20	.18	.19	.30	.22	-.03	.13	-.02	.09	.27	.09		
STCA	Cohesión	-.26	-.25	.24	.18	.21	-.54 *	-.28	-.55 *	-.46	-.02	-.17	-.40	-.37	
	Expresión	-.47	-.39	.03	-.02	.18	-.10	-.08	-.42	-.15	-.26	-.52 *	-.19	-.23	
	Conflicto	.40	.28	-.02	-.20	-.08	.23	.33	.57 *	.25	.13	.42	.34	.25	
	Autonomía	.05	-.08	.05	.06	.04	-.20	.35	.02	-.31	-.12	.02	.09	-.29	
	Actuación	-.08	-.32	.38	-.16	.08	-.01	-.04	-.18	-.57 *	-.31	.00	-.12	-.58 *	
	Intelectual	-.45	-.12	.08	.20	.18	-.11	-.06	-.42	-.24	-.23	-.31	-.12	-.29	
	Social	-.16	-.08	.00	.31	.02	-.29	.28	-.31	-.42	-.37	-.15	-.03	-.48 *	
	Moral	.06	-.33	-.02	-.53 *	.11	.10	.15	-.09	-.22	.19	-.17	-.09	-.09	
	Organización	.15	-.15	.01	-.13	.46	-.12	-.18	-.33	-.26	.18	.02	-.16	-.13	
	Control	.05	-.24	-.03	-.46	.26	.14	-.30	-.02	.14	-.04	-.13	-.14	.10	
	Relación	-.30	-.36	.23	-.04	.28	-.52 *	-.13	-.33	-.43	-.06	-.27	-.31	-.36	
Desarrollo	-.15	-.12	.14	.11	.16	-.16	.31	-.31	-.58 *	-.22	-.08	.01	-.54 *		
Estabilidad	.10	-.22	.12	-.24	.46	-.01	-.30	-.30	-.19	.10	.01	-.19	-.10		

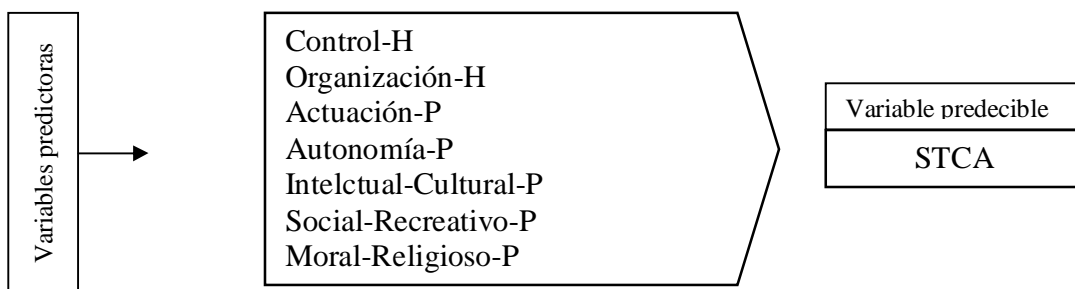
Tabla A2. Correlaciones entre el funcionamiento familiar (FES) de hijas y padres (Cont.)

Grupo	Padre	Cohesión	Expresión	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelectua	Social	Moral	Organiz	Control	Relación	Desarroll	Estabilidad
Control	Cohesión	.05	-.04	-.03	-.22	-.21	.14	.08	.13	.09	-.23	.01	-.01	-.11
	Expresión	.10	.34	-.29	.10	.01	.31	-.06	.10	.09	.04	.12	.18	.11
	Conflicto	-.40 *	.04	.46 *	-.02	.21	-.16	.07	-.04	-.30	-.18	-.04	-.01	-.39
	Autonomía	.20	.36	-.31	.42 *	-.36	.11	-.07	-.22	.27	-.09	.20	.05	.15
	Actuación	-.13	-.12	.09	-.07	-.02	.08	-.08	-.11	-.14	.05	-.13	-.06	-.07
	Intelectual	-.11	-.06	-.03	-.08	-.17	.14	.13	-.27	.13	.08	-.17	-.03	.18
	Social	-.06	.14	.07	.19	.17	.31	.24	-.27	.12	-.14	.08	.28	-.02
	Moral	-.12	-.15	.11	-.11	-.06	-.22	.00	-.14	-.25	.10	-.17	-.19	-.12
	Organización	-.10	-.36	.06	-.44 *	-.16	-.15	-.06	-.03	-.11	.18	-.28	-.30	.06
	Control	.07	-.07	.22	-.20	-.03	-.22	.34	.08	-.10	.28	.12	-.03	.15
	Relación	-.22	.15	.19	.14	.05	.05	.16	.12	-.03	-.15	-.02	.19	-.15
	Desarrollo	-.11	.02	-.02	.05	-.12	.10	.06	-.33	.05	.04	-.10	-.03	.08
	Estabilidad	.02	-.26	.13	-.36	-.15	-.21	.15	.04	-.09	.24	-.08	-.20	.13

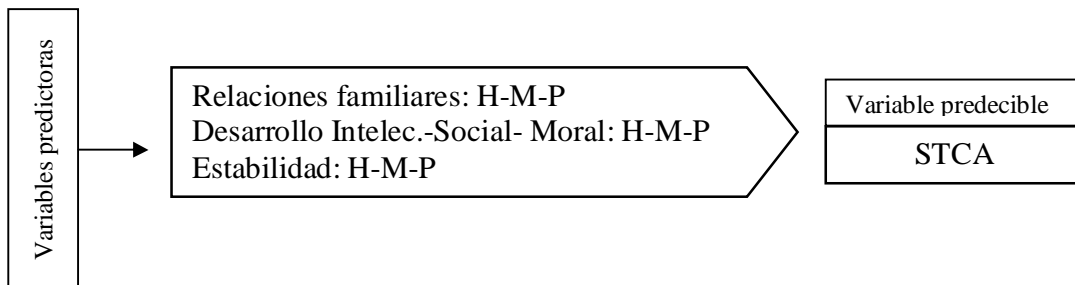
Tabla A2. Correlaciones entre el funcionamiento familiar (FES) de hijas y padres (Cont.)



Dimensiones con correlaciones significativas utilizadas en el primer modelo probado de STCA.



Desglose de subesclas con correlaciones significativas utilizadas en el segundo modelo probado de STCA. H = hija, P = padre.



Dimensiones de los familiares utilizadas en el tercer modelo probado de STCA.

H = hija, M = madre, P = padre

Fig. 1A. Modelos probados del funcionamiento familiar para el grupo de STCA (no se encontraron efectos protectores)

Apéndice B: Influencias sobre el modelo estético corporal

Grupo	Miembro de la familia	HIJA				
	MADRE	CIMEC total	Inf. publicidad	Malestar con imagen	Inf. modelo estético	Inf. relaciones sociales
TCA	CIMEC total	-.085	-.165	.084	-.179	.141
	Inf. publicidad	.044	-.022	.154	-.072	.145
	Malestar con imagen	-.115	-.200	.038	-.125	.114
	Inf. modelo estético	-.075	-.106	.101	-.093	-.128
	Inf. relaciones sociales	-.227	-.309*	-.172	-.326*	.403**
Síntomatología	CIMEC total	-.066	.045	-.082	-.020	-.232
	Inf. publicidad	-.190	-.078	-.192	-.094	-.314
	Malestar con imagen	-.069	.057	-.082	-.022	-.318
	Inf. modelo estético	.224	.275	.156	.076	.113
	Inf. relaciones sociales	.023	.018	.046	.104	.115
Control	CIMEC total	.035	-.019	.073	-.071	-.093
	Inf. publicidad	.065	-.023	.098	-.009	-.064
	Malestar con imagen	.074	.011	.103	-.067	-.013
	Inf. modelo estético	-.062	-.105	.022	-.123	-.103
	Inf. relaciones sociales	-.193	-.128	-.173	-.239	-.253

Tabla B1. Correlaciones entre la influencia sociocultural de hija y madre en los grupos: TCA, Síntomatología y control. ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Grupo	Miembro de la familia	Hija				
	Padre	CIMEC total	Inf. publicidad	Malestar con imagen corporal	Inf. modelo estético	Inf. relaciones sociales
TCA	CIMEC total	.15	.09	.17	-.11	.44**
	Inf. publicidad	.09	.06	.06	-.09	.34*
	Malestar con imagen	.15	.06	.16	-.07	.40*
	Inf. modelo estético	.23	.17	.23	.01	.19
	Inf. relaciones sociales	.11	.06	.24	-.09	.21
Sintomatología	CIMEC total	-.26	-.22	-.19	-.21	-.09
	Inf. publicidad	-.21	-.18	-.15	-.10	-.12
	Malestar con imagen	-.17	-.17	-.15	-.07	-.06
	Inf. modelo estético	-.27	-.25	-.21	-.27	-.01
	Inf. relaciones sociales	.02	-.11	.09	-.06	.36
Control	CIMEC total	.02	.15	-.03	.07	-.31
	Inf. publicidad	.06	.15	.02	.15	-.35
	Malestar con imagen	-.02	.03	-.04	.03	-.24
	Inf. modelo estético	-.13	.05	-.19	-.12	-.32
	Inf. relaciones sociales	.08	.25	-.05	.13	-.23

Tabla B2. Correlaciones entre la influencia sociocultural de hija y padre en los grupos: TCA, Sintomatología y control. ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

Apéndice C: Hábitos alimentarios

Control Alimentario:

Grupo	Hija	Comidas diarias	Comer entre comidas	Consumo de golosinas	Consumo de dulces	Consumo de productos Light
	Madre					
TCA	Comidas diarias	.52 **	.24	.22	.16	-.05
	Días que come entre comidas	.14	.21	.28	.16	.06
	Días que consume golosinas	.08	.21	.48 **	.11	.08
	Días que consume dulces	.05	.24	.38 *	.34 *	-.01
	Consumo de productos Light	.07	-.04	.23	.05	.38 *
STCA	Comidas diarias	.21	-.05	.24	-.10	-.35
	Días que come entre comidas	.14	-.06	.18	-.17	.20
	Días que consume golosinas	.29	.12	.22	.05	.10
	Días que consume dulces	.33	-.08	.12	-.13	.05
	Consumo de productos Light	.27	-.03	-.06	-.24	.33
Control	Comidas diarias	.48 **	.01	-.08	.05	.04
	Días que come entre comidas	.35	.15	.30	.09	-.27
	Días que consume golosinas	.39 *	.03	-.03	.20	-.28
	Días que consume dulces	-.15	.11	-.09	.34	-.21
	Consumo de productos Light	-.16	-.19	-.08	-.21	.28

Tabla C1. Correlaciones de Pearson entre el consumo alimentario de hijas y madres de los grupos con TCA, STCA y Control. $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Grupo	Hija	Comidas diarias	Comer entre comidas	Consumo de golosinas	Consumo de dulces	Consumo de productos lighth
	Padre					
TCA	Número de comidas diarias	-.09	-.02	.12	.06	-.08
	Días que come entre comidas	.04	-.05	.14	.10	.02
	Días que consume golosinas	.29	-.02	.03	.04	-.20
	Días que consume dulces	.23	-.09	.04	-.07	-.13
	Consumo de productos lighth	-.33 *	.01	.10	-.04	-.09
STCA	Número de comidas diarias	.14	-.30	.05	-.15	-.30
	Días que come entre comidas	-.19	-.52 *	-.27	-.41	.48 *
	Días que consume golosinas	.22	-.34	.11	-.05	-.01
	Días que consume dulces	.08	-.35	.21	.00	.13
	Consumo de productos lighth	-.07	-.13	.01	-.17	.34
Control	Número de comidas diarias	.29	.15	.17	.23	-.36
	Días que come entre comidas	.28	.02	-.01	.32	-.25
	Días que consume golosinas	.26	.10	.35	.03	.12
	Días que consume dulces	.20	.02	.06	.00	-.16
	Consumo de productos Light	-.24	-.37	-.15	-.42*	.68 **

Tabla C2. Correlaciones de Pearson entre el consumo alimentario de hijas y padres de los grupos con TCA, STCA y Control. $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Gpo.	Hija	Mismo horario	Mismo lugar	Comer rápido	Masticar poco	Llenar la boca	Terminar la comida	Limpiar el plato	Repetir	Comer de otros platos	Llenar mucho el plato	Ver TV
	Madre											
TCA	Mismo horario	.35 *	-.05	.12	-.09	-.27	-.23	-.19	-.11	-.01	-.18	-.17
	Mismo lugar	.15	.20	.01	.02	-.16	-.15	-.20	-.13	.06	-.14	-.12
	Comer rápido	.08	.13	.00	-.18	.24	.05	.14	-.01	.01	-.01	.05
	Masticar poco	.09	.03	.09	.14	.17	.23	.02	.26	.13	.08	-.07
	Llenar mucho la boca	-.17	.06	.21	-.03	.50 **	.06	.24	.29 *	.07	.38 **	.00
	Terminar comida servida	-.11	-.20	.14	-.04	.18	.09	.13	.00	.15	.26	.27
	Limpiar el plato	-.06	.20	.12	-.02	-.09	.02	.14	-.11	-.27	-.04	.29 *
	Repetir	-.35 *	-.16	.39 **	.26	.26	.22	.23	.32 *	.27	.31 *	.22
	Comer de otros platos	-.07	.13	.09	.30 *	.07	.12	.07	.15	.35 *	.01	-.07
	Llenar mucho el plato	-.04	.21	.40 **	.08	.23	.08	.15	.21	.14	.32 *	.17
	Ver TV	.08	.29 *	.28	.06	-.07	.12	.17	-.02	.03	.07	.65* *
STCA	Mismo horario	-.12	-.04	-.15	.21	-.06	-.04	.21	.12	.04	.29	-.05
	Mismo lugar	.08	-.23	.14	.06	-.30	.11	.06	.30	.20	-.03	-.32
	Comer rápido	.32	.30	-.36	-.13	.02	.00	-.12	-.05	-.10	.34	.27
	Masticar poco	.22	.14	.28	.01	.54 *	-.19	.23	-.30	-.08	.20	.08
	Llenar mucho la boca	.14	.00	-.06	.16	.41	.04	.24	-.16	.00	.42	-.28
	Terminar comida servida	.30	-.23	.37	-.12	.04	.18	.09	-.04	-.16	-.05	.07
	Limpiar el plato	.29	.02	.26	.36	.14	.08	.18	-.19	-.20	.06	.04
	Repetir	-.13	-.11	-.32	-.08	-.07	-.03	-.15	.12	.15	.16	.08
	Comer de otros platos	.27	-.38	.36	-.05	.38	-.24	.19	-.38	.30	-.10	-.15
	Llenar mucho el plato	.32	.13	-.16	.07	.33	-.21	.18	-.28	.13	.18	-.07
	Ver TV	-.18	.30	-.22	-.21	-.32	-.22	-.27	.14	-.37	.12	.33

Tabla C3. Correlaciones de Spearman de las actividades que realizan hijas y madres al comer (TCA, STCA y Control). $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. (Cont).

Gpo.	Hija	Mismo horario	Mismo lugar	Comer rápido	Masticar rápido	Llenar la boca	Terminar la comida	Limpiar el plato	Repetir	Comer de otros platos	Llenar mucho el plato	Ver TV
	Madre											
CONTROL	Mismo horario	.34	.08	-.29	-.06	.18	-.24	.16	.12	-.14	-.16	-.08
	Mismo lugar	.17	.11	-.20	-.14	.09	.00	.01	.10	-.40 *	-.52 **	-.23
	Comer rápido	-.07	-.07	.24	.33	-.28	-.07	-.09	.07	-.11	-.26	-.02
	Masticar poco	.03	-.53 **	.10	.27	.19	-.16	-.16	-.08	.20	-.01	.17
	Llenar mucho la boca	.22	-.02	-.23	.05	-.12	-.47 **	-.27	.13	-.12	-.10	-.18
	Terminar comida servida	.13	.02	.04	.05	.11	-.30	.20	.29	-.21	-.11	-.30
	Limpiar el plato	.17	-.16	.22	.28	-.13	-.17	.04	-.18	-.13	-.30	.06
	Repetir	.15	-.01	-.10	-.13	-.18	-.26	-.24	-.28	-.19	-.12	-.25
	Comer de otros platos	.02	-.20	.24	-.04	-.07	.18	.09	.00	.48 **	.13	-.02
	Llenar mucho el plato	.29	-.17	-.09	-.05	-.13	-.19	-.32	.00	-.13	-.12	-.26
	Ver TV	.33	.13	-.09	.05	-.28	-.32	.02	-.31	-.13	-.10	.35

Tabla C3. Correlaciones de Spearman de las actividades que realizan hijas y madres al comer (TCA, STCA y Control). $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ (Cont).

Grupo	Hija Padre	Mismo horario	Mismo lugar	Rapidez	Masticar poco	Llenar la boca	Terminar la comida	Limpiar el plato	Repetir	Comer de otros platos	Llenar mucho el plato	Ver TV
TCA	Mismo horario	-.06	-.06	.30	.13	.09	-.33 *	-.22	-.10	.29	.05	.07
	Mismo lugar	-.22	-.16	.17	-.02	.21	-.11	-.05	.12	.13	.07	-.14
	Comer rápido	.11	.10	-.05	-.19	.04	.03	.03	.10	-.06	-.10	.06
	Masticar poco	-.15	.06	.08	.12	.20	.06	.05	.11	.02	-.07	.05
	Llenar mucho la boca	-.01	.16	.09	.13	.09	-.04	.36 *	.09	.22	.22	.14
	Terminar comida servida	-.09	.15	-.05	-.18	-.11	-.13	.17	-.03	-.19	-.02	.10
	Limpiar el plato	-.30	-.06	-.08	-.19	.14	-.12	.34 *	.12	.00	.27	.16
	Repetir	-.01	.17	-.16	.22	-.11	-.11	-.08	.07	-.07	-.01	.05
	Comer de otros platos	.04	.12	.09	.18	.15	-.18	.18	-.06	.13	.31	.07
	Llenar mucho el plato	.02	.26	.00	.03	.08	-.07	.14	.19	.10	.17	.18
Ver TV	-.01	.06	-.27	.07	-.13	-.29	.12	-.21	.09	-.05	.33	
STCA	Mismo horario	.30	.25	.03	-.41	.05	-.36	-.44	-.14	.04	-.11	.53 *
	Mismo lugar	.05	-.25	.12	-.37	-.35	-.14	-.64 **	.05	-.28	.00	.35
	Comer rápido	.18	-.27	.25	.46	.15	.00	.08	-.28	.13	.03	-.35
	Masticar poco	.41	.20	.12	.28	.33	-.18	.16	-.32	.18	-.18	.00
	Llenar mucho la boca	.43	.33	-.01	-.01	.00	.04	-.07	-.07	-.11	-.38	-.16
	Terminar comida servida	-.23	-.11	-.50 *	-.09	-.44	-.13	-.68 **	.15	.13	-.03	-.19
	Limpiar el plato	.10	-.07	.33	.26	.27	.28	-.14	-.25	-.19	.00	-.23
	Repetir	.06	.00	-.26	.04	.24	-.25	-.05	-.05	.25	.43	-.08
	Comer de otros platos	.14	.22	-.32	-.13	.05	-.10	.00	.00	.15	-.02	-.12
	Llenar mucho el plato	-.19	.20	-.20	.16	.18	-.09	-.28	-.28	.00	-.05	-.03
Ver TV	.53 *	.27	.14	-.33	.15	-.37	-.51 *	-.69 **	-.32	-.52 *	.48	

Tabla C4. Correlaciones de Spearman de las actividades que realizan hijas y padres al comer (TCA, STCA y Control). $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. (Cont.).

Grupo	Hija	Mismo horario	Mismo lugar	Rapidez	Masticar poco	Llenar la boca	Terminar la comida	Limpiar el plato	Repetir	Comer de otros platos	Llenar mucho el plato	Ver TV
	Padre											
Control	Mismo horario	.10	.21	.16	-.15	.15	-.15	.07	.12	-.07	-.21	-.37
	Mismo lugar	.03	-.01	.12	.16	.11	-.35	-.09	.24	-.26	.04	-.40
	Comer rápido	.09	.30	-.53 **	-.15	-.21	.05	-.14	-.21	-.09	-.45 *	.28
	Masticar poco	-.32	-.02	.01	-.04	-.24	.40 *	-.12	-.36	.01	-.11	.12
	Llenar mucho la boca	.22	.13	-.27	.13	-.06	-.14	-.01	.05	-.09	-.17	-.04
	Terminar comida servida	-.02	-.19	.09	.05	.09	-.04	.37	.16	.13	.26	.03
	Limpiar el plato	-.24	-.21	.11	.16	-.15	.25	.18	-.05	-.21	.18	-.19
	Repetir	.06	.19	-.22	.05	-.18	-.38	.00	.04	-.27	.18	.19
	Llenar mucho el plato	-.05	-.35	.09	.38	-.11	-.10	-.25	.24	-.16	-.09	-.08
	Ver TV	.00	.05	-.10	.17	-.24	-.09	.19	-.21	-.35	.00	.35

Tabla C4. Correlaciones de Spearman de las actividades que realizan hijas y padres al comer (TCA, STCA y Control). $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. (Cont.)

Influencia emocional:

¿Con que frecuencia comes cuando te sientes...?							
Grupo	Hija	Aburrida	Triste	Nerviosa	Enfadada	Soledad	Enfadar Alguien
TCA	Madre						
	Aburrida	.38 **	.12	.14	.12	.19	.07
	Triste	.30 *	.13	.23	.11	.26	.14
	Nerviosa	.15	.06	.31 *	.22	.24	.25
	Enfadada	.21	.06	.22	.19	.17	.02
	Soledad	.13	-.01	.06	.20	.11	.05
STCA	Enfadar a alguien	.24	.26	.27	.25	.28	.38 **
	Aburrida	-.18	-.15	-.07	.26	.23	-.20
	Triste	.10	-.05	-.11	.10	.38	-.18
	Nerviosa	.00	-.15	-.13	.05	.45 *	-.26
	Enfadada	-.21	.15	.09	.30	.09	-.13
	Soledad	-.03	.40	.31	.41	.28	-.13
Control	Enfadar a alguien	-.03	.37	.30	.44 *	.26	-.11
	Aburrida	-.25	-.12	-.05	-.15	-.21	-.12
	Triste	-.13	.07	.00	.12	.00	.23
	Nerviosa	-.11	.06	.03	.07	-.05	.18
	Enfadada	-.20	-.05	.02	-.14	.05	-.11
	Soledad	-.03	-.01	.03	.20	.07	.31
	Enfadar a alguien	-.01	-.02	.03	-.09	.21	-.07

Tabla C5. Correlaciones de Spearman de la influencia emocional al comer en madres e hijas con TCA, STCA y Control. * p< 0.05, ** p< 0.01.

¿Con que frecuencia comes cuando te sientes...?							
Grupo	Hija	Aburrida	Triste	Nerviosa	Enfadada	Soledad	Enfadar Alguien
	Padres						
TCA	Aburrido	-.08	-.14	-.09	-.01	-.08	.09
	Triste	.03	-.14	-.09	-.01	.02	.09
	Nervioso	.01	-.16	-.15	-.15	.03	.05
	Enfadado	-.14	-.18	-.23	-.04	-.10	.03
	Soledad	-.15	-.18	-.23	-.05	-.10	.03
	Enfadar a alguien	.06	.02	-.14	.05	.01	-.14
STCA	Aburrido	-.07	.13	.24	.64 **	.15	.19
	Triste	.00	.17	.17	.50	.30	-.16
	Nervioso	.07	.00	.13	.69 **	.27	-.21
	Enfadado	.00	-.07	.02	.30	.04	-.13
	Soledad	.27	-.09	.29	.63 *	-.07	-.10
	Enfadar a alguien	.00	.30	.20	.34	.40	-.07
Control	Aburrido	.10	.34	.15	.36	.25	.48 *
	Triste	.19	.29	.37	.29	.17	.40 *
	Nervioso	.06	-.15	-.05	.12	-.01	.24
	Enfadado	.34	.34	.43 *	.78 **	.57 **	1.00 **
	Soledad	.00	.19	.06	.29	.17	.40 *
	Enfadar a alguien	.19	.19	.28	.63 **	.44 *	.83 **

Tabla C6. Correlaciones de Spearman de la influencia emocional al comer en padres e hijas con TCA, STCA y Control. * p<0.05, ** p<0.01.

¿Con qué frecuencia dejas de comer o comes menos cuando te sientes...?							
Grupo	Hija	Aburrida	Triste	Nerviosa	Enfadada	Soledad	Enfadar Alguien
	Madre						
TCA	Aburrida	.19	.22	.13	.08	.16	-.01
	Triste	.01	.20	-.08	.04	-.04	.09
	Nerviosa	.02	.28	.25	.09	.29	.13
	Enfadada	.13	.23	.08	-.01	.11	-.04
	Soledad	-.03	.21	.22	.04	.16	-.04
	Enfadar a alguien	.17	.19	.00	-.13	.16	-.22
STCA	Aburrida	.16	-.04	.41	.00	-.11	-.04
	Triste	-.05	-.24	-.03	-.32	.00	-.26
	Nerviosa	.17	-.20	.02	-.17	.05	-.15
	Enfadada	.25	-.16	.10	.03	-.09	-.06
	Soledad	-.12	-.09	.03	-.05	-.33	-.09
	Enfadar a alguien	.22	.25	.08	.35	-.03	.22
Control	Aburrida	.24	.28	.03	.22	.15	.25
	Triste	.14	.15	.09	.23	.23	.22
	Nerviosa	-.23	-.07	-.23	-.01	-.11	-.02
	Enfadada	.08	.25	.12	.32	.50 **	.45 *
	Soledad	.15	.22	.20	.34	.15	.14
	Enfadar a alguien	.55 **	.22	.34	.35	.42 *	.53 **

Tabla C7. Correlaciones de Spearman de la influencia emocional al dejar de comer en padres e hijas con TCA, STCA y Control. * p< 0.05, ** p< 0.01.

¿Con qué frecuencia dejas de comer o comes menos cuando te sientes...?							
Grupo	Padre \ Hija	Aburrida	Triste	Nerviosa	Enfadada	Soledad	Enfadar Alguien
	TCA	Aburrida	.01	.08	.16	.01	.12
Triste		.06	.09	.13	-.05	.14	.28
Nerviosa		.01	.09	-.02	-.02	-.09	.15
Enfadada		.07	.21	.06	-.03	.06	.12
Soledad		-.15	-.02	-.11	.02	-.18	.26
Enfadar a alguien		.24	.15	.06	-.01	.09	.40 *
STCA	Aburrida	.17	.15	.42	.37	-.31	.25
	Triste	-.03	.34	.46	-.02	-.12	.38
	Nerviosa	.28	.32	.51 *	.15	-.19	.52 *
	Enfadada	.02	.37	.25	.31	-.06	.15
	Soledad	.20	.38	.31	.00	.04	.42
	Enfadar a alguien	.45	.06	-.11	.03	.25	.05
Control	Aburrida	.01	.03	.10	-.04	.04	-.03
	Triste	.34	.29	.43 *	.26	.32	.00
	Nerviosa	.17	.06	.26	.00	.03	.05
	Enfadada	.22	.29	.23	.18	.14	.06
	Soledad	.34	.26	.18	.23	.32	.04
	Enfadar a alguien	.22	.25	.11	.37	.01	.12

Tabla C8. Correlaciones de Spearman de la influencia emocional al dejar de comer en padres e hijas con TCA, STCA y Control. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Externalidad:

¿Con que frecuencia sueles comer ante los siguientes estímulos...?								
Grupo	Madre	Establecimiento de alimentos	Alimento en el refrigerador	Invitación de amigos	Postre apetitoso	Comida a la vista en casa	Anuncios de comida	Ver comer a otros
TCA	Establecimiento de alimentos	.13	.16	-.04	.08	.00	.15	.09
	Alimento en el refrigerador	.08	.19	.15	.21	.16	.05	.16
	Invitación de amigos	.20	.22	.47 **	.24	.07	.29	.41 **
	Postre apetitoso	.07	.21	.29	.20	.13	.24	.00
	Comida a la vista en casa	.12	.12	.40 **	.30 *	.28	.15	.25
	Anuncios de comida	.08	.22	.03	.14	.04	.29	.19
	Ver comer a otros	-.03	-.09	.22	.03	.08	.06	.17
STCA	Establecimiento de alimentos	.03	-.11	.16	-.32	.16	-.29	.11
	Alimento en el refrigerador	-.26	.00	.32	-.08	-.25	-.10	-.21
	Invitación de amigos	-.17	.34	.15	-.25	-.05	-.20	-.09
	Postre apetitoso	-.21	.07	.16	-.38	-.06	-.07	-.10
	Comida a la vista en casa	-.46*	.16	.36	-.06	-.03	.31	.05
	Anuncios de comida	-.21	.11	.14	-.11	.00	-.02	-.07
	Ver comer a otros	.05	-.14	.08	-.11	-.38	-.22	-.45 *
Control	Establecimiento de alimentos	-.30	-.15	-.23	-.22	-.48 **	-.21	-.24
	Alimento en el refrigerador	-.18	.00	.00	-.02	.18	.30	.06
	Invitación de amigos	-.03	-.05	.27	.08	-.07	.15	-.08
	Postre apetitoso	-.12	-.03	-.05	-.08	-.21	-.04	-.02
	Comida a la vista en casa	-.05	-.23	-.10	-.09	-.02	-.24	.05
	Anuncios de comida	-.11	-.01	.26	.06	-.01	-.03	-.03
	Ver comer a otros	-.16	-.31	.05	-.07	-.14	.02	.12

Tabla C9. Correlaciones de Spearman de los estímulos externos ante los que comen madres e hijas con TCA, STCA y Control. * p< 0.05, ** p< 0.01.

¿Con que frecuencia sueles comer ante los siguientes estímulos...?								
Grupo	Padre	Establecimiento de alimentos	Alimento en el refrigerador	Invitación de amigos	Postre apetitoso	Comida a la vista en casa	Anuncios de comida	Ver comer a otros
TCA	Establecimiento de alimentos	.34 *	.17	-.05	.28	-.09	.35 *	-.04
	Alimento en el refrigerador	.04	-.23	-.04	.06	-.15	-.09	.07
	Invitación de amigos	-.04	-.21	.27	-.07	-.21	-.07	.06
	Postre apetitoso	.12	-.16	.00	-.06	-.25	.10	-.19
	Comida a la vista en casa	-.03	.18	.24	.05	.09	.24	.06
	Anuncios de comida	.27	-.14	-.03	.06	-.23	.12	.01
	Ver comer a otros	.10	-.06	.12	.08	.04	.13	.06
STCA	Establecimiento de alimentos	.18	.27	.29	.16	.08	.52 *	.27
	Alimento en el refrigerador	-.12	-.04	.04	-.18	.12	-.03	.00
	Invitación de amigos	.05	-.21	-.35	-.07	-.34	-.19	.06
	Postre apetitoso	-.13	.25	.32	.23	-.04	.26	-.05
	Comida a la vista en casa	-.25	.38	.01	.09	.34	-.07	.38
	Anuncios de comida	.00	.13	.45	-.09	.16	.32	.23
	Ver comer a otros	.03	.57 *	.07	-.06	.47	-.03	.30
Control	Establecimiento de alimentos	-.04	.18	.04	-.04	.40 *	.17	-.01
	Alimento en el refrigerador	.05	.10	.06	.02	.38	.45 *	.17
	Invitación de amigos	-.37	-.06	-.08	.09	.11	-.07	-.06
	Postre apetitoso	.07	.11	.08	.17	-.09	.00	.15
	Comida a la vista en casa	.44 *	.06	.20	.17	.07	.39	.24
	Anuncios de comida	.36	.24	-.15	.21	.21	.41 *	.40 *
	Ver comer a otros	-.23	-.33	-.30	-.05	-.04	-.13	-.10

Tabla C 10. Correlaciones de Spearman de los estímulos externos ante los que comen padres e hijas con TCA, STCA y Control.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.